

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MINISTERIO DE SALUD

2025





ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED
MINISTERIO DE SALUD



ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO DEL DOCUMENTO	8
ALCANCE	8
ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO	8
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN EN RED	9
1.1. Sistemas de salud y sus funciones esenciales	9
1.2. Roles y funciones de la Planificación en Red	10
1.2.1. Ministerio de Salud	10
1.2.2. SEREMI de Salud	11
1.2.3. Servicios de Salud	11
1.2.4. Entidad administradora de salud municipal	12
1.2.5. Rol de los actores sociales y comunitarios del territorio en la planificación	12
1.3. Marco legal	12
1.4. Aspectos de la gestión sanitaria y asistencial	14
CAPÍTULO II. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED DE SALUD PÚBLICA	16
2.1. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública	16
2.1.1. Enfoque de derechos ciudadanos y protección social	16
2.1.2. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)	16
2.1.3. Enfoque de salud en todas las políticas	17
2.1.4. Enfoque de curso de vida	18
2.1.5. Enfoque de equidad en salud	18
2.1.6. Equidad de género en salud	19
2.1.7. Interculturalidad	20
2.1.8. Enfoque de participación social y comunitaria	22
2.1.9. Enfoque de interseccionalidad	23

2.1.10. Enfoque de Reparación en Salud para la población perteneciente al Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS)	23
2.1.11. Enfoque de seguridad y calidad de la atención	24
2.2. Estrategia Nacional de Salud 2021-2030	26
2.3. Ley de atención preferente	28
2.4. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria	29
2.5. Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario	30
2.5.1. Principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria	31
2.6. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas	31
2.7. Atención Primaria Universal en el contexto de la reforma a la salud	34
2.7.1. Supuestos de la APS Universal	34
2.7.2. Líneas estratégicas para la implementación de la APS universal	34
2.7.3. Avanzando hacia la atención primaria universal en Chile	35
2.8. Promoción de ambientes laborales saludables, bienestar y salud mental del personal de APS: Estrategia Saludablemente para el personal de salud de APS	36
2.9. Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de Notificación Obligatoria (DS 7/2019)	37
2.9.1. Red de Vigilancia	37
2.9.2. Indicadores de Monitoreo y Seguimiento	38
CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA LOCAL Y EN RED	39
3.1. Integración de los distintos niveles de planificación	39
3.2. Ciclo de gestión integral y planificación sanitaria: Enfoques y estrategias en el contexto del sistema de salud en Chile	39
3.3. Etapas de la planificación	42
3.4. Plan de Salud Comunal y Programa de Salud Municipal	42
3.5. Secciones para incluir en el Programa de Salud Municipal	45
3.5.1. Componentes del PSM	45
CAPÍTULO IV: ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA	52
4.1. Programación Asistencial y Operativa	52

4.2. Proceso programático de la atención primaria	52
4.2.1. Matriz de programación en atención primaria	53
4.2.2. Actividades que programar	56
4.2.3. Definiciones de Atenciones Remotas	61
4.2.4. Propuesta de proceso programático	65
4.2.5. Descripción de actividades de las áreas de cuidados de salud en APS	66
4.2.6. Capacidad de resolución y coordinación de la Atención Primaria: rol clave del profesional gestor de la demanda	72
4.2.7. Estimación de recursos humanos y demanda en APS	73
4.2.8. Evaluación y monitoreo	73
4.2.9. Gestión de agenda en APS	74
4.3. Programación del nivel secundario y terciario	75
4.3.1. Gestión de agenda en el nivel de especialidad	75
4.3.2. Programación operativa del nivel de especialidad	78
4.3.3. Programación individual	79
4.3.4. Criterios técnicos para la programación	79
4.3.5. Estándares sugeridos para programación según recurso cama	82
4.3.6. Rendimiento por tipo de cama para Profesional Enfermería	83
LISTADO DE RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS ESPECÍFICAS (RPE)	85
ANEXO 1:	87
Pasos básicos para la realización de un análisis de género en el contexto de Plan de Salud Comunal	87
EDITORES	92
COLABORADORES	92
REFERENCIAS	98

INTRODUCCIÓN

Una red de salud se construye entre todos los actores involucrados, siendo fundamental la red asistencial para la promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos.

Para lograr este objetivo, nuestro país cuenta con equipos de salud comprometidos y preparados, lo que ha constituido una base importante de los éxitos sanitarios que podemos exhibir como país desde la segunda mitad del siglo XX.

En ese sentido, la lógica de la planificación local impone el desafío de proponer desde el Ministerio de Salud, la máxima coincidencia entre los procesos que se viven en los diferentes niveles de la red de salud, así como hacer coincidir los principios de la planificación para lograr, entre otros resultados, una buena coordinación de la red de cada territorio.

Como se ha indicado en años previos, las orientaciones que presentamos representan la continuidad de un llamado sistemático que ha realizado el MINSAL para trabajar en red en el ámbito asistencial, pero también a hacerlo con los otros actores de la sociedad. Estamos convencidos que no hay otro camino eficiente para otorgar más y mejores servicios de salud con una lógica de continuidad, integralidad y centrado en las personas, que el promover la constante integración de los equipos de esas redes. Lo anterior puede tener cumplimiento efectivo solo si los equipos de trabajo ubicados en la meso y micro gestión les dan sentido operativo a las acciones de coordinación y atención clínica propuestas. Esta mirada está en sintonía con las otorgadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que llaman a los países a generar procesos de integración de la acción sanitaria a través de políticas públicas consistentes y realistas con los desafíos de cada región, que impacten positivamente en la determinación social de la salud, la causa de las causas de las enfermedades.

La necesidad de entregar más, mejores y oportunas atenciones de salud nos impulsa a la realidad local, a utilizar redes de coordinación macro regionales y a emplear eficientemente los recursos disponibles, coordinando con prestadores privados cuando sea necesario. Para lo anterior ponemos a disposición de los equipos de salud de la red, las orientaciones para la planificación y programación en red, con una mirada para cada uno de los niveles de atención que constituyen los más de 2.800 establecimientos de salud que cubren nuestro territorio. Tenemos importantes prioridades a las que dar curso como país. Estas se centran en la disminución de los tiempos de espera, en dar relevancia a la salud mental y bienestar desde los múltiples aspectos que en ella influyen, la pesquisa y tratamiento precoz del cáncer y la universalización de la atención primaria.

Hemos logrado avanzar tanto conceptual como operativamente, y en este avance, también se reconoce el amplio espacio de mejora especialmente en la incorporación de la comunidad. Para esto, el llamado es a tener particular interés en promover mecanismos de participación ciudadana en el

más amplio espectro, con lógica de participación vinculante en los procesos de salud en los que la comunidad debe ser actor principal. Esperamos que los gestores locales puedan adaptar estas orientaciones, respetando sus marcos normativos generales y proponiendo acciones de planificación que vayan asociadas a los procesos del gobierno local, cuando corresponda. Los propósitos y metas pueden ser planteados en un horizonte que vaya más allá de un período anual, haciendo las adaptaciones de programación operativa como un mecanismo de ordenamiento de los recursos del año.

Esperamos contar con la tradicional disposición y energía de los equipos de salud, demostrada con creces en la pandemia y los eventos de desastres que nos han tocado vivir como país.

Osvaldo Salgado Zepeda

Subsecretario de Redes Asistenciales

OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Entregar orientaciones a la red de salud respecto al desarrollo del proceso de planificación sanitaria local y la programación operativa en los establecimientos de salud del país.

ALCANCE

Dirigido a las personas protagonistas de la planificación y programación en red de los territorios: equipos de salud de APS y especialidad, gestores de Servicios de Salud, SEREMI de Salud, MINSAL, y otros actores sectoriales e intersectoriales que se consideren pertinentes.

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

La presente orientación cuenta con cuatro capítulos:

Capítulo I: Antecedentes generales del proceso de planificación y programación en red.

Capítulo II: Bases conceptuales para la planificación sanitaria de la red de salud pública.

Capítulo III: Aspectos metodológicos para la planificación sanitaria local y en red.

Capítulo IV: Aspectos teóricos y prácticos de la programación asistencial operativa local y en red.

Complementan el documento, Recomendaciones Programáticas Específicas (RPE), las cuales entregan criterios técnicos temáticos para los procesos de planificación y programación y; la Matriz de Cuidados por Curso de Vida, asociada a los objetivos sanitarios para la década en el contexto de la Estrategia Nacional de Salud. Tanto las RPE como la Matriz de Cuidados por Curso de Vida, son documentos que se actualizan anualmente según los requerimientos sanitarios.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN EN RED

El capítulo profundiza los elementos generales a tener en consideración para el desarrollo del proceso de planificación y programación en red.

1.1. Sistemas de salud y sus funciones esenciales

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

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

Respecto de la provisión de servicios, se señala que los buenos servicios de salud son aquellos que brindan atención individual y poblacional de manera efectiva, segura y de buena calidad a quienes la necesiten, cuando la necesiten y con el mínimo desperdicio, integrando conceptos de eficacia, seguridad y calidad con características de pertinencia, oportunidad y eficiencia. En esa línea, el bloque de Provisión de Servicios de un Sistema de Salud debe ocuparse de cómo se organizan y gestionan los insumos y los servicios, para garantizar el acceso, la calidad, seguridad y continuidad de la atención en todas las condiciones de salud, en diferentes lugares y a lo largo del tiempo.

La fragmentación de la red asistencial es una gran dificultad, tanto en otros sistemas de salud del mundo como también en Chile, teniendo repercusión directa con el nivel de acceso, cobertura y oportunidad de atención de salud de las personas. En ese sentido, uno de los principales desafíos de los gestores de Servicios de Salud, es la efectiva integración de los centros de salud de su dependencia, y de las prestaciones de salud que otorgan, siendo clave para ese proceso, la planificación sanitaria.

Los gestores de redes de salud, en sus distintos niveles, deben comprender y ejercer la función de planificación sanitaria, y para lo anterior, el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud y el

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

Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario entregan el marco que debe ser considerados al momento de ejecutar el rol de planificación en red. Asimismo, los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por los Objetivos Sanitarios de la Década. Todo lo anterior será desarrollado en los capítulos siguientes de este documento.

1.2. Roles y funciones de la planificación en Red

Será una condición necesaria e impostergable, instalar en cada nivel gerencial y operativo un modelo de gestión que explice como mínimo:

- Los actores del nivel correspondiente.
- Actividades y prestaciones señaladas como: impostergables, modificables y aplazables.
- Identificación de la infraestructura de la red y su cualificación de ser necesaria una eventual adecuación de su funcionalidad en condiciones especiales.
- Lugares comunitarios o del intersector alternativos y/o complementarios de atención.
- Medios de comunicación y coordinación.

En ese sentido, en el proceso de Planificación y Programación en Red, cada actor tiene una función específica. Entre las principales, podemos señalar:

1.2.1. Ministerio de Salud

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
 - 1.La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
 - 2.La definición de objetivos sanitarios nacionales.
 - 3.La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
 - 4.La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.
- Contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población.
- Le corresponderá, de acuerdo con lo establecido en la Ley No 19.937, artículo 4, formular y fijar las políticas de salud, que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

1.2.2. SEREMI de Salud

- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región.
- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.
- Integrar la comisión que revise las dotaciones de atención primaria, en caso de que la propuesta desarrollada por las entidades administradoras para fijarlas no haya sido aprobada por el respectivo Servicio de Salud.

1.2.3. Servicios de Salud

- Liderados por el gestor de red, analizan y gestionan toda su oferta institucional y la demanda actualizada, según los requerimientos de salud de la población y la presentación del plan anual.
- Su rol es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas que lo requieran.

- El gestor de red gestiona las medidas necesarias para la referencia y contra referencia de los usuarios del sistema, dentro y fuera de la red, para dar continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención a la población.
- Respecto a la APS municipal, a los Servicios de Salud les corresponde liderar los procesos en su rol de gobernanza como, por ejemplo: observar la fijación de la dotación de APS, integrar las comisiones de concursos de establecimientos de APS de las comunas de su jurisdicción, transferencia del aporte estatal y de los recursos de programas mediante convenios. Le corresponde además acompañar, supervisar y controlar el cumplimiento normativo de los planes y programas definidos por el MINSAL para ese nivel de atención.
- 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).

1.2.4. Entidad administradora de salud municipal

- Le corresponderá formular el Plan de Salud Comunal, que será un conjunto de actividades construidas por la entidad administradora según los énfasis y prioridades definidas localmente, y las programaciones de los establecimientos respectivos.

1.2.5. Rol de los actores sociales y comunitarios del territorio en la planificación

- Se espera que los actores sociales y comunitarios sean parte creciente del proceso de planificación, en tanto tienen el potencial para aportar la información necesaria para asentar en los territorios y barrios las estrategias preventivas, de promoción y acciones de protección de la salud, además de entregar el aporte para el diagnóstico⁽²⁾.

1.3. Marco legal

En nuestro país, la red pública de salud se organiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, (en adelante, el Sistema) y se constituye por 29 Servicios de Salud², comprendidos como organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para acometer las acciones integradas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dependiendo del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a su supervigilancia en su funcionamiento, siendo coordinados para tal efecto por la Subsecretaría de Redes Asistenciales³.

² Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 16

³ Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 8, inciso segundo

Por su parte, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos públicos que forman parte de él, los establecimientos municipales de Atención Primaria de salud (APS) de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud correspondiente, y todos ellos deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población⁴, misma exigencia que se hace a cada Servicio de Salud para relacionarse con otros Servicios del Sistema, para perseguir el mismo objetivo⁵.

Los establecimientos públicos que forman parte de cada Servicio de Salud se clasifican en “Establecimientos de Autogestión en Red”⁶ y “Establecimientos de Salud de Menor Complejidad”⁷, en tanto que el nivel primario de atención de salud está conformado con “Establecimientos de Atención Primaria”⁸, pudiendo ser administrados por Entidades Administradoras de Salud Municipal⁹, o ser dependientes de Servicios de Salud de manera directa o delegada¹⁰.también existe la clasificación por establecimientos de alta, mediana y baja complejidad¹¹.

Respecto de la esencial función sanitaria de Planificación, esta se encuentra descentralizada en los Servicios de Salud, siendo una de las atribuciones de su director o directora (además de la organización, coordinación y control), en coherencia con los planes y programas del Ministerio de Salud¹² y la Estrategia Nacional de Salud, facultando además, para determinar las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud¹³.

En la misma línea de planificación, a las Entidades Administradoras de Salud Municipal les corresponde formular un proyecto de Programa de Salud Municipal¹⁴, que debe enmarcarse en las normas técnicas del Ministerio de Salud. Este programa es conocido ampliamente como “Plan de Salud Comunal”.

En Chile, de acuerdo con el Código Sanitario¹⁵, las obligaciones sanitarias de las Municipalidades dicen relación con velar por el cumplimiento de las disposiciones que sobre higiene y seguridad se establecen en la Ordenanza General de Construcciones y Urbanización. También, se responsabiliza al

4 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 17, inciso primero

5 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 17, inciso segundo

6 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Título IV

7 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Título V

8 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 18

9 Ley N° 19378, Artículo 2, literal b)

10 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 18, inciso segundo

11 DS N° 140/2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud

12 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 21, inciso primero

13 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, Artículo 21, inciso segundo

14 Ley N° 19378, Artículo 58, inciso primero

15 Artículo 11, Código Sanitario

Municipio para establecer plazas, parques o locales públicos de juego o recreo para adultos y niños, velando por el cumplimiento de las disposiciones de la ordenanza general de construcciones y urbanización en cuanto a higiene y seguridad(2). Adicionalmente la Ley N°20.879, del año 2015, que “Sanciona el Transporte de Desechos hacia Vertederos Clandestinos” faculta a las municipalidades la fiscalización y sanción del transporte y descarga de residuos en sitios no autorizados.

Una importante facultad que tienen los Municipios de acuerdo con la Ley orgánica Constitucional de Municipalidades es la posibilidad de elaborar políticas públicas saludables a nivel local y para ello posee distintos formatos que puede utilizar de acuerdo con su objetivo, por lo que cuenta con Ordenanzas, Reglamentos Municipales, Decretos Alcaldíos o Instrucciones(3).

En ese marco, las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, en coherencia con el marco legal vigente, y distinguiéndose de ejercicios programáticos previos, tiene como propósito fortalecer y promover la función de Planificación Sanitaria de los gestores de redes de salud, presentándose como una herramienta de gestión, en sintonía con las necesidades crecientes y continuas de salud de las personas y comunidades, en el ejercicio pleno de sus derechos.

1.4. Aspectos de la gestión sanitaria y asistencial

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

- **Programación:** Corresponde a la representación y disposición esquemática de las acciones sanitarias relativas a su quehacer asistencial, y de las acciones operativas necesarias para soportar el funcionamiento del o de los establecimientos de salud sobre los que se programa. Esta programación, a su vez, debe reflejar los énfasis señalados en la Planificación Sanitaria y situarse en un periodo razonable para su ejecución.
- **Agendamiento:** Es la representación y disposición efectiva de las acciones sanitarias a ofrecer a las personas y comunidades que las necesiten. El proceso de agendamiento debe considerar el brindar oportunidades efectivas de acceso a estas acciones sanitarias, así como reflejar, en el mediano plazo, la cantidad y características de las acciones sanitarias programadas previamente. Para el nivel secundario y terciario es importante considerar estos elementos de acuerdo a la Orientación Técnica de Gestión de agenda en establecimientos ambulatorios de especialidades, el cual corresponde a un proceso operativo encargado de asignar una citación para atención de salud a un usuario,

incorporando elementos de priorización de la necesidad de salud de la persona, oferta de horas disponibles de los profesionales junto con el contacto efectivo y disponibilidad del usuario para su asistencia, junto a la entrega de indicaciones, cuando sea requerido.

- **Producción asistencial:** Corresponde a la ejecución efectiva de las acciones sanitarias ofertadas a la población, y que se espera, sea un correlato de aquellas acciones realmente ofertadas y demandadas por las personas.
- **Evaluación:** Es el proceso que permite vincular, mediante el monitoreo de la producción asistencial y la observación de indicadores de proceso, resultado e impacto, la correcta ejecución de la Planificación Sanitaria. Esta evaluación, a su vez, sirve como insumo para la adecuación de aspectos programáticos posibles de corregir, así como la formulación de próximos procesos de planificación.

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

CAPÍTULO II. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED DE SALUD PÚBLICA

El capítulo entrega las bases conceptuales en las que se enmarca el proceso de planificación y programación en red.

2.1. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública

2.1.1. Enfoque de derechos ciudadanos y protección social

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

2.1.2. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El reconocimiento de las limitaciones de la biomedicina, que sólo aborda los riesgos individuales de enfermar, fomentó que la OMS, creara el año 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, la que el año 2008 publicó el informe “Subsanar las desigualdades en una generación”¹⁶, documento que pretende impulsar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales, los que se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.

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

¹⁶ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?

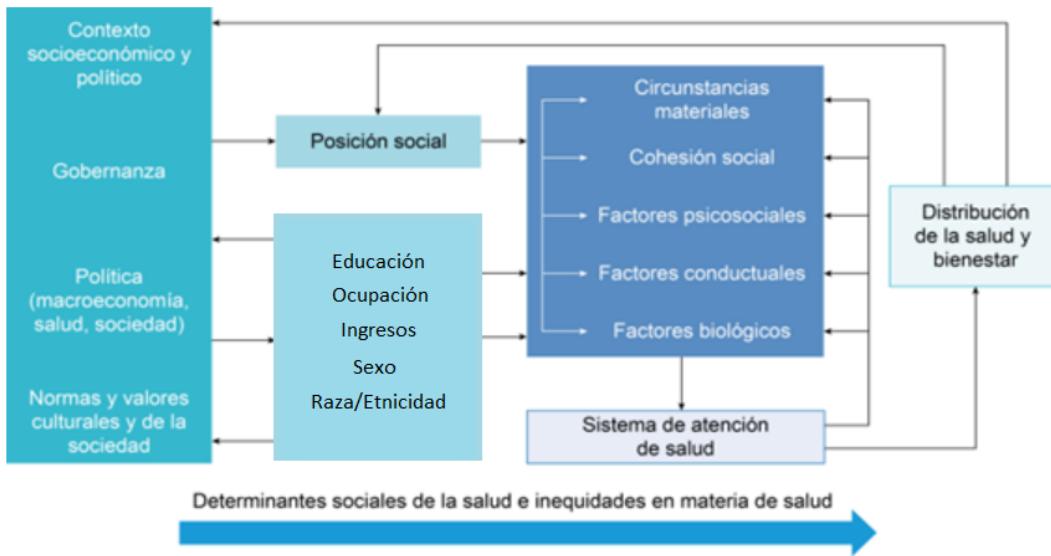


Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud (Fuente: OPS/OMS. 2013)

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

2.1.3. Enfoque de salud en todas las políticas

Es un enfoque de la política pública en todos los sectores que toma en cuenta las implicancias de salud en las decisiones, busca generar sinergias y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de mejorar la salud de la población. Provee un medio para asegurar que las implicancias en salud de todas las políticas sean consideradas en el proceso de toma de decisiones, sin importar el sector en el cual dichas políticas se estén desarrollando. Para ello, todos los sectores deben incluir la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Cada vez más, las comunidades, los empleadores y las industrias esperan y demandan acciones fuertes y coordinadas para abordar los determinantes de la salud y el bienestar.

2.1.4. Enfoque de curso de vida

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples DSS interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones para producir resultados en salud(4). Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, persona mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en la persona mayor y prevenir el tabaquismo durante el embarazo reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación.

En este contexto, el enfoque de curso de vida considera la salud como un continuo integrado y dinámico en que existe un efecto acumulado de los determinantes sociales, siendo clave la implementación temprana de acciones de promoción y prevención en salud, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida(5).

El enfoque de curso de vida se diferencia con el de ciclo vital, en cuanto en este último, se realizan intervenciones sólo en etapas específicas de la vida de la persona, mientras que el primero establece que las intervenciones o repercusiones en la salud de la persona en cualquier momento de la vida, repercuten en el abordaje de la salud no solo de manera individual, sino que también en su entorno familiar y comunitario.

2.1.5. 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”(6).

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 acceso y resultados en salud y sus determinantes, y que existen entre las personas y grupos con diferente condición o estatus social, siendo necesario no solo identificar grupos y territorios excluidos, sino también los mecanismos que explican tales diferencias.

2.1.6. Equidad de género en salud

La igualdad de trato y la no discriminación por razones de sexo es un derecho humano fundamental sólidamente consagrado en todos los grandes instrumentos internacionales y regionales¹⁷

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, adquirir una discapacidad o morir por causas que son injustas y evitables.

La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género. Lograr la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por género, las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad; la equidad es el medio, la igualdad es el resultado(7).

El objetivo de la incorporación del enfoque de género en la salud(8) es reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas.

La estrecha relación entre inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbilidad infantil, entre muchos otros problemas de salud(9), hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial.

Es importante introducir en el proceso de planificación, el análisis de género como dimensión esencial del proceso de formulación, implementación y evaluación. La inclusión del análisis de género puede mejorar la planificación y programación en salud desde varias perspectivas, mejora la detección y el tratamiento de problemas sanitarios en grupos que no acceden debido a su género, mejora la comprensión de la epidemiología de los problemas de salud y aumenta el potencial para una mayor participación de las personas en salud.

Los pasos básicos para realizar un análisis de género en el contexto del Plan de Salud Comunal están en el Anexo 1.

17 Carta de las Naciones Unidas, Preámbulo, Artículo 1 párrafo 3.

2.1.7. Interculturalidad

● Pueblos indígenas

Los pueblos indígenas en Chile requieren especial atención desde el Estado, de carácter intersectorial, que permita abordar la complejidad de las determinantes sociales que influyen en la condición de menores índices de escolarización, calificación, remuneración y en particular de los **indicadores sanitarios**. La pertenencia a un pueblo indígena opera como elemento estructural de inequidades sanitarias. En Chile, los pueblos indígenas tienen sistemáticamente peores resultados en pobreza por ingresos, pobreza multidimensional, menor nivel de escolaridad y mayores índices de desocupación¹⁸. Estos indicadores dan cuenta de la reproducción de factores de exclusión que se reflejan en resultados en salud inequitativos para la población indígena, que se traducen en el deterioro de su nivel de salud(10).

La Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas(11) se propone abordar estas inequidades a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural. La incorporación del enfoque intercultural en el desarrollo e implementación de políticas, programas, normas y la implementación del modelo de atención de salud con pertinencia cultural, de acuerdo con la realidad de cada territorio, tal como se indica en la normativa Ministerial sobre el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural¹⁹ .

La falta de pertinencia cultural en las acciones de salud impacta en la persistencia de las desigualdades. La pertinencia cultural es el modo en que el sistema de salud ha definido la operacionalización de la interculturalidad, la que exige permanentemente al sistema de salud y a quienes lo componen hacer adecuaciones de sus propias prácticas y de su cultura organizacional para hacerlo más accesible y aceptable para esta población. La ley 20.584, en su art.7º entrega responsabilidad institucional al sector salud para que adopte las medidas necesarias para la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, resguardando el pleno y efectivo derecho de los pueblos indígenas a través de sus propias instituciones representativas, en el marco del Convenio N°169, OIT. En la recomendación programática específica (RPE) N° 1, se entregan mayores orientaciones para incorporar este enfoque en el proceso de planificación y programación en red.

19 Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Decreto N°21/2023.

● Población migrante

Se considera a la migración como un DSS, ya que tanto la condición como la experiencia migratoria en sus diferentes etapas, supone la exposición a riesgos psicosociales y ambientales que tienen impacto y generan desigualdades en salud de este grupo, desigualdades que cuentan con una gran variabilidad según el estrato socioeconómico y la condición legal de las personas migrantes.

En este contexto, una proporción importante de las personas migrantes, independiente de su condición migratoria, se encuentra en situación de vulnerabilidad; esto no solo por las características específicas de su proceso migratorio, sino que también por las condiciones sociales de vida en el país receptor y por las barreras existentes para su acceso a servicios de salud(12).

Particular atención debiera tener la migración irregular²⁰, ya que por las condiciones en que se ha desarrollado su proceso migratorio, su exposición a riesgos ha sido mayor desde su lugar de origen, durante el tránsito y en el lugar de destino. Se suma a ello que la evidencia señala que este grupo es el más propenso a experimentar barreras de acceso al sistema de salud, específicamente la atención primaria (13).

El marco normativo nacional que rige respecto a personas migrantes y refugiadas del Ministerio de Salud es la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile, Resol. Ex. N°1308 del 30.10.2017, cuyo propósito es contribuir al máximo estado de salud de los migrantes Internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos. Como parte de la Política, el Decreto Supremo N°67 de 2016 del Ministerio de Salud, que modifica el Decreto N°110 de 2004 del Ministerio de Salud, incorpora una nueva circunstancia para calificar la carencia de recursos para la inscripción en el seguro público de salud (FONASA), la circunstancia N°4 considera a la "persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que declara su carencia de recursos", de esta forma se incorpora a este grupo, como beneficiarios de FONASA tramo A, en igual condición que los nacionales. Esta es una medida de equidad que protege a la población más vulnerable. De forma complementaria, la Circular A15 N°5 del 3 de marzo de 2023, del MINSAL, imparte instrucciones para la aplicación de esta cuarta circunstancia, permitiendo la emisión del Número de Identificación Provisorio (NIP) por parte de las y los calificadores de derechos de los establecimientos de salud de todo el país.

En la recomendación programática específica (RPE) N° 2 se entregan mayores orientaciones de este enfoque.

²⁰ Personas extranjeras que han ingresado al país por pasos no habilitados o que habiendo ingresado de forma regular su permiso no está vigente.

2.1.8. Enfoque de participación social y comunitaria

La participación social en salud es un derecho humano, intrínseco a la dignidad de las personas y, a la vez, es una estrategia de habilitación de las personas y colectivos para poder decidir a nivel individual, familiar y comunitario, en las temáticas sociosanitarias que les afectan en sus territorios(13) generando mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, análisis de la situación de salud y enfermedad local y la generación conjunta de soluciones, y, en síntesis, para incidir en las políticas, planes, programas y acciones del sector salud.

Dentro del marco normativo en Chile, destaca la Ley Nº 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, del año 2011(14) donde se institucionaliza la participación ciudadana a nivel país. Las disposiciones de esta ley se han visto reforzadas con el Instructivo Presidencial N°007(15) para el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública, firmado por el presidente Gabriel Boric el 18 de agosto de 2022, en donde se instruye a las instituciones públicas avanzar a una participación significativa, que incorpore a los grupos históricamente excluidos de la toma de decisiones y con igualdad de género.

En cuanto al sector salud, la “Norma General de Participación Social en la Gestión Pública de Salud” del año 2024²¹, aún vigente, entiende la participación social como un proceso de cooperación entre el Estado y las personas, que incluye y es más amplio que la participación ciudadana, correspondiente a la capacidad de la sociedad civil en su conjunto organizada o no organizada, incidir en las decisiones respecto de la salud, con relación al diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de los recursos públicos.

De igual manera, la Orientación Técnica del Compromiso de Gestión de Participación Ciudadana del año 2023(16), señala que la participación ciudadana debe realizarse bajo un enfoque de derechos, de manera transversal, sin ningún tipo de discriminación arbitraria. Esto con la finalidad de potenciar las instancias de intercambio de ideas y percepciones sobre distintos temas a consultar con la comunidad, fortaleciendo el proceso de toma de decisiones en el marco de un sistema democrático.

En este contexto, la participación social debe apuntar a que el sistema público de salud transite desde un modelo paternalista centrado en el acceso a la oferta de servicios y a la entrega de información, a uno consultivo-incidente, que considera las demandas, expectativas y propuestas de los individuos y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades(17).

²¹ Ministerio de Salud, «Resolución Exenta N°857 de 2024. Aprueba la Norma General de Participación Social en la Gestión Pública de Salud y deja sin efecto la Resolución Exenta N°31 de 19 de enero de 2015.» 2024

2.1.9. Enfoque de interseccionalidad

La interseccionalidad es entendida como perspectiva de análisis que observa y comprende cómo interactúan en una persona o colectivo diferentes categorías de privilegio/discriminación, permitiendo relevar desigualdades, causas y consecuencias estructurales y dinámicas que surgen de la interacción de estas condiciones. No se trata de una suma de desigualdades, sino de cómo cada una de éstas interseccionan de forma diferente en cada situación personal y grupo social(18).

Todas las personas ocupan un lugar con relación a la clase social, el género, la sexualidad, el origen, etcétera. La realidad y necesidades son producto de la posición de cada persona con relación a todos los ejes, que interaccionan entre ellos de forma compleja. Es decir, nadie es solo mujer o solamente migrante; una persona puede ser a la vez una mujer, inmigrante, sin discapacidad, cisgénero, de pueblos indígenas, etc. Y si no se tiene en cuenta la complejidad de su posición, se puede estar dando respuestas inadecuadas a sus necesidades.

En ese sentido, se reconoce que es necesario avanzar hacia diseñar y proponer acciones que utilicen como perspectiva transversal la interseccionalidad, tanto del nivel central, el trabajo de los servicios de salud y en el quehacer mismo de los equipos de salud con su población a cargo.

2.1.10. Enfoque de Reparación en Salud para la población perteneciente al Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS)

La población portadora de derecho a la reparación en salud en Chile requiere especial atención desde el Estado, con carácter intersectorial e interseccional, que permita abordar la complejidad de las determinantes sociales que influyen en los factores biopsicosocial de las víctimas y sus familias producto de la desaparición forzada, ejecución, tortura, exoneración, relegación, clandestinidad y exilio por razones políticas ocurridas en el periodo comprendido entre el 11 de septiembre de 1973 y 10 de marzo de 1990.

En ese sentido, el Ministerio de salud reconoce que esta población refiere mayor vulnerabilidad y riesgo aumentado de daño a su salud integral debido a la tensión permanente a las que estas personas han estado sometidas gatillando características especiales que la diferencian de los procesos de enfermedad que afectan a la población no expuesta a este tipo de violencia. Sumado a otros determinantes estructurales tales como la dificultad en el acceso a la verdad y justicia, la relativización de los hechos, entre otros, han reflejado resultados en salud inequitativos para esta población, que se traducen en el deterioro de su nivel de salud y calidad de vida.

Entendiendo la obligatoriedad del Estado en cumplir con la normativa internacional y nacional en materia de justicia transicional, se propone abordar estas inequidades a través del fortalecimiento en la implementación de esta política de reparación en salud en todos los establecimientos que componen la red pública de salud, garantizando así la continuidad de los cuidados reparatorios de esta población, mediante las siguientes acciones según corresponda:

- Georreferenciar la población PRAIS de su establecimiento.
- Levantar perfil epidemiológico de la población PRAIS del establecimiento.
- Fortalecer y empoderar el rol de los facilitadores PRAIS en los equipos de APS, sensibilizando sobre esta población prioritaria.
- Realizar acciones preventivas y promocionales a la población usuaria PRAIS.
- Estimular la participación de la población usuaria PRAIS en las instancias formales del establecimiento.
- Capacitación permanente para funcionarios/as de la red pública de salud sobre la política de reparación en salud.
- Priorización en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de esta población.

2.1.11. Enfoque de seguridad y calidad de la atención

Otro de los enfoques transversales a considerar en el momento de la planificación y programación de las actividades de la red asistencial, es la seguridad y la calidad de la atención. Ambas son un deber ético (“primero no dañar”) y también un derecho garantizado por ley. En este contexto, el marco legal se fundamenta en la Reforma de Salud ²², que incorpora la Ley de Garantías Explícitas en Salud²³ que, entre otras cosas, garantiza la calidad de la atención en un grupo definido de patologías. Posteriormente, la Ley N°20.584 que regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, en su Artículo 4°, señala que las personas tienen derecho a una atención segura. La concreción de esta regulación se establece a través de la definición de una infraestructura mínima para otorgar prestaciones seguras (Normas Técnicas Básicas); la definición de prácticas preventivas de eventos adversos (Protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención), incluyendo la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), y la acreditación de prestadores institucionales de salud (Sistema Nacional de Acreditación en Salud). Es así como todo prestador institucional de salud debe considerar como mínimo, lo establecido en dicho cuerpo normativo para avanzar en la prestación de servicios seguros y de calidad. Para ello, se desarrolla un documento de criterio técnico orientativo para los establecimientos de APS: RPE N° 3: criterios técnicos para el programa de calidad y seguridad en atención primaria de la red asistencial

A nivel operativo, el desarrollo de atenciones seguras y de calidad requiere de un cambio profundo a nivel organizacional, y no solo del cumplimiento de la normativa antes mencionada. Las estrategias para el desarrollo de una cultura de calidad hacen necesario modelar el pensamiento, comportamiento, valores, creencias, experiencias y normas, basándose en las necesidades sanitarias de la población y las expectativas de las personas que se atienden en el sistema de salud. A

²² Ley N°19.937 Ley de Autoridad Sanitaria, Art 4°, Numeral 11,12,13

²³ Ley N°19.666 Ley de Garantías Explícitas en Salud, Art 14°.

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

1. Elaboración de una política de calidad institucional y comunal
2. Definición de una estructura responsable de la gestión de calidad en las direcciones de los servicios de salud, direcciones de salud municipal o corporaciones municipales, como la designación formal de un responsable del programa de seguridad y calidad de la atención con funciones definidas y horas necesarias para el cumplimiento de sus funciones.
3. Implementación del programa institucional con especial énfasis en la seguridad de la atención: ejecutar un conjunto ordenado de actividades que se encuentran en un programa, en conjunto con metas, responsables, plazos y evaluación de su cumplimiento.
4. Implementar un sistema de monitoreo de la calidad y seguridad de la atención que dé cuenta de resultados sanitarios y de gestión medidos a través indicadores comprometidos en las metas en diferentes instrumentos de evaluación del desempeño tanto por cada centro de salud como de tipo colectivo tales como: cumplimiento de estándar de acreditación de atención abierta, Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud (COMGES), Metas sanitarias, Índice de la actividad de Atención Primaria (IAAPS) entre otros.

2.2. Estrategia Nacional de Salud 2021-2030

La Reforma de Salud del año 2004 (Ley de Autoridad Sanitaria Nº19.937), establece como parte de la función rectora del Ministerio de Salud, la definición de objetivos sanitarios nacionales. Para la década 2021-2030, estos entregan el marco para el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud, instrumento en el que se exponen los principales desafíos sanitarios y se establecen las acciones y abordajes para enfrentarlos(19).

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

Bajo este marco, los resultados están organizados en niveles, los que se corresponden con distintos cambios esperables, según la forma y temporalidad de estos; existiendo además una lógica agregativa entre ellos, en donde lo logrado en un nivel, contribuye al logro de lo planteado en el nivel siguiente. De acuerdo con esto, en el nivel superior se encuentran los objetivos de impacto (OI), que dan cuenta de cambios relevantes en la salud de las personas, los que tienden a ser de largo plazo y de mayor estabilidad en el tiempo; en el segundo nivel se encuentran los resultados esperados (RE), asociados al nivel de salud de las personas, sus factores de riesgo o determinantes, siendo más cercanos a intervenciones sanitarias específicas. Por último, en el tercer nivel se ubican los resultados inmediatos (RI), que se asocian directamente a los resultados de productos y servicios, que ejecuta cada nivel de responsabilidad en el sector salud(20).



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

En la formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD) al 2030 tanto los aprendizajes nacionales como las orientaciones internacionales, fueron plasmados a través de principios y enfoques

metodológicos que sustentaron el desarrollo de este proceso. En este contexto se establece como marco orientador los Objetivos de Desarrollo Sostenible y se asumen como principios, el asegurar los derechos en salud, alcanzar la universalidad y reducir las inequidades en salud(21).

En vista del proceso de actualización, cabe destacar que los Objetivos Sanitarios para la década 2021-2030 corresponden a:

- Mejorar la salud y bienestar de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Asegurar la calidad de la atención en salud.

Los que, junto con el marco de planificación establecido para cada tema priorizado, contribuyen hacia avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

La Estrategia Nacional de Salud para el logro de los OSD al 2030, considera 9 objetivos estratégicos como principales áreas de intervención para alcanzar estos 3 objetivos sanitarios, cuya definición se realiza tomando en cuenta los DSS, en el entendido de que el individuo, y su salud son la expresión de él y el contexto que lo rodea. Estas áreas incluyen, por tanto, las condiciones en que viven las personas, los estilos que adoptan para vivirla, las principales situaciones en que se ve afectada su salud, y ciertos elementos que desde el sistema de salud deben estructurarse como soporte para dar respuesta a las anteriores (figura 3).

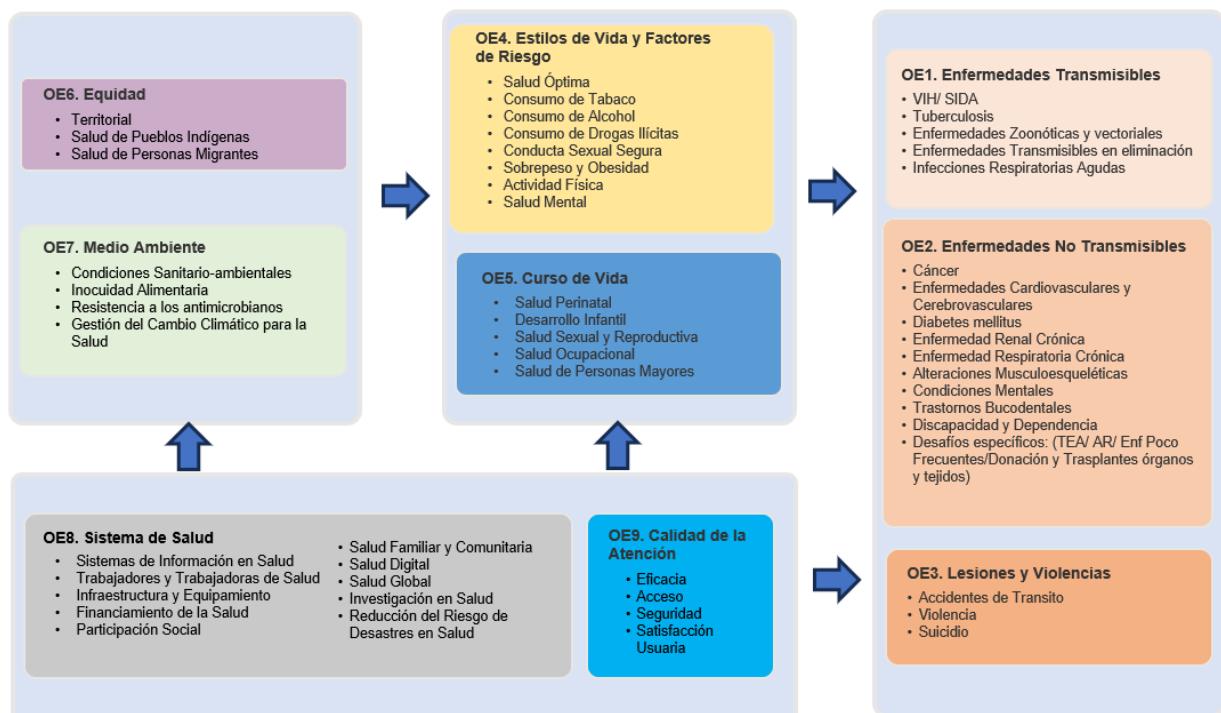


Figura 3. Objetivos Estratégicos y temas priorizados al 2030 Fuente: Elaboración propia MINSAL.

Acorde con el fortalecimiento de la dimensión participativa, establecida para el proceso de planificación para esta década, la estrategia promueve desde su formulación el involucramiento de los distintos actores de la organización, y la instalación de diversos escenarios para el desarrollo de una planificación sanitaria integral y multinivel, basada en el trabajo intra e intersectorial.

2.3. Ley de atención preferente

El año 2019, con la Ley 21.168 se modifica la ley 20.584 creando el Derecho a la Atención Preferente de Personas Mayores y Personas con Discapacidad con el correspondiente Decreto Supremo N° 2 del año 2020 que aprueba el reglamento que regula la Atención Preferente para los grupos mencionados y la Resolución 138 que determina contenido del afiche del Derecho a la Atención Preferente y actualiza el contenido de la Carta de Derechos y Deberes de las Personas en relación con la Atención de Salud y las respectivas normas gráficas. En octubre de 2021, la ley 21.380 reconoce a los Cuidadores el Derecho a la Atención Preferente y en noviembre de 2022 se emite el Decreto Supremo N° 50 que modifica el anterior Decreto N°2, incorporando las modificaciones para la incorporación de cuidadores.

La Ley de Atención Preferente, establece que las personas mayores de 60 años y las personas con discapacidad, así como los cuidadores o cuidadoras, tendrán derecho a ser atendidos preferente y oportunamente por cualquier prestador de acciones de salud, con el fin de facilitar su acceso a dichas acciones, sin perjuicio de la priorización que corresponda aplicar según la condición de salud de emergencia o urgencia de los pacientes, de acuerdo con el protocolo respectivo que debe desarrollar cada establecimiento de salud. La ley establece la atención preferente y oportuna en consulta de salud, prescripción y entrega de fármacos y exámenes y procedimientos más complejos

Para su implementación y avances se considera el trabajo colaborativo al interior del Servicio de Salud y en cada establecimiento de la atención primaria y de la red, procurando mantener la integración de la red y el avance conjunto entre nivel primario, secundario y terciario. Para ello se requiere la participación de diferentes unidades de la organización de cada Servicio de Salud, en particular aquellas vinculadas a los elementos técnicos del cuidado de los sujetos de atención preferente, a los de planificación y programación en red, gestión de agenda, información y participación de la comunidad, tecnologías de la información, sistemas de registro y otros.

Se debe caracterizar la demanda estimada de atención preferente, y la capacidad de respuesta de los establecimientos, junto con definir las diferentes prestaciones que están implicadas en la atención preferente, con los mecanismos de coordinación e integración de estas y analizar y proponer mejoras al proceso de atención en los centros de salud y el tránsito de los sujetos de atención preferente en la red.

2.4. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria

Para aportar soluciones ante la fragmentación, el año 2008, la OPS inició una consulta en la que participaron diversos países de la región. Este proceso dio origen al libro “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Al mismo tiempo, la OMS publicó el informe “Atención primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca”, en el que se insiste sobre la importancia de anticiparse al daño y dar continuidad a la atención con servicios integrales e integrados entre los distintos niveles de la red sanitaria.

Desde entonces, la OPS/OMS han monitoreado el avance de la estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS) en los países de la región, teniendo como norte el contar con sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria. Acorde a la definición de OPS, las RISS son “una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”(22).

Para hacer realidad las RISS, se propone un necesario cambio de paradigma en los modelos de atención, señalando que: “A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible. Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a los servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas”(23)

Para esto, el proceso de rediseño de la Red asistencial ha sido una herramienta de gestión de gran importancia para cada Servicio de Salud que implica evaluar la composición de su red asistencial en todos los niveles, reconociendo su área de influencia y disponiendo de los recursos de la mejor manera posible, considerando dimensiones geográficas, demográficas, sociales, epidemiológicas y de recursos, a fin de ofrecer estrategias de mejora basadas en las necesidades de las personas en sus territorios y de articulación de la red y sus distintos dispositivos. Los Diseños de Red constituyen un insumo fundamental para la planificación y programación en red, puesto que ponen en perspectiva todos los recursos con los que se cuenta, permitiendo así proyectar de manera coherente, integral e integrada el desarrollo de sus establecimientos a mediano plazo.

2.5. Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario

El proceso de planificación y programación de la red se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, el cual ha sido definido como “para un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena”(23).

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permiten satisfacer las necesidades y expectativas de las personas respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un sistema de salud basado en atención primaria; “centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado”.



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

2.5.1. Principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria

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

Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios(24).

Integralidad: El concepto de integralidad, ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) viene a complementar y materializar la consecución de los principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

2.6. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas

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

La implementación y desarrollo de la estrategia de cuidado integral centrado en la persona requiere de un rediseño en los procesos de atención y gestión en los establecimientos. Cambios que facilitan el tránsito desde la atención recetada y centrada en la enfermedad a la colaboración y centrada en la persona, en los que la relación entre el equipo de salud y la persona tiene valor propio que antecede al contenido de la atención abordando sus necesidades de salud de forma integral donde la persona toma decisiones informadas sobre su salud. Asimismo, requiere centrarse en los recursos

que las personas, familias y comunidades disponen a fin de disminuir la sensación de inevitabilidad de las deficiencias y mejorar las competencias de las personas a través del apoyo en el automanejo.

Para prevenir el desarrollo de complicaciones e incentivar el involucramiento y autonomía de las personas que atendemos, es importante promover el empoderamiento y el automanejo. Para ello es esencial mejorar el conocimiento de la población a través de sesiones educativas, charlas, campañas publicitarias, entre otros, con temáticas como alimentación saludable, actividad física, lactancia materna, y otras que sean de interés y que abarquen los problemas más comunes de las personas. También se puede contribuir al involucramiento de las personas a través de mecanismos de participación social, tales como diálogos ciudadanos, escuelas de líderes comunitarios, entre otros.

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

- Evitar que la población sana enferme.
- Fortalecer la prevención y promoción de la salud.
- Mantener a las personas enfermas controladas y prevenir el desarrollo de complicaciones.
- Incentivar el involucramiento y autonomía de las personas que atendemos y el apoyo de los equipos de salud.
- Atender a las personas con multimorbilidad de la manera más adecuada, asegurando la coordinación.

El enfoque de salud poblacional orienta a mejorar la salud de toda la población y reducir las potenciales desigualdades de salud, buscando analizar los niveles de complejidad y multimorbilidad de toda la población, segmentándola a fin de planificar los recursos para cubrir las diferentes necesidades. Es importante que los equipos de salud reconozcan que las bases de la ECICEP son la estratificación de la población y el proceso de atención centrado en la persona, las cuales se ejecutarán a través de 4 líneas estratégicas:

- Promoción y prevención
- Responsabilidad y autonomía de las personas
- Continuidad de los cuidados
- Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades de la persona

Todo ello con base no solo a los determinantes de salud-enfermedad, sino que también en base a los determinantes sociales, incorporando a las personas de mayor complejidad como población objetivo inicial (ver figura 5).



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

Para evitar que la población sana enferme, es fundamental generar condiciones de vida que nos protejan. Por ello es importante avanzar en crear Políticas Públicas para promover la salud y el bienestar, pero también que a nivel local se generen alianzas y se desarrolle una acción intersectorial integrada, para actuar sobre las inequidades que afectan a la población. Esto se puede desarrollar a través de mesas intersectoriales locales, con representantes de Salud, Educación, Deporte, SECPLA, entre otros, y que busquen satisfacer necesidades en el territorio y mejorar la calidad de vida de la población.

La integralidad, como uno de los principios transversales del MAIS, promueve que las necesidades de las personas, en particular de aquellas con múltiples condiciones crónicas, discapacidades funcionales, y/o alta demanda médica; sean abordadas de manera conjunta y materializadas a través de planes de cuidados consensuados, integrales y continuos que permiten la coordinación de prestaciones de salud y hace parte a la familia y/o cuidadores del proceso de cuidado.

En las recomendaciones programáticas específicas (RPE) 4 se encuentran los criterios técnicos para la programación operativa en el marco de esta estrategia.

Estos contenidos están desarrollados en el Marco Estratégico y Marco Operativo de la Estrategia de cuidados integrales centrados en las personas.

2.7. Atención Primaria Universal en el contexto de la reforma a la salud

En Chile, la atención primaria es una estrategia de salud cuyo objetivo está puesto en garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar de las personas, familias y comunidades. Actualmente, el acceso y cobertura de la atención primaria está restringido solo para las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y que, a la vez, voluntariamente se hayan inscrito en algún centro de salud primaria; pero, además, existen barreras de acceso que dificultan o impiden que incluso los beneficiarios del seguro público inscritos en los establecimientos de salud accedan efectivamente a los cuidados de la atención primaria.

La universalización de la atención primaria de salud ha sido definida como “el corazón de la Reforma”, pues lograr la cobertura universal de la APS permite transformar el sistema de salud, poniendo el foco en generar salud y bienestar, en lugar de sólo tratar enfermedades, lo que impacta directamente en la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

2.7.1. Supuestos de la APS Universal

- a) La APS debe ser la principal estrategia del cuidado de la salud para toda la población, además de ser el centro y articulador del sistema sanitario, pues brinda asistencia sanitaria esencial y puede coordinar el tránsito de las personas por la red asistencial con criterios de equidad y oportunidad.
- b) La estrategia de atención primaria universal debe construirse en base a los atributos de integralidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y seguridad.
- c) Se reconoce a la APS como una estrategia con un desarrollo histórico en el país, por lo que se rescatan aspectos distintivos de esta.

2.7.2. Líneas estratégicas para la implementación de la APS universal

La universalización de la atención primaria tiene cinco objetivos orientadores, los que fueron consensuados tras la discusión en diversos espacios, y que constituyen el marco global de los propósitos que se busca alcanzar mediante la implementación de las acciones contenidas en las líneas estratégicas. Estos objetivos son:

O1 - Cobertura: Ampliar la cobertura y el acceso equitativo a los cuidados integrales de la atención primaria de salud.

O2 - Gobernanza: Fortalecer la rectoría y gobernanza para que la atención primaria de salud sea el centro y articulador del sistema sanitario.

O3 - Financiamiento: Aumentar y mejorar el financiamiento en la atención primaria y avanzar hacia la eliminación del gasto de bolsillo que se convierte en barrera para el acceso.

O4 - Intersectorialidad: Fortalecer la coordinación intersectorial en la Atención Primaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

O5 - Recursos: Asegurar la disponibilidad de recursos sanitarios en la Atención Primaria de Salud.

En base a la discusión en diversos espacios, y recogiendo experiencias locales e internacionales, la Atención Primaria Universal se ha organizado en las siguientes líneas estratégicas:

LE 1 Ampliación de cobertura y acceso efectivo (“Acceso Cercano”): acercar los servicios, eliminar barreras administrativas, optimizar los mecanismos de agendamiento, entre otras herramientas, son fundamentales para disminuir brechas que existen en la actualidad y que impiden que las personas y comunidades sean sujetos de derecho a la salud.

LE 2 Modelo de cuidados sanitario, social y ambiental digno y de calidad para el territorio a cargo (“Efectividad”): Esta línea estratégica se enfoca en avanzar hacia la consolidación del MAIS y a lograr un modelo de abordaje territorial, que permita integrar la red asistencial entre sus diferentes niveles, los cuidados sociales, las políticas y oferta de otros sectores, como también ahondar en la responsabilidad compartida de participación y construcción colectiva de salud por parte de las personas y de todos los actores del territorio.

LE 3 Recursos optimizados y marco de monitoreo y evaluación del desempeño que sostiene la provisión de servicios de salud (“Calidad”): Las acciones de esta línea buscan potenciar prácticas de calidad y eficiencia en relación con los recursos y evaluación de los resultados del desempeño, incorporando como ámbitos de acción a) gasto eficiente e ingresos ajustados y equitativos, b) recursos dignos, de calidad y resilientes, c) data clínica de las personas disponible de manera oportuna para la toma de decisiones, y d) marco de monitoreo de resultados de desempeño.

2.7.3. Avanzando hacia la atención primaria universal en Chile

La universalización de la atención primaria de salud se realizará en una modalidad de implementación gradual, lo que implica que paulatinamente se introducirán los cambios que conducen a contar con una APS fuerte y universal.

Para llevar a cabo lo anterior, se inició un proceso progresivo e incremental, el cual considera la formulación inicial del contenido de líneas estratégicas y la implementación de algunos de sus contenidos en comunas pioneras de universalización. El año 2023 fueron siete las comunas que iniciaron el proceso de transformación de la atención primaria y de ampliación de la cobertura y acceso. A través de un trabajo colaborativo y ampliado, que involucra a los equipos municipales en

su totalidad, a los servicios de salud, a las SEREMI de salud y al intersector, es que estas comunas están trabajando en resolver las barreras que en su territorio limitan el acceso de la población.

El año 2024 se incorporaron 14 nuevas comunas, siendo 21 los territorios a nivel nacional, en todas las regiones del país, que ya están, gradualmente, realizando los cambios para lograr el acceso universal a la atención primaria.

2.8. Promoción de ambientes laborales saludables, bienestar y salud mental del personal de APS: Estrategia Saludablemente para el personal de salud de APS

La promoción de ambientes laborales saludables y el cuidado de la salud mental de los equipos de atención primaria son aspectos fundamentales para el éxito del MAIS.

La estrategia Saludablemente del personal de salud busca promover un compromiso organizacional para desarrollar ambientes laborales saludables, que trasciendan la prevención de riesgos y aborde de manera integral el bienestar mental y social del personal de salud.

Para la labor de cuidados de los equipos de salud, se consideran actores claves, tales como: empleador municipal, comités paritarios y de seguridad (Ley 16.744), organismos administradores de la Ley, intersector, la comunidad y gestor comunal saludablemente.

Se deben promover estrategias de cuidado basadas en un diagnóstico que considere indicadores como el ausentismo, rotación de personal, enfermedades laborales, resultados del CEAL-SM, y tasas de agresiones. El monitoreo de estos indicadores permitirá priorizar acciones y promover la mejora continua.

El rol del referente comunal como asesor de la dirección de salud en temas de ambientes laborales saludables es relevante, ya que su función es proporcionar orientación técnica y apoyar la implementación de estrategias que promuevan el bienestar de los equipos de salud y la asignación de este cargo corresponde a la entidad empleadora de salud comunal y dependiente, según el perfil de trabajador/a que pueda responder a las temáticas planteadas.

Los empleadores municipales y dependientes, a través de los equipos de trabajo instalados en las direcciones de salud, deberán promover planes de acción destinados al cuidado del personal para impactar hacia condiciones laborales saludables. Los equipos de trabajo deben hacerlo con cada gestor o gestora comunal de la estrategia y, dada la importancia del rol, se recomienda disponer de horas protegidas específicamente para esta temática, ya que son acciones clave para mejorar los indicadores laborales e incidir en el fortalecimiento del sistema de salud.

2.9. Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de Notificación Obligatoria (DS 7/2019)

La vigilancia epidemiológica es una función esencial de la Salud Pública, regulada en Chile mediante el Decreto Supremo N°7/2019 del MINSAL. Este reglamento establece la responsabilidad de notificar enfermedades transmisibles de declaración obligatoria al médico y al director del establecimiento de salud, quien debe nombrar a un delegado de Epidemiología. Este delegado actúa como nexo entre el establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS) y la SEREMI de Salud o su oficina provincial correspondiente como Autoridad Sanitaria Regional (ASR).

2.9.1. Red de Vigilancia

La red de vigilancia nacional es integrada y está establecida en tres niveles: local donde participan todos los niveles de atención, incluyendo a los establecimientos APS; regional radicado en la SEREMI de Salud y el nacional en el Ministerio de Salud, cumpliendo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Sus acciones incluyen:

- Identificación de casos de enfermedades de notificación obligatoria (ENO), brotes de enfermedades infecciosas y otras condiciones de salud pública.
- Implementación de estrategias y medidas de respuesta y control en salud pública.

Desde el 2000 el modelo de vigilancia en Chile incluye tres subsistemas: morbilidad, laboratorio y ambiental. La vigilancia de morbilidad en APS se divide en universal, centros centinelas y brotes de enfermedades transmisibles.

Las notificaciones de ENO se realizan mediante el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública (EPIVIGILA), con notificaciones inmediatas, dentro de 24 horas o semanales, según la enfermedad. Esta información es verificada a nivel regional y luego nacional.

También en situaciones de emergencias y desastres, en conjunto con la ASR, los equipos de salud APS deben identificar poblaciones en riesgo, brotes, y aplicar medidas de prevención y control adecuadas a las necesidades de la emergencia.

Delegado/a de Epidemiología

El delegado de Epidemiología es un profesional del equipo de salud encargado de coordinar la vigilancia epidemiológica en el establecimiento de APS. Sus responsabilidades incluyen:

- Integrar y validar la información epidemiológica.

- Supervisar la calidad de la información.
 - Velar por la oportuna notificación de las enfermedades bajo vigilancia a la ASR.
 - Ejecutar acciones iniciales de investigación y bloqueos epidemiológicos.
 - Colaborar en la investigación y control de brotes.
 - Facilitar el funcionamiento del establecimiento como centro centinela.
 - Detectar eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a lo esperado.
 - Difundir boletines, normativas, alertas e informes epidemiológicos.
- Debe tener dedicación exclusiva o un mínimo de horas asignadas, con un plan de ampliación de horas según la realidad local.

2.9.2. Indicadores de Monitoreo y Seguimiento

- Designación formal del delegado de Epidemiología y sus horas asignadas.
 - Participación en capacitaciones de SEREMI de Salud.
 - Difusión de alertas epidemiológicas nacionales.
 - Registro y análisis de eventos/ENO investigadas a partir de 2025.
- Las especificaciones técnicas de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles en APS se encuentran en el RPE N° 6.

CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA LOCAL Y EN RED

El capítulo entrega orientaciones metodológicas para la planificación en red.

3.1. Integración de los distintos niveles de planificación

Los Objetivos Sanitarios definidos al 2030(19) consideran lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas(25), adoptando principios rectores como asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud.

A nivel nacional, en tanto, los Objetivos Sanitarios se materializan en la Estrategia Nacional de Salud, la cual contiene las prioridades en salud, la que posee un correlato en los Planes Regionales de Salud, los que a su vez deben servir de marco de referencia a los planes de salud comunales. (figura 6).



Figura 6. Niveles de planificación. (Fuente: Elaboración propia MINSAL).

3.2. Ciclo de gestión integral y planificación sanitaria: Enfoques y estrategias en el contexto del sistema de salud en Chile

Los sistemas de salud son entidades complejas en las que coexisten múltiples actores distribuidos en distintos niveles y con diferentes funciones que buscan entregar soluciones a las diversas necesidades de la población. De esta manera, y ante escenarios en que los recursos suelen ser insuficientes, se hace indispensable la instalación de procesos de planificación sanitaria que permitan la coordinación de esfuerzos, la eficiencia en el gasto y la efectividad de las intervenciones, cubriendo tanto lo urgente como lo necesario(26).

Planificar es decidir en el presente lo que se hará en el futuro, para lo cual considera la selección de misiones y objetivos y las acciones para lograrlos, involucrando la toma de decisiones dada la selección de cursos futuros de acción entre varias opciones. La planificación sanitaria suele darse en cada uno de los distintos niveles del sector, e involucra el desarrollo de una dimensión estratégica, una operativa y una participativa. Es además un proceso cíclico y no lineal, lo que facilita una retroalimentación continua y, por ende, la oportuna realización de ajustes(27).

Desde la perspectiva de salud, la planificación estratégica es por tanto el proceso en el que se determinan los objetivos y la dirección general de atención sanitaria, y el desarrollo del marco general y principios, los cuales requieren de un acuerdo entre las distintas partes interesadas(28). Por otro lado, la planificación operativa, es la traducción de los objetivos estratégicos en una secuencia de actividades concretas lo que implica la asignación de presupuestos y recursos, la disposición de instalaciones, equipo y personal y la organización de servicios(29).

Así mismo, el carácter participativo en la planificación sanitaria emerge desde una redefinición de la gobernabilidad y su evolución hacia un conjunto formado por gobierno y toda la sociedad, en donde la mejora de la salud y el bienestar involucra tanto a la autoridad sanitaria como a todos los sectores e interesados, beneficiarios y proveedores. La planificación sanitaria puede realizarse de arriba-abajo (*Top down*), de abajo-arriba (*Botton up*) o de forma mixta. En el primer caso, las definiciones y la orientación para todo el proceso de planificación están predeterminadas por el nivel central, mientras en el segundo, el nivel central actúa para apoyar las distintas entidades en donde la planificación operativa tendrá lugar. Sin embargo, los aportes de las unidades operativas son el principal punto de partida para la planificación a nivel central. Por otro lado, en el tercer caso, existe una combinación de las formas de planificación mencionadas, y la autoridad central desempeña un rol en la dirección y orientación a los diferentes organismos del sistema para asegurar una articulación total dentro de un plan nacional(29).

Si bien existen diversas formas de planificar, el modelo de gestión basada en resultados (GBR) destaca como la herramienta más utilizada en la planificación sanitaria de países en los últimos años, y por organizaciones de administración pública en todo el mundo. Esta, se define como una estrategia general de gestión con la cual se pretende lograr el mejor desempeño y resultados demostrables (30).

La gestión basada en resultados es un proceso continuo de **hacer, aprender y mejorar**, que se expresa en el denominado enfoque de ciclo de vida de la GBR y que incluye elementos de planificación, seguimiento y evaluación (figura 7). De esta manera, se traduce en un proceso continuo caracterizado por retroalimentación, aprendizajes y mejoras constantes.

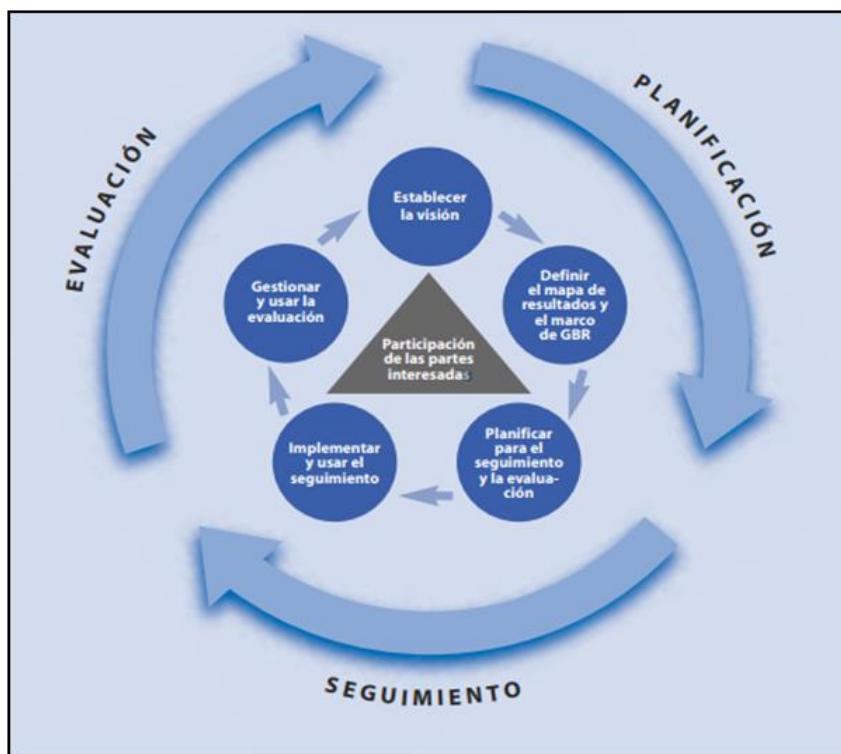


Figura 7. Enfoque ciclo de vida de la GBR. Tomado de PNUD (2009). Manual de Planificación, seguimiento y evaluación de los resultados en el Desarrollo.

Aunque hay distintas variantes, en general se reconoce que toda planificación, sin discriminar si es un plan, programa o proyecto, se da a través de componentes secuenciales, estableciendo un proceso cíclico tal como se observa en la figura siguiente basada en el **ciclo de planificación**(31).

3.3. Etapas de la planificación



Figura 8. Etapas de planificación. Fuente: elaboración propia, MINSAL

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

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

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

3.4. Plan de Salud Comunal y Programa de Salud Municipal

El Plan de Salud Comunal (PSC), de acuerdo con el artículo 58 de la Ley Nº19.378 es de responsabilidad de cada entidad administradora de salud municipal y debe enmarcarse en las normas técnicas y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud(32). Dicho plan debe guiar el accionar comunal en los temas de salud, respondiendo a las características de salud propias de la población perteneciente a su territorio. El PSC debe ser formulado a través de una planificación estratégica y debe tener una visión de mediano plazo, es decir, debe formularse, a lo menos, para todo un período alcaldicio y tener ajustes anuales en caso de ser necesario. La comuna debe procurar la

participación de las personas funcionarias que conforman los equipos de salud y de los sectores de la comunidad que contribuyan a los objetivos sanitarios del territorio.

Para sincronizar los tiempos propios de planificación de los gobiernos locales, su responsabilidad en la gestión de salud, y otras intervenciones sociales en los territorios; la formulación de un PSC debe coincidir con la vigencia de los gobiernos locales electos por votación popular y que asumen sus cargos a partir de diciembre de cada año en el cual se ha realizado la elección. Con esto se quiere lograr una mayor coherencia entre los tiempos de planificación sanitaria y la planificación global en ese espacio local. Para lo anterior se debe tener en cuenta la necesidad de ajustar los tiempos de planificación y emisión de un documento que contenga este proceso. Considerando lo señalado, los tiempos de planificación se estructuran de la siguiente manera:

- Formulación desde MINSAL de las presentes orientaciones al 10 de septiembre de cada año.
- Fecha de entrega del PSC elaborado por el gobierno local municipal al 31 de enero del año siguiente.
- Fecha tope de revisión por parte del Servicio de Salud al 31 de marzo del año siguiente.

Como se indica antes, la fijación de un nuevo plazo de entrega del plan por parte del municipio se relaciona con la necesidad de que las entidades administradoras de salud municipal cuenten con el tiempo suficiente para elaborar este plan, en particular cuando el gobierno local haya cambiado de administración.

Se debe recordar que los municipios cuentan con la atribución de formular un “Plan de Desarrollo Comunal”²⁴, comprendido como el instrumento rector de desarrollo en la comuna, y que debe contemplar las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y promover su avance social, económico y cultural, teniendo una vigencia mínima de 4 años²⁵. Los alcances de este Plan de Desarrollo Comunal, en el ámbito de la salud, deben vincularse con las funciones para las que se encuentran facultadas en su territorio, entre ellas la salud pública y la protección del medio ambiente(32). La coincidencia de un instrumento de planificación con el otro es de responsabilidad de la administración municipal y puede contar, para efectos de atención primaria de salud, con la asesoría del servicio de salud correspondiente. En consecuencia, con lo que se ha señalado en los párrafos anteriores, se espera que el PSC esté formulado para los siguientes 3 años desde que se elige un nuevo gobierno comunal dejando el cuarto año para reformularlo completamente volviendo a hacerlo coincidir con un nuevo período de gobierno local.

²⁴ Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2006, Artículo 3, literal a)

²⁵ Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2006, Artículo 7, inciso primero

Por otra parte, durante los años intermedios, los Servicios de Salud deben promover y conducir un proceso evaluativo del plan vigente y proponer ajustes al desarrollo de este con especial atención en el cumplimiento de objetivos sanitarios relevantes para cada espacio local sin perder de vista los lineamientos nacionales emitidos por el MINSAL en su rol normativo y regulador.

Se debe tener en cuenta que la programación operativa basada en los lineamientos técnicos programáticos debe mantenerse con una periodicidad anual y supervisada por el Servicio de Salud correspondiente en tanto expresa la formulación de la producción de acciones sanitarias proyectadas en base a coeficientes técnicos contenidos en los programas y sirve de base para la gestión de las agendas con la demanda proyectada para cada actividad contenida en el plan de salud familiar. Lo mismo dice relación con la necesidad de formular el plan de capacitación, el que debe mantener su periodicidad anual como base de referencia de las acciones que, en este ámbito, debe desarrollar el municipio para sus trabajadores, en el entendido que este factor forma parte de los elementos considerados en la carrera funcional de acuerdo con el Estatuto de Atención Primaria. Cabe comentar que la propuesta de dotación establecida en el Estatuto de Atención Primaria se mantiene como exigible al 30 de septiembre de cada año.

Posterior a la elaboración del PSC, cada entidad administradora debe formular anualmente un Programa de Salud Municipal (PSM) que debe actualizar al PSC y dar cuenta de los cambios en la situación de salud del territorio y de los avances y retrocesos en las metas programadas para el periodo(33).

El marco propuesto está en línea con el ciclo de planificación descrito en este documento, que consta de cuatro etapas:

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

Se espera que, en el PSC para el periodo alcaldicio, las comunas formulen la planificación estratégica en salud, tomando como base la planificación estratégica comunal desarrollada previamente y contenida en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), que constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna (Ley 18.695).

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

Una manera de graficar el proceso señalado es la siguiente:

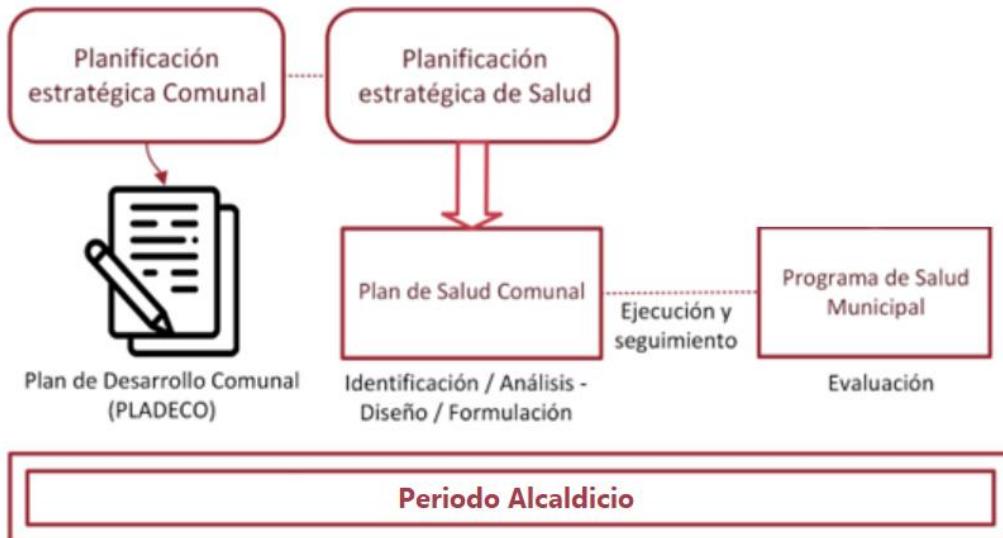


Figura 9. Planificación para el periodo alcaldicio. Fuente: Elaboración propia MINSAL.

3.5. Secciones para incluir en el Programa de Salud Municipal

3.5.1. Componentes del PSM

3.5.1.1. Plan Comunal de Salud:

3.5.1.1.1. Objetivos institucionales (OI)

Los objetivos institucionales reflejan los objetivos a mediano plazo de la gestión en salud. Deben estar alineados con las orientaciones técnicas del MINSAL, Servicios de Salud y los intereses locales de gestión a nivel comunal.

Para el PSC se sugiere realizar una jornada de planificación a nivel comunal, con participación de actores estratégicos en salud que representan a los equipos gestores, a la comunidad y las personas funcionarias, entre otros.

Los Objetivos Institucionales recogen y reflejan los propósitos más relevantes para la gestión en el periodo. Estos deben ser lo suficientemente amplios como para abarcar un extenso ámbito de la gestión sanitaria y, al mismo tiempo, traducirse en procesos realistas y capaces de llevarse a cabo a nivel comunal en el mediano plazo. Para el programa de salud municipal será necesario discutir la marcha de la gestión en salud de la comuna y, a partir de evidencia sólida, evaluar si es necesario modificar, disminuir o aumentar el número de objetivos previamente establecidos.

3.5.1.1.2. Diagnóstico de Salud Integrado (DSI)

Debe sintetizar y estimar la brecha entre las necesidades de salud de la comuna y los recursos con los que se cuenta para satisfacerlas. Para ello, se realiza una contextualización, un diagnóstico de necesidades en salud y un diagnóstico de recursos en salud, para así estimar una determinación de brecha sanitaria y de esta manera establecer la brecha asistencial existente para la comuna. **Es crucial recordar que, para el Programa de Salud Municipal (PSM), la intención no es rehacer completamente este diagnóstico.** En su lugar, se busca actualizar los hallazgos previos y las estimaciones ya realizadas, economizando tiempo que puede ser destinado de manera más eficiente al monitoreo y evaluación de las intervenciones y estrategias ya planificadas para el periodo. A continuación, se presentan los elementos principales contenidos en el DSI formulado para el periodo.

3.5.1.1.3. Contextualización

Se espera que las Entidades Administradoras de Salud Municipal entreguen una aproximación territorial y demográfica de su comuna, incorporando un enfoque de determinantes sociales de salud, así como presentar el modelo de gestión y el modelo de atención implementado en su red de salud local.

3.5.1.1.4. Diagnóstico de Necesidades en Salud (DNS)

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

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

El diagnóstico epidemiológico debe contener:

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

- Cohesión social, Medio ambiente y bienestar social (indicadores de encuesta de bienestar social).
- Acceso a áreas verdes (Sistema de Indicadores y Estándares del Desarrollo Urbano (SIEDU)).
- Evaluación de los barrios o vecindarios como lugares para vivir (ENCAVI)

Los indicadores antes mencionados pueden provenir de múltiples fuentes de información, tales como encuestas poblacionales, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, la Encuesta de Bienestar Social, la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia, Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género, entre otros; literatura nacional para aproximarse a las incidencias y prevalencias puntuales de enfermedades de interés epidemiológico; el diagnóstico de salud comunitario (identifica las necesidades y problemas de salud de la comunidad, con la participación de esta, tanto en su planificación como en su ejecución)(35), diagnósticos sanitarios locales levantados por organizaciones locales de salud, como el desarrollado en el marco de Rediseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud y registros clínicos que permiten conocer estadísticas locales y población bajo control en diversos programas de salud.

Por su parte, el diagnóstico participativo debe relacionar los objetivos institucionales, las preocupaciones de la comunidad y las necesidades sanitarias del territorio.

3.5.1.1.5. Diagnóstico de Recursos en Salud (DRS)

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

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

A nivel comunal, además de los centros de salud del nivel primario, se debe contemplar los recursos en salud organizados en otros dispositivos del territorio, tales como Centros de Especialidades, Centros de Salud Mental, Centros Comunitarios de Rehabilitación, entre otros. Respecto de los recursos de salud del Intersector, se debe contemplar los servicios provistos por comunidades organizadas, organizaciones no gubernamentales, otros servicios públicos (como los de la Junta Nacional de Auxilio y Becas - JUNAEB) y de operativos comunitarios externos cuando estos sean de implementación periódica.

Finalmente, con la intención de avanzar a una comprensión integrada de las redes de salud del territorio, se espera que los Planes de Salud Comunal hagan mención a los recursos disponibles en

establecimientos públicos de salud de nivel secundario y terciario de administración de los Servicios de Salud o entidades delegadas, y que tributen de manera **no exclusiva** a la población de cada comuna en particular, haciendo énfasis en los elementos y recursos de coordinación asistencial dispuestos por la Entidad Administradora de Salud Municipal para la adecuada vinculación entre su red local y la red de salud intercomunal correspondiente.

3.5.1.1.6. Brecha Sanitaria y Asistencial

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

La brecha asistencial corresponde a la diferencia entre los recursos en salud disponibles y los recursos en salud necesarios para responder a la brecha sanitaria antes detectada, considerando una gestión optimizada y adecuaciones al modelo de atención. Para estimar la brecha asistencial se debe utilizar el DRS y los recursos adicionales requeridos para abordar la brecha sanitaria.

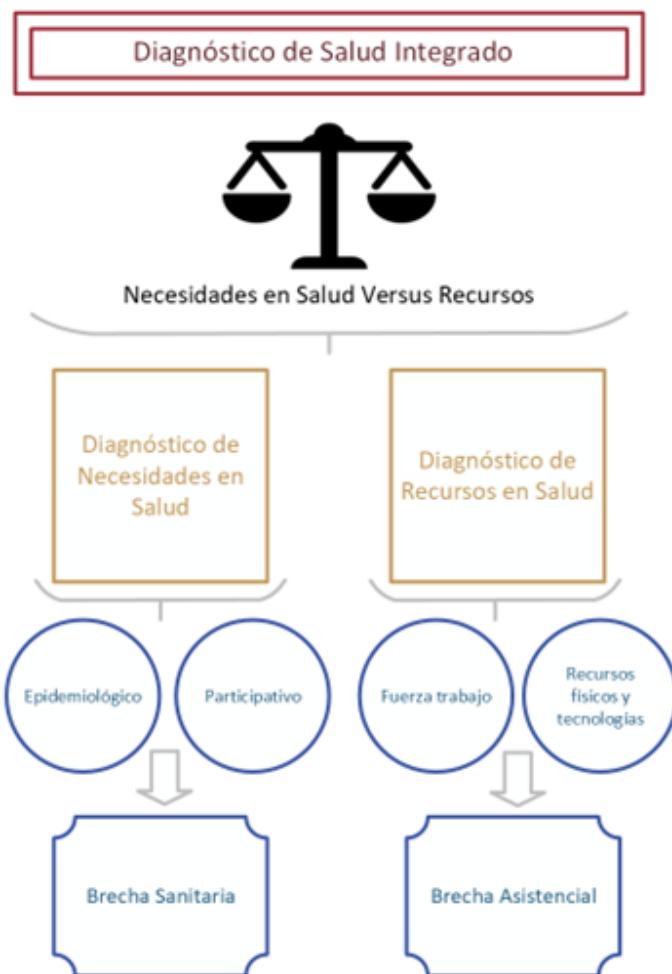


Figura 10. Diagnóstico de Salud Integrado y estimación de la brecha sanitaria y asistencial.

Fuente: elaboración propia MINSAL

3.5.1.1.7. Ejecución, seguimiento y evaluación de lo formulado en el PSC

Este debe ser el enfoque principal del PSM, el que debe estar centrado en la evaluación exhaustiva de lo ya realizado y alcanzado en el PSC en curso. Esta evaluación detallada permitirá una comprensión más profunda de los éxitos y desafíos experimentados, y guiará la planificación operativa de las acciones de salud para el siguiente año.

3.5.1.1.7.1. Evaluación de los problemas priorizados definidos en el PSC

En esta etapa debieran evaluarse los problemas sanitarios ya priorizados por la comuna, los que incluyen una evaluación del escenario sanitario más probable para la comuna, los antecedentes de la política comunal y el diagnóstico de salud integrado. La brecha sanitaria estimada, incluida en el DSi, debe ser la guía que facilite la priorización de los principales problemas que se deben resolver y su importancia relativa en el panorama general de la salud comunal. En caso de modificarse, aumentar o disminuir el número de problemas priorizados para el PSM, se debe justificar debidamente en base a cambios en el escenario epidemiológico o social de la comuna.

Los problemas ya identificados deben ser tan amplios como para recoger problemas abarcadores de la realidad local y, a la vez, poder traducirse en indicadores concretos, medibles y realizables para el periodo.

3.5.1.1.8. Monitoreo y evaluación de las acciones sanitarias priorizadas, indicadores y metas de monitoreo formuladas en el PSC.

En la versión del PSM, se debe realizar un examen detallado de las acciones que se llevaron a cabo para alcanzar cada objetivo formulado en el PSC del año anterior. Debe evaluarse qué tan cerca están los indicadores formulados de alcanzar las metas establecidas para el presente año, y se deben identificar barreras y facilitadores que hayan surgido durante la implementación. La información central del PSM debe incluir la evaluación que permitirá ajustar las acciones, mejorar los procesos y establecer medidas correctivas para incrementar la efectividad de las intervenciones sanitarias en el futuro.

3.5.1.1.9. Descripción de las acciones sanitarias formuladas en el PSC:

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

incluida en el DSI, debe ser la guía que facilite la priorización de las principales acciones que se deben ejecutar y cómo ellas deben ser implementadas (figura 11).

- Los indicadores deben recoger elementos de proceso y de resultado; es decir, deben implicar mediciones de cumplimiento de las acciones realizadas y un indicador que refleje el resultado que se pretende lograr en el periodo. Al mismo tiempo, para cada indicador se debe reflejar una meta esperada. Para la formulación de los indicadores, resulta de utilidad la Matriz de Cuidados por curso de vida que se asocia a estas Orientaciones.



Figura 11. Brecha asistencial para la identificación de las principales acciones. Fuente: elaboración propia MINSAL.

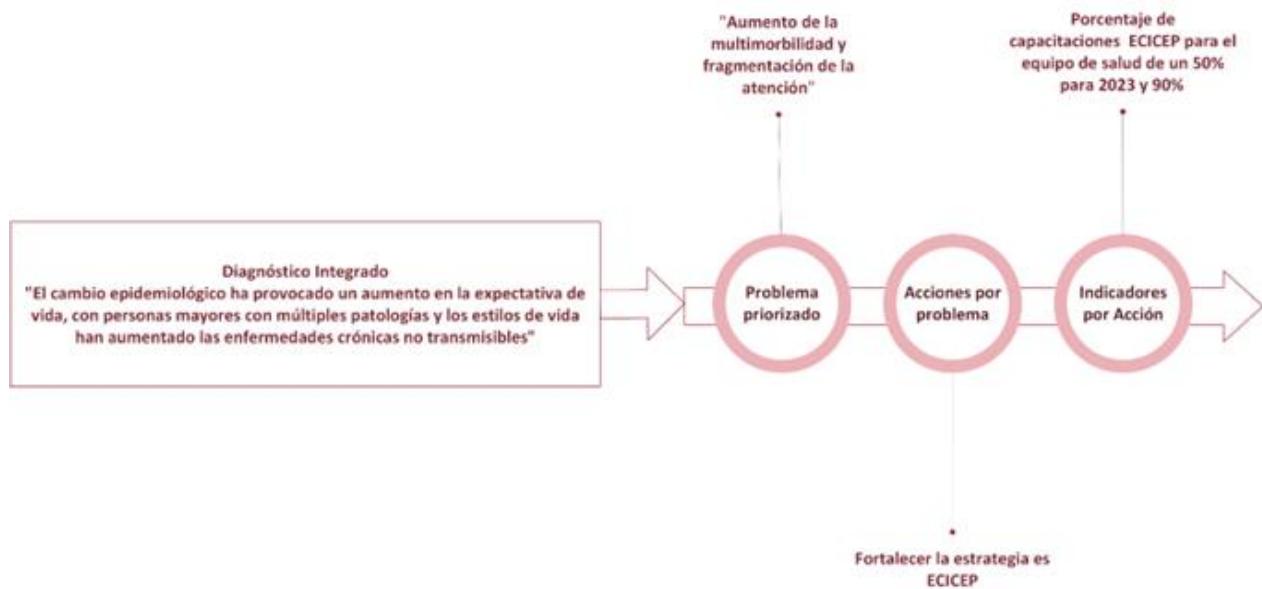


Figura 12. Ejemplo del PSC de la comuna de Buin de las etapas y procesos desde la elaboración del Diagnóstico de Salud Integrado y sus derivados. Elaboración propia. Fuente: Dirección de Salud de Buin.

Considerando lo desarrollado en este capítulo, se espera que la Planificación Comunal de Salud se realice en coherencia con la vigencia del periodo de gobierno local como una manera de asegurar continuidad del proceso. Asimismo, un proceso evaluativo anual como lo es el Programa de Salud Municipal permite ajustar las acciones según las necesidades emergentes de los territorios.

A continuación, revisaremos un eslabón más de este ciclo, la Programación Operativa, de vigencia anual, la cual traduce los objetivos del PSC en acciones concretas, garantizando una respuesta eficiente y oportuna de las necesidades de salud de la comunidad.

CAPÍTULO IV: ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA

El capítulo entrega conocimientos conceptuales y metodológicos asociados a la programación de los establecimientos de la red de salud.

4.1. Programación Asistencial y Operativa

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

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

4.2. Proceso programático de la atención primaria

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

Es importante señalar que la dotación de atención primaria debe considerar los recursos que se requieren para el cumplimiento del plan, más allá de que en la actualidad no se encuentren todos los cargos provistos.

Los productos de la programación son los siguientes:

a. Estimación de cuidados primarios:

- Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de condiciones crónicas por grupo de edad y grupo de riesgo.
- Estimación de controles de salud y de condiciones crónicas según población bajo control, cobertura, concentraciones y rendimientos.

- Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud.
- Estimación del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)
- Estimación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria y del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).
- Estimación de procedimientos.
- Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad.
- Estimación de atenciones remotas.

b. Estimación de recursos necesarios:

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

c. Oferta de recursos

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

d. Brechas de Recursos

- Brecha de horas de técnico-profesional para cuidados primarios.

4.2.1. Matriz de programación en atención primaria

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

Es necesario definir las actividades que se realizarán, las cuales son parte de la cartera de servicios de la atención primaria. Los datos se presentarán en una planilla programática, que es el instrumento de programación operativa que contiene esta cartera de prestaciones, considerando además aquellas actividades de programas de reforzamiento.

Definiciones técnicas:

- **Actividades:** las actividades corresponden a las acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos. Identifica lo que se va a hacer.
- **Población:** grupo de personas a la que va dirigida la actividad.
- **Cobertura:** porcentaje de población a asistir.
- **Concentración:** número de veces que una determinada actividad se realiza en un año para una misma persona.
- **Instrumento:** profesional o técnico que ejecuta las actividades.
- **Rendimiento:** número de actividades de un mismo tipo que se realizan en una hora cronológica.

Los estándares de concentración, rendimiento y cobertura tradicionalmente están definidos en documentos nacionales (normas, orientaciones técnicas, guías clínicas u otras) y en su adaptación al nivel local se debe cuidar el no comprometer el acceso equitativo de la población a las prestaciones que se definan como prioritarias. Asimismo, el contexto epidemiológico y sanitario a nivel nacional o territorial puede llevar a que los equipos realicen adaptaciones de la programación, modificación de la oferta de prestaciones, priorización de estas, reconversión de modalidad de entrega de prestaciones, entre otros ajustes que necesariamente se traducirán en una reprogramación de las actividades.

Desarrollo de la programación operativa

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

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

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

Dejando un total de 220 días a programar

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2. Actividades que programar

Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el Plan de Salud Familiar, como un conjunto de acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

Las prestaciones del Plan de salud Familiar se deben programar de acuerdo con la población inscrita validada de la comuna, la situación epidemiológica, al diagnóstico de situación de salud, diagnóstico participativo, a la asignación de prioridades a los problemas detectados, al escenario más probable en el período a programar y a la evaluación de las acciones y programas ejecutadas el año anterior.

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

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

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

Las prestaciones o acciones del plan de salud familiar son las siguientes:

1. Prestaciones por curso de vida

- Salud de niños y niñas
- Salud de adolescentes
- Salud de adultos y adultas

- Salud personas mayores

2. Actividades con garantías explícitas en salud asociadas a programas

3. Actividades generales asociadas a todo el curso de vida y actividades asociadas a programas de salud.

Las actividades se pueden agrupar y a continuación se presentan algunos ejemplos:

a. Actividades de promoción de la salud

- Gobernanza y trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar: mesas territoriales intersectoriales, Comisiones Mixtas Educación- Salud, formación de líderes y gestores sociales, generación de instancias de coordinación intersectorial. Trabajo de asesoría al Concejo Municipal para la implementación de ordenanzas, decretos o reglamentos que promuevan la vida saludable en la comuna, a través de entornos promotores de la salud.
- Entornos Saludables: creación de huertos comunitarios, apoyo al desarrollo de barrios saludables, coordinación y complementariedad con el Plan trienal de promoción de la salud.
- Participación y empoderamiento de la comunidad: Escuelas de gestores locales, diálogos ciudadanos, identificación participativa de activos comunitarios, elaboración participativa de regulaciones locales saludables, diagnósticos y planificación participativa, consejos consultivos de adolescentes y jóvenes, formación de promotores de salud, entre otros.
- Comunicación social para la salud: actos comunitarios como ferias de salud, eventos masivos, uso de redes sociales (institucionales; del centro de salud, espacios amigables, entre otros) como espacios educativos, de difusión de prestaciones y actividades, experiencias en radios comunitarias.
- Educación en salud: trabajo educativo comunitario para la práctica de hábitos saludables.
- Mesas Territoriales o de salud intercultural: es una instancia de participación específica entre el establecimiento de salud y la población de pueblos indígenas, y está orientado a desarrollar un trabajo colaborativo entre los actores, tanto en implementación, seguimiento y evaluación de programas de salud.

b. Actividades de prevención y protección específicas

- Vacunaciones: según lo contemplado en PNI, considerando las vacunas universales, focalizadas en grupos específicos, regulares según edades, estacionales o esporádicas.

- Consultas o controles: por ejemplo, consultas o controles de medicina, enfermería, nutrición, salud mental, social, odontológica, regulación de la fertilidad, tamizaje de cáncer cervicouterino y cáncer de mamas, entre otras; incluyendo a todo el curso de vida de las personas.
- Distribución de productos de PNAC y PACAM: según lo contemplado en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios y los documentos que la complementan.
- Sesiones educativas grupales e individual a población de riesgo.
- Sesiones educativas grupales con énfasis en el autocuidado y bienestar para todo el curso de vida.
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el autocuidado y autoestima de los usuarios de riesgo, así como también aquellas realizadas en el contexto de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI).
- Consejerías individuales y familiares y grupales.
- Creación de grupos de autoayuda.
- Educación grupal a personal técnico y profesionales del Servicio Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores y de los centros residenciales correspondientes al territorio del centro de salud.
- Actividades comunitarias para acercar el test rápido de VIH a la población.
- Actividades comunitarias realizadas con consejos consultivos de adolescentes y jóvenes y otras instancias de participación juvenil. Actividades de curación y rehabilitación.
- Diferentes consultas para atender la morbilidad por cada profesional del equipo de salud en establecimiento o domicilio.
- Telemedicina.
- Educación grupal e individual a personas con diferentes condiciones de salud
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el autocuidado y autoestima de los usuarios con diversas condiciones de salud

c. Actividades de cuidados paliativos

- Visitas domiciliarias médicas y de profesionales de salud para el abordaje multidimensionalidad de los Cuidados Paliativos: aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Servicios farmacéuticos y arsenal farmacológico
- Oxigenoterapia
- Manejo del dolor
- Telecomité por hospital digital
- Apoyo psicológico integral a familia o persona cuidadora
- Otros

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

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

e. Actividades de participación social y generación de apoyo social comunitario

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

f. Actividades complementarias y de apoyo a la gestión de programas

- Difusión a través de redes sociales de actividades y prestaciones dirigidas a adolescentes.
- Reuniones de planificación, seguimiento y evaluación.
- Reuniones de trabajo intersectorial incluyendo a población niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que pertenecen programas de Mejor Niñez y del Servicio Nacional de Menores.
- Jornadas de capacitación para la formación de facilitadores de los talleres prenatales.
- Jornadas de capacitación para la formación de facilitadores del taller de habilidades parentales de familias con hijos e hijas menores de 5 años “Taller Nadie es Perfecto”.
- Jornadas de capacitación sobre el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) en el establecimiento de atención primaria.
- Jornadas de capacitación para promover buen trato a las personas trans y comunidad LGBTIQ+ en su calidad de usuarios y trabajadores de la red.
- Jornada de capacitación en salud en todas las políticas e intersectorialidad, en el marco de las RISS.

- Reuniones clínicas de los diferentes estamentos/profesionales de cada Centro de Salud Familiar. Correspondrá a la Dirección de cada Centro de Salud, la definición de frecuencia, duración y protocolos para la realización de éstas.
- Actividades administrativas que facilitan la gestión y de acuerdo al modelo. (jefes de sector, referentes de programáticos, Encargados de Unidad, etc.)

g. Actividades de desarrollo del Modelo de Salud Familiar

- Reuniones de sector: reuniones de todos los integrantes de los equipos de cabecera. Se sugiere frecuencia semanal en horario y duración a definir en cada establecimiento.
- Prestaciones y acciones dirigidas a otorgar un cuidado integral centrado en las personas, priorizadas de acuerdo con la estratificación de riesgo.

4.2.3. Definiciones de Atenciones Remotas

Las tecnologías de información constituyen un recurso para mejorar la efectividad de los programas de cuidados para personas con enfermedades crónicas. El apoyo a través de tecnologías puede contribuir a mejorar la continuidad del tratamiento y apoyar a los pacientes a instaurar y mantener un estilo de vida que contribuya al control de su enfermedad.

Telemedicina: corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación que permite realizar diagnóstico, tratamiento, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados de fin de la vida. Es realizada por profesionales de la salud, permitiendo intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y oportunidad, asegurando la calidad y continuidad de la atención en un sistema integrado de salud.

Teleconsulta: se refiere a la actividad sincrónica de interacción que ocurren entre un profesional de la salud y un paciente con el objetivo de otorgar una atención con fines diagnósticos o terapéuticos a través de tecnologías de la información y comunicaciones (ej. videollamada). Durante la teleconsulta podrían participar otros miembros del equipo de salud que se encuentran físicamente al lado de la persona atendida, acompañando o facilitando la atención.

Teleinterconsulta: Corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

Teleinterconsulta Asincrónica: es una prestación de salud a distancia, entre profesionales de la salud, que intercambian información en tiempo diferido respecto de un determinado caso (previo consentimiento del paciente) a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

Teleinterconsulta Sincrónica: es una prestación de salud a distancia, entre profesionales de la salud, que intercambian información en tiempo real, respecto de un determinado caso (previo consentimiento del paciente) a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

Consulta abreviada por atención remota: Corresponde a la interacción entre un profesional con un usuario, que considera la entrega de resultados de exámenes, renovación de licencias médicas y/o confección de recetas médicas de manera remota.

Teleinforme: Corresponde al informe generado a la distancia por un profesional de la salud y/o especialista en base a los datos obtenidos a través de un examen o procedimiento diagnóstico que se ha realizado en otro lugar. También incluye informes realizados mediante Inteligencia Artificial.

Seguimiento remoto: Toda actividad con contacto efectivo, con el fin de realizar monitoreo a distancia del estado de salud rescate u otra actividad no asimilable a las actividades regulares, para mantener vigilancia del estado de salud del paciente, realizado de manera remota, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicaciones

Consejería remota: relación de ayuda, entrega de información y educación que se debe agendar, puede realizarse en dos a tres sesiones, que se desarrolla en un marco de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona. Se realiza de forma remota ya sea vía telefónica o mediante otro medio digital que permita interacción, considera todas las temáticas asociadas a salud sexual y salud reproductiva definidas en REM A19 A, así como también las de lactancia.

Educación grupal remota: actividades sincrónicas para reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la vida saludable, crianza respetuosa, y promover autocuidado y prevención de prácticas de riesgo, realizadas a través de otros canales de comunicación (no presenciales), como medios electrónicos, informáticos y/o audiovisuales disponibles para cumplir el objetivo.

Teleconsultoría: Corresponde al intercambio de información, opiniones y sugerencias sobre casos clínicos entre miembros del equipo de salud a la distancia, realizadas a través de tecnologías de la

información y telecomunicaciones en modalidad sincrónica (tiempo real). Siendo el principal objetivo, aumentar las competencias del equipo clínico de menor especialización.

El objetivo principal de la teleconsultoría es la transmisión de conocimientos entre los equipos de salud. Puede ser utilizada para que un grupo de profesionales de salud comparta definiciones o sugerencias con otro grupo de profesionales en torno a un problema común.

Telemonitoreo: consiste en recopilar, registrar, almacenar y procesar datos de parámetros fisiológicos, mediante dispositivos que permitan transmitir electrónicamente información que requiera de monitoreo. Los profesionales de la salud supervisan y evalúan estos de forma remota y, cuando es necesario, intervienen realizando acciones de salud. (ej.: monitoreo de pacientes crónicos).

Telecomité: corresponde a la interacción sincrónica entre un equipo multi e interdisciplinario mediante el uso de tecnologías de información y comunicación (videoconferencia) para evaluar casos clínicos y tomar decisiones consensuadas relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, y continuidad del cuidado del sujeto de intervención.

Telerehabilitación: Consiste en la provisión de servicios de rehabilitación mediante el uso de tecnologías de información y comunicación, entre un profesional o equipo de salud y el paciente y/o grupo de pacientes. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación.

Las actividades a distancia pueden realizarse mediante:

Video Llamadas: Atención realizada por videoconferencia a través de plataformas de telemedicina, que involucra a dos usuarios que pueden verse y escucharse al mismo tiempo. Durante una videollamada los usuarios pueden compartir archivos y otro contenido multimedia, por ejemplo, compartir su escritorio, intercambiar mensajes de texto y usar herramientas de colaboración proporcionadas por la videoconferencia.

Llamadas telefónicas (*): Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real- sincrónico), vía llamada telefónica, que realiza el equipo con las/os usuarios. En los casos de los adolescentes menores de 15 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 15 y 18 años se debe dejar explícito con éste que, bajo ciertas condiciones, se contactará al adulto responsable.

(*) Estas deben ser excepcionales, la videollamada debe ser el canal preferente para la realización de atenciones a distancia, dejando el canal telefónico para aquellos casos donde no es posible realizar una videollamada. El registro de las actividades remotas estará normado por los manuales de resúmenes estadísticos mensuales (REM) vigentes.

Ejemplo matriz básica de programación de actividades

	Actividad	Grupo objetivo	Población por atender	Cobertura	Concentración	N.º Actividades	Rendimiento	Estamento	Nº Act. a realizar	N.º Hrs x día
Curso de Vida Infantil	Control de diada	Puérperas y RN (0-27d)	465	100%	1	465	1	Matrón/a	465	2.1
	Control de Salud	1 mes	465	100%	1	465	2	Médico	465	1.06

Fuente: elaboración propia

En el ejemplo, se divide el total de actividades por el rendimiento y luego por los días hábiles disponibles para ejecutar la actividad. La programación permite reconocer por anticipado la carga horaria para la construcción de la agenda profesional. Se espera que el proceso programático derive en un correlato con el proceso de agendamiento, es decir, que los cupos ofertados a la población sean coherentes con la demanda asistencial según las actividades programadas. La matriz de programación debe quedar reflejada en las agendas de los profesionales de la salud, en forma diaria, semanal, mensual y anual.

4.2.4. Propuesta de proceso programático

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

Actividad	Grupo Objetivo	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Consulta morbilidad	Población Infantil y Personas Mayores	100%	2	4
	Otros grupos etarios		1	
Control de Salud Integral de Adolescentes	10 a 19 años	100%	1	1,3 a 2
Consulta nutricional	PIV	Según prevalencia u observado	1	3
EMP (Examen de medicina Preventivo)	20 a 64 años	33%	1 cada 3 años	2 a 3
	65 años y más	100%	1	1,3 a 1
Control de crónicos	Según PBC	100%	2 a 4	3
Visita domiciliaria integral	PIV	25%	1	1*
Consejería familiar	Familias inscritas	20%	3-4	1,3 a 1
Consejería individual	PIV	Según lo observado	3	2 a 3

* Se debe considerar en el proceso programático la dispersión geográfica del territorio u otras condiciones que aumenten tiempos de traslados lo que conlleve a modificar rendimiento para la planificación y programación de la actividad.

Actividades indirectas

Incluye toda actividad orientada al mejor funcionamiento del centro de salud y al soporte de las actividades directas, son agendables a los funcionarios del centro, por ejemplo, reuniones clínicas, traslados a Visitas domiciliarias, entre otras.

Consideración de horas administrativas

En relación con las horas indirectas destinadas a labores administrativas asociadas a la gestión de programas y coordinación de sector deben tener el resguardo de tiempos adecuados para cumplir con las tareas asociadas al rol.

4.2.5. Descripción de actividades de las áreas de cuidados de salud en APS

4.2.5.1. Actividades de salud bucal en la atención primaria

Considerando que las principales enfermedades bucales son prevenibles y se comportan como enfermedades crónicas no transmisibles, que se manifiestan desde la niñez y aumentan en prevalencia y severidad con la edad, las atenciones odontológicas en los centros de atención primaria del país se centran principalmente en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad y en la recuperación del daño causado por caries dental, enfermedades gingivales y periodontales a lo largo del ciclo vital.

En concordancia con la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030, específicamente con el objetivo de impacto “Mejorar el estado de salud bucal de la población”, en el cual se plantea, como resultados esperados, “Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población” y “Fortalecer la Cobertura efectiva de los Servicios de Salud bucal a lo largo del curso de vida”, se destacan actividades de promoción y preventivas para población menor de 20 años y en grupos priorizados, como GES Salud Oral Integral de la Persona Gestante y Población Diabética bajo control, perteneciente al Programa de salud cardiovascular, relevando el trabajo interdisciplinario de todo el equipo de salud para la prevención y control de las patologías crónicas. Por otro lado, las consultas de morbilidad/tratamiento se distribuyen en forma equitativa, de acuerdo con la necesidad de la población consultante.

Es importante mencionar que, tanto las prestaciones de salud bucal que forman parte del Plan de Salud Familiar, como también las que son parte de programas de reforzamiento en la atención primaria de salud (PRAPS), deben ser programadas, según los estándares y coeficientes técnicos sugeridos en el RPE 10.

En relación con las horas administrativas asociadas a la gestión de programas odontológicos a cargo de la persona jefa o encargada de programa, que contempla acciones de monitoreo de cumplimientos asociados a metas sanitarias e indicadores IAAPS, gestión de agendas, reuniones de coordinación y rescate de pacientes GES, entre otras, se sugiere destinar, dentro de la programación, de 6 a 11 horas semanales a quien cumpla estas funciones. La distribución de las horas semanales se deberá definir localmente.

4.2.5.2. Actividades de salud mental y bienestar en la atención primaria

Las atenciones de salud mental están orientadas a brindar atención de salud mental con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se espera que estas acciones se encuentren insertas y transversalizadas en los equipos de sector de APS.

Se hace fundamental, avanzar a que los equipos programen sus actividades de manera integral, es decir, incorporando las atenciones de salud mental en los distintos espacios de la APS, y no como atenciones fragmentadas.

Asimismo, en coherencia con la transversalización de la salud mental en la APS, se está implementando la estrategia de fortalecimiento de la calidad de la atención en salud mental. Dicha estrategia tiene como objetivo organizar el proceso de atención de las personas con condiciones de salud mental desde la detección temprana hasta la entrega de tratamiento a lo largo del curso de vida, disponiendo de una cartera de servicios continua y ajustable al nivel de complejidad y cuidados requeridos. Estos cuidados deben estar insertos en las prestaciones regulares de salud.

Es importante mencionar que uno de los énfasis para el abordaje de la salud mental en la APS, es el aumento y fortalecimiento de las actividades grupales tanto en las áreas de promoción y prevención, como también en el área de tratamiento, aspecto que debiera verse reflejado en las programaciones.

Complementando lo ya mencionado, y reconociendo la necesidad de disminuir brechas en la atención de salud mental y que los equipos de salud adquieran competencias de salud mental, se encuentra en implementación, la estrategia mhGAP (mental health Gap Action Programme)²⁶ del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OPS/OMS. Dentro de las acciones de esa estrategia, se espera que para el año 2025 se cuente con la casi totalidad de funcionarios formados en el abordaje de la salud mental mhGAP, así como también en otras estrategias de formación tales como el área de alcohol y drogas,

²⁶ <https://www.paho.org/es/documentos/guia-intervencion-mhgap-para-trastornos-mentales-neurologicos-por-consumo-sustancias>

demencia, entre otras temáticas. La estrategia mhGAP es uno de los pilares fundamentales para lograr la integración de los cuidados de salud mental en la ECICEP.

Finalmente, para el proceso de programación operativa, en las recomendaciones programáticas específicas (RPE) N° 11 del presente documento, se entregan las principales prestaciones de Salud Mental en la APS, tanto de las incorporadas en el Plan de Salud Familiar, como también las pertenecientes a los Programas de Reforzamiento (PRAPS).

4.2.5.3. Actividades de los programas de salud cardio-cerebrovascular en atención primaria y en contexto de red

Considerando estas cifras y con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular, se implementa en APS el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), el que está alineado con los Objetivos Sanitarios de la década. Las actividades derivadas del programa además se integran con la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en las Personas (ECICEP).

En las recomendaciones programáticas específicas (RPE) 12 del presente documento se describen las prestaciones, tipo de atención, rendimiento, concentración y cobertura a incluir en el proceso programático en la APS. Cabe señalar que, al igual que el resto de las prestaciones de salud, deben encontrarse integradas y adecuadas a cada etapa del curso de vida del individuo.

Del mismo modo hay que considerar que para realizar las actividades contempladas en la programación se deben resguardar horas de profesional para la prescripción de ejercicio físico y la ejecución de los talleres vinculados a esta materia. Este recurso está financiado a través del PSF del pago per cápita desde que fueron traspasados de un programa de reforzamiento a la modalidad de pago por población a cargo. Lo anterior implica que constituye una obligación normativa el mantener este tipo de atenciones para atender esta problemática con alta carga de enfermedad. Se realiza esta precisión debido a que durante el año 2023 se ha constatado desde el nivel central, a través de los reportes REM P04 y visitas a terreno, un bajo compromiso en la oferta de atención en varios establecimientos de APS del país, incluso inexistente en algunos centros de salud.

4.2.5.4. Actividades de los programas de salud respiratoria en atención primaria y en contexto de red

El principal desafío de los programas respiratorios con relación a la población con condiciones crónicas es alcanzar la cobertura en concordancia con las prevalencias estimadas para la población chilena y mantener o mejorar el nivel de control de las patologías.

En las recomendaciones programáticas específicas (RPE) N°13 del presente documento, se describen las prestaciones, tipo de atención, rendimiento, concentración y cobertura a incluir en el proceso programático en la atención primaria incluyendo algunas modificaciones para avanzar en la implementación de la estrategia ECICEP para usuarios con enfermedad respiratoria crónica que cuenten con criterios de inclusión para los grupos G2 y G3.

Cabe señalar que, al igual que el resto de las prestaciones de salud, deben encontrarse integradas y adecuadas a cada etapa del curso de vida del individuo del mismo modo, hay que considerar que para realizar las actividades contempladas en la programación se deben resguardar al menos 33 horas de kinesiólogo(a) en Sala IRA y dos profesionales de 33 Horas cada uno en Sala ERA (kinesiólogo, enfermera) y 11 horas médicas para la atención de usuarios pediátricos con enfermedad respiratoria crónica o aguda y del mismo modo 11 horas para usuarios adultos. Todos estos recursos están financiados a través del PSF por pago per cápita desde que fueron traspasados de un programa de reforzamiento a la modalidad de pago por población a cargo. Lo anterior implica que constituye una obligación normativa el mantener este tipo de salas para atender problemática con alta carga de enfermedad estacional. Se realiza esta precisión debido a que se ha constatado desde el nivel central un serio compromiso en la oferta de atención en estos dispositivos en varios establecimientos de APS del país.

Para el año 2025 se espera que todos los establecimientos de atención primaria (CESFAM, CGU, CGR) tengan la totalidad de horas profesionales financiadas por per cápita para las salas IRA y ERA y que solo los establecimientos de menos de 5.000 inscritos tengan salas mixtas. Esto será materia de supervisión considerando la necesidad de diferenciar las prestaciones y la atención de salud respiratoria de la población infanto-adolescente y adulta.

4.2.5.5. Actividades de Rehabilitación

La rehabilitación ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud, como la estrategia sanitaria clave para el siglo XXI, por su impacto en mejorar o mantener la independencia de las personas y la participación en educación, empleo y vida comunitaria, convirtiéndose así en una inversión en capital humano que contribuye al desarrollo económico y social de los países.

La rehabilitación se entenderá como el conjunto de intervenciones que permiten optimizar el funcionamiento, reducir el impacto de condiciones de salud, accidentes, envejecimiento de la población y la exposición a factores de riesgo en interacción con su entorno para contribuir a la inclusión social. Es una estrategia sanitaria de importancia creciente, complementaria a otras intervenciones de salud y ejecutada por equipos multidisciplinarios formados en rehabilitación.

En el RPE 14 se describen los criterios técnicos para la programación de prestaciones de rehabilitación.

4.2.5.6. Actividades de Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR), se define como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.²⁷ (OMS, 2006). Por su parte la Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia²⁸.

Para incorporar la SSR en los procesos de planificación comunal y programación, se deben utilizar los marcos referenciales vigentes tales como la ENS, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, las Normas nacionales sobre regulación de fertilidad y los marcos normativos con enfoque de derechos de la ley 21.030 Interrupción Voluntaria del embarazo, Ley 21.371 duelo perinatal y gestacional; y Ley 21.372 de acompañamiento en acciones vinculadas a la atención de salud de niños, niñas, adolescentes y personas durante el proceso de parto.

Para el proceso de programación operativa, se debe revisar las recomendaciones programáticas específicas (RPE) N°15 del presente documento, en donde se entregan las principales prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la APS, incorporadas en el Plan de Salud Familiar. Ahora bien, es preciso señalar que la programación debe responder a las necesidades de la población (aumento de población, aumento de migración), a los cambios sociodemográficos (envejecimiento de la población, o mayor población en edad fértil) a escenarios sanitarios fluctuantes (baja cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino acentuado por pandemia, recuperación ingresos prenatales post pandemia), naturaleza de uso de servicios (porcentaje de inasistencia) y otros elementos necesarios a tener en consideración para programar en forma pertinente, mirando a la población y al contexto sanitario que se vive. En efecto, brindar una oferta no homogenizada, con enfoque equidad y que se refleje en la construcción de agenda que es la expresión última y práctica del proceso programático.

27 <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

28 OMS 2003 https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf

4.2.5.7. Actividades dirigidas a adolescentes en Atención Primaria

Cabe señalar que el acceso a la atención sanitaria es un indicador importante de la eficacia y la equidad de los sistemas de salud y se ha asociado con la reducción de conductas de riesgo, el aumento de hábitos saludables, y el mejoramiento de la salud de las y los adolescentes(36).

La accesibilidad se facilita cuando se trabajan las barreras geográficas, económicas y administrativas, pero sobre todo las barreras culturales y simbólicas. El acceso a una salud integral y de calidad se facilita en la medida que nuestras prácticas conocen y garantizan diariamente los derechos de los y las adolescentes.

La Atención Primaria de la Salud, es la estrategia que concibe integralmente los procesos de salud- enfermedad-cuidados de las personas y de la comunidad, a través de la asistencia y en los espacios que transitan las personas adolescentes: la escuela, la plaza, el club deportivo, entre otros(37), por lo tanto, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud, con un elemento clave: la participación comunitaria.

Premisas Generales en la Atención de adolescentes:

- La atención de adolescentes debe garantizarse siempre, independientemente si concurren o no con una persona adulta.
- Debe respetarse el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la decisión sobre su propio cuerpo.
- La atención debe garantizarse sin ningún tipo de exclusión o discriminación (por orientación sexual, identidad de género, discapacidad, pertenencia a pueblo indígena o migrante).
- El abordaje debe ser integral, interdisciplinario, con personal capacitado y de acuerdo con protocolos vigentes; y en los casos que amerite, intersectorial bajo el concepto de corresponsabilidad.
- El registro en la historia clínica debe ser completo y garantizar la confidencialidad.
- El diseño de un modelo de atención y prestaciones destinadas a la población adolescente debe tener presente el concepto de oportunidad perdida.

Para el proceso de programación operativa, se debe revisar las recomendaciones programáticas específicas (RPE) N°17, del presente documento, en donde se entregan las principales prestaciones de salud para adolescentes de 10 a 19 años, en la atención primaria y que están incorporadas en el Plan de Salud Familiar.

4.2.6. Capacidad de resolución y coordinación de la Atención Primaria: rol clave del profesional gestor de la demanda

La capacidad de resolución se concibe como la posibilidad de dar respuesta a los problemas de salud en cada uno de los establecimientos que componen la red, con el mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto implica, para la APS, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar a las personas a otros componentes de la red y, por lo tanto, en un lugar más cercano a la población, creando vínculos permanentes con su población a cargo.

La coordinación es una función esencial de la Atención Primaria, por lo que se debe priorizar y destacar en cada centro de salud. Un rol clave lo constituye el **profesional gestor de la demanda**, cuyo objetivo está orientado a mejorar la atención integral de las personas haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y de toda la necesidad de atención inter niveles, mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente los problemas de salud, ya que una baja coordinación y alta fragmentación del sistema puede disminuir la calidad de la atención y empeorar los resultados en salud (Miranda, 2020)(38).

Las principales actividades del profesional gestor de la demanda son:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación para que las SIC generadas se adhieran a estos protocolos
- Tomar conocimiento y validar la pertinencia de las SIC originadas en el establecimiento, derivando al nivel de especialidad solo las que tengan pertinencia, y gestionando aquellas susceptibles de resolver en atención primaria.
- Recoger necesidades de capacitación del equipo de salud para potenciar las capacidades de los equipos de cabecera.

Este rol requiere de un perfil de liderazgo dentro del establecimiento, que tenga validación técnica por parte del equipo de salud y desarrollo de habilidades blandas. Para esta labor es primordial garantizar horas para el desarrollo de esta coordinación en el establecimiento; por lo tanto, **los establecimientos de APS deben considerar todas las horas indirectas necesarias para potenciar el rol de este profesional.** El número de horas destinadas a sus funciones dependerá, en mayor o menor medida, de las necesidades de salud del territorio y del nivel de demanda que tenga el centro de salud.

4.2.7. Estimación de recursos humanos y demanda en APS

4.2.7.1 Estimación de recursos necesarios

La programación de actividades debe conducir a estimar las horas técnico-profesionales para otorgar los cuidados primarios a la población a cargo como elemento central para la organización de los establecimientos de atención primaria. Este resultado del proceso programático debe constituir un elemento primordial a la hora de gestionar el recurso humano en salud y organizar las actividades de los centros y dispositivos. Por estos motivos, la programación de actividades, debe ser un proceso realizado en forma reflexiva, coherente, ajustada a la población y realidad local, que tenga tendencia al incremento de cobertura y prestaciones cuando el establecimiento está alejado de los coeficientes técnicos emanados de las normas y programas de nivel central. La estimación anual de recurso humano debe realizarse en forma correcta de tal manera que se constituya en insumo para las gestiones pertinentes de directivos y entidades administradoras.

4.2.7.2 Estimación de la demanda

La programación de actividades nos plantea el desafío de abordar la demanda de las personas, principalmente respecto a prestaciones que pueden tener un comportamiento variable, por ejemplo: morbilidades médicas, morbilidades ginecológicas, consultas de urgencias odontológicas y descompensaciones de patologías crónicas. En el intento de anticiparse a estas demandas y poder programar los recursos para abordarla, se realiza una estimación de esta. En este sentido, se utilizan las series de tiempo para pronósticos a corto plazo, que corresponde a una lista de datos recogidos en el tiempo, y se basa en la suposición de que la historia predice el futuro de modo razonable. Es decir, las atenciones realizadas el año anterior sirven para estimar o pronosticar las atenciones requeridas del año en curso.

4.2.8. Evaluación y monitoreo

En general, los objetivos de una evaluación son:

- Establecer el grado de pertinencia, idoneidad, eficacia, eficiencia y efectividad.
- Determinar razones de éxito o fracaso.
- Facilitar las decisiones.
- Identificar efectos imprevistos.

El proceso programático también debe ser sometido a evaluación, por lo tanto, está lejos de ser una herramienta numérica y estática. Se requiere que la programación de actividades sea dinámica, que se establezcan hitos de monitoreo, que exista un trabajo de retroalimentación desde el Servicio de Salud a los equipos de atención primaria, tanto en las fases iniciales del proceso como en los distintos períodos del año. El Servicio de Salud como gestor de la red debe monitorear el proceso programático, con aplicación de evaluación cuantitativa según monitoreo trimestral de algunas actividades trazadoras incluidas en la planilla programática.

4.2.9. Gestión de agenda en APS

La gestión de agenda es un proceso que pone a disposición la programación operativa de los establecimientos en un sistema de agendas que permiten mejorar la accesibilidad de las personas a su atención de acuerdo con su necesidad.

La agenda, por sí sola, no sirve para gestionar la demanda, sino sólo para distribuir los tiempos de asistencia, por tanto, debe ser parte de un sistema de Gestión de Demanda donde la base es hacer coincidir la oferta y la demanda diariamente, semanalmente y a largo plazo, considerando las variaciones de la demanda que se producen por día, semanas o meses.

El proceso de agendamiento consiste en la asignación de cita a una persona para su atención, de acuerdo con la oferta existente. La gestión de las citas son las acciones que tienen por objetivo disponer, mantener y agendar horas para la atención de una persona, asegurando acceso y disminuyendo los niveles de inasistencias. Este es un proceso flexible que permite cambios en tiempo real, considerando además que se debe resguardar horas para hacer uso de estas en relación con las necesidades de las personas.

Finalmente, se señala que la gestión de agendas nos permite

- Otorgar accesibilidad y continuidad de los cuidados
- Reducir los tiempos de espera de una atención
- Otorgar atención eficiente y oportuna
- Contar con un registro y trazabilidad de la información
- Mejorar la satisfacción usuaria

4.3 Programación del nivel secundario y terciario

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

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

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

Una vez validada la programación del establecimiento, se deben generar las agendas de atención ambulatoria para consultas, procedimientos y otros, más la asignación de atención cerrada, quirúrgico y urgencias (se seleccionarán actividades trazadoras).

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

Para el análisis por especialidad, se debe determinar la disponibilidad de recursos, considerando los componentes que se señalan más abajo.

4.3.1. Gestión de agenda en el nivel de especialidad

Se define como el conjunto de actividades que tienen por objetivo mantener disponible la programación de consultas, procedimientos y otras prestaciones en un sistema que permite administrar y gestionar horas programadas para asegurar la atención de salud a las personas.

La agenda corresponde a la estructura organizativa de las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por modalidad y tipo de atención, en la que se produce la citación de un usuario/persona. Está definida por una carga de actividad y rangos horarios determinados

los cuales se encuentran basados en los rendimientos acordados para dicha actividad. Por otra parte, el sistema de agenda debe mantener la trazabilidad de la información de los usuarios/personas, por lo cual debe ser flexible, que permita cambios en tiempo real y que logre la integración de datos con el resto de las áreas del establecimiento. Debe ser un mismo sistema para toda la institución que permita el control de todas las actividades ambulatorias programables y agendables de los profesionales.

Una adecuada gestión de agenda constituye uno de los procesos claves dentro de la atención ambulatoria de especialidades destacándose los siguientes beneficios:

- Genera un impacto directo en la producción ambulatoria de especialidad respecto a la totalidad de consultas nuevas, controles y procedimientos, entre otras prestaciones.
- Constituye uno de los elementos de apoyo para la reducción de los tiempos de espera de los usuarios para consulta nueva
- Proporciona elementos claves y necesarios para mantener la trazabilidad de la atención de los usuarios/personas desde el ingreso al establecimiento permitiendo la obtención de datos necesarios para el análisis, toma de decisiones y mejora continua del proceso de atención del establecimiento.
- Contribuye al uso eficiente de los recursos de horas para consulta nueva, controles y procedimientos, lo cual favorece la satisfacción usuaria.

Dentro de los subprocesos de Gestión de Agenda se destacan las siguientes acciones claves:

a) Administración y Programación de la agenda:

- Mantener la estructura del Sistema de Agenda actualizada, de acuerdo con la planificación y programación, definida de manera anual junto a sus reprogramaciones considerando la documentación relacionada a este proceso, definida por el establecimiento.
- Diferenciar tipo de atención, modalidad y subtipo de prestación (riesgo biomédico, GES, control al alta de la atención cerrada, entre otros), de acuerdo con la priorización de atenciones de salud.
- Es recomendable programar citas presenciales y remotas de manera alternada, con el fin de hacer más eficiente el uso de los recursos disponibles, tales como, el

personal de salud clínico y administrativo, infraestructura, seguridad y beneficios para el usuario.

b) Mantención de Horas disponibles:

- Dar aviso inmediato a la persona usuaria frente a cambios y bloqueos puntuales de la agenda, para así evitar concurrencias innecesarias.
- Realizar las modificaciones a la agenda original, manteniendo la normativa institucional identificando claramente el sistema de agenda, el motivo que originó el cambio.

c) Agendamiento:

- Realizar agendamiento con contacto efectivo según pertinencia, priorización y modalidad de atención de la interconsulta definida por especialista.
- Mantener actualización de datos de contacto en cada encuentro telefónico o presencial con la persona usuaria, considerando como mínimo los siguientes ítems: más de un número telefónico, dirección, correo electrónico y nombre del establecimiento de APS al que pertenece.
- Es recomendable incluir la entrega a la persona (preferentemente informática) de la cita agendada (previamente consensuada), el que debe contener como base la siguiente información: datos de la cita, preparación necesaria para la atención, referencia de los deberes y derechos del usuario/a, entre otros datos de interés, determinados a nivel local.

d) Gestión de Citas:

- Se debe realizar confirmación de horas, días previos a la cita, cualquiera sea la modalidad de atención (presencial o remota) Esta acción permite gestionar de manera eficiente las horas disponibles, contribuye a disminuir la lista de espera y favorece el contacto entre el establecimiento y el/la usuario/a.
- Asegurar el contacto efectivo con los/las usuarios/as, haciendo uso de los distintos canales de comunicación remota para informar por parte de la institución y así mismo por el usuario, sobre cambios o anulaciones de horas, con el fin de evitar concurrencias innecesarias y pérdidas de cupos.

- Frente a solicitud de re-agendamiento o anulación de cita por parte de la persona, se debe registrar en el sistema de agenda el motivo de ésta y asignar una nueva hora cuando corresponda, liberando la anterior para el uso de otro usuario/a.

4.3.2. Programación operativa del nivel de especialidad

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

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

Descuentos individuales por feriado legal:

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

Descuentos individuales por días administrativos:

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

Descuentos individuales por capacitación:

Capacitación	
Ley	Días de capacitación
19.664	6 anuales
18.834	6 anuales

4.3.3. Programación individual

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

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

Con esta información se multiplicará la actividad semanal programada por los días hábiles calculados efectivos, ya realizados los descuentos generales y los individuales para cada profesional, según la información emanada por el Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas o Encargado de Recursos Humanos, con lo que se obtiene la programación real para el año.

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

4.3.4. Criterios técnicos para la programación

A. Actividades Clínicas:

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

Se incluye el horario programado de las siguientes actividades: Consultas Totales (Nuevas + Controles), Procedimientos Totales, Intervenciones Quirúrgicas, Visitas a Sala (Staff diurno), Interconsultas a Sala, Comité, Consultas Abreviadas, Turno.

Para la programación de profesionales que realizan turno, debido a que las actividades a realizar son múltiples, se solicita desagregar la distribución de horas asignadas a las actividades que se encuentran a disposición, por lo que se solicitará durante las reprogramaciones actualizar su distribución.

B. Actividades No clínicas:

Actividades no relacionadas con la atención directa del usuario/paciente sino con la gestión, organizacional, de recursos, de investigación y docencia, que apoyan el desarrollo de las actividades clínicas y de la institución. Se adjunta tabla referencial de Porcentaje (%) de asignación para profesional Médico y No Médico:

Recomendación de porcentajes de actividad no clínica

Médico	Porcentaje Actividad No Clínica
Ambulatorio	15%
Hospitalizado	10%
Quirúrgico	2%
Urgencia	2%

Profesional	Ambulatorio	Hospitalizado	Quirúrgico	Urgencia	UTM-LAB-AP	Farmacia	A. Social
Asistente Social	-	-	-	-	-	-	42%
Bioquímico(a)	-	-	-	-	42%	-	-
Enfermero(a)	38%	16%	21%	9%	-	-	-
Fonoaudiólogo(a)	23%	16%	-	-	-	-	-
Kinesiólogo(a)	28%	13%	-	7%	-	-	-
Matrón(a)	32%	15%	25%	15%	-	-	-
Nutricionista	36%	12%	-	-	-	-	-
Psicólogo(a) Clínica	33%	34%	-	-	-	-	-
Psicopedagogo(a)	44%	-	-	-	-	-	-
Químico(a)-Farmacéutico(a)	-	-	-	-	-	33%	-
Terapeuta Ocupacional	32%	24%	-	-	-	-	-

Tecnólogo(a)	-	-	-	-	-	26%	-	-
Médico(a)								

C. Programación de atención ambulatoria

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

D. Programación de atención cerrada

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

Programación atención usuario/paciente hospitalizado

Para el proceso de hospitalización, se recomienda:

- Potenciar la gestión en red de camas de hospitales de alta, mediana y baja complejidad, a través del gestor de red de cada Servicio de Salud.
- Agilizar la apertura de camas (bloqueadas y nuevas), reconversión de camas y complejidad, resguardando las normas técnicas básicas.
- Evitar traslados innecesarios desde hospitales de baja complejidad, hacia hospitales de alta complejidad.
- Potenciar la estrategia de hospitalización domiciliaria.
- Considerar así mismo, distribución del personal capacitado en UPC concentrándose en áreas críticas (UCI, UTI, UEH, pabellón) y personal recién incorporado de cada establecimiento en áreas de menor complejidad.

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

El producto principal de la hospitalización es el egreso hospitalario, por lo cual, no es aplicable un rendimiento a la Atención Directa de Hospitalizado, sino que, se debe aplicar un

rendimiento y seguimiento a las actividades como Atención en Sala de profesionales médicos, Visitas en sala (Interconsultas) realizadas desde la atención ambulatoria, entre otros.

4.3.5. Estándares sugeridos para programación según recurso cama

Profesional	Nivel de cuidados	Tiempo estimado	Observaciones
Médico/a	Nivel de cuidado crítico UCI	30-60 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado crítico UTI	30-45 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado medio	20 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado básico	15 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
Nutricionista	Nivel de cuidado crítico Se considera UCI, UTI, adulto, pediátrico y neonatológicos. Norma Técnica SAN, MINSAL 2005	30 min	Atención integral del paciente (anamnesis, requerimientos nutricionales, formulación dietoterapéutica, planificación alimentaria, balance nutricional, hídrico y nitrogenado, control de ingesta, evaluación y reevaluaciones). Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia.
	Nivel de cuidado medio	20 min	Atención integral del paciente. Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia.
	Nivel de cuidado básico	15 min	Atención integral del paciente (*). Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia

Fonoaudiólogo/a	Todos los niveles de cuidados	Se sugiere rendimiento de 2 a 3 atenciones por hrs.	Atención integral del paciente
Psicólogo/a			
Kinesiólogo/a			
Trabajador/a social			
Terapeuta ocupacional			
Técnico/a paramédico/a	Nivel de cuidado crítico UCI	115 min	Atención integral paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)
	Nivel de cuidado crítico UTI	115 min	Atención integral al paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. Medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)
	Nivel de cuidado medio	85 min	Atención integral al paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)
	Nivel de cuidado básico	85 min	Atención integral al paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)

4.3.6. Rendimiento por tipo de cama para Profesional Enfermería

Tipo Cama\Tipo atención	Básica	Definición
Básico	3 minutos	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado/a en cama básica y tenga duración máxima de 3 minutos
Intermedia	5 minutos	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado/a en cama básica y tenga duración máxima de 5 minutos
Compleja	7 minutos	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente

		hospitalizado/a en cama básica y tenga duración máxima de 7 minutos
Tipo Cama\Tipo atención	Medias	Definición
Básico	5 min	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado en cama básica y tenga duración máxima de 5 minutos
Intermedia	7 min	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado en cama básica y tenga duración máxima de 7 minutos
Compleja	10 min	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado en cama básica y tenga duración máxima de 10 minutos
Tipo Cama\Tipo atención	UTI/UCI	Definición
Básico	15 min	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado en cama básica y tenga duración máxima de 15 minutos
Intermedia	25-35 min	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado en cama básica y tenga duración máxima de 25-35 minutos
Compleja	35-45 min	Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado en cama básica y tenga duración máxima de 35-45 minutos

En resumen, la programación operativa tanto en APS como en Especialidad, garantiza que los recursos y esfuerzos se dirijan de manera eficiente y coordinada, respondiendo a las necesidades de salud de la población y asegurando la continuidad y calidad de la atención en todos los niveles.

LISTADO DE RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS ESPECÍFICAS (RPE)

Nº	Nombre
RPE 1	Lineamientos de pueblos indígenas
RPE 2	Lineamientos de atención a población migrante
RPE 3	Criterios técnicos para el programa de calidad y seguridad asistencial en Atención Primaria
RPE 4	Criterios técnicos para la programación de prestaciones de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)
RPE 5	Criterios técnicos para la programación de gestión de la salud Mental y los ambientes laborales saludables del personal de salud de APS
RPE 6	Especificaciones técnicas de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles en Atención Primaria
RPE 7	Ejes estratégicos para gestión de la capacitación en los establecimientos de atención primaria municipal
RPE 8	Formato Programa Anual de Capacitación 2025
RPE 9	Criterios técnicos para la programación de actividades por telemedicina en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria
RPE 10	Criterios técnicos para la programación de actividades odontológicas en APS y Especialidades
RPE 11	Criterios técnicos para la programación de prestaciones de salud mental en APS y para la programación de atención abierta de salud mental en el nivel de especialidad
RPE 12	Criterios técnicos para la programación de actividades del programa cardiovascular en Atención Primaria
RPE 13	Criterios técnicos para programación de actividades de programas de salud respiratoria en Atención Primaria
RPE 14	Criterios técnicos para programación de actividades de rehabilitación en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria
RPE 15	Criterios técnicos para programación de actividades de Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria
RPE 16	Criterios técnicos para la programación de prestaciones para niños y niñas en Atención Primaria y niños, niñas y adolescentes en Atención Secundaria y Terciaria
RPE 17	Criterios técnicos para la programación de actividades del programa adolescente en Atención Primaria
RPE 18	Criterios técnicos para la programación de actividades del Cuidado integral para personas con dependencia severa y sus cuidadores en Atención Primaria

RPE 19	Criterios técnicos para la programación de actividades asociadas al Programa de Tuberculosis en Atención Primaria
RPE 20	Criterios técnicos para la programación de actividades de químicos farmacéuticos en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria
RPE 21	Criterios técnicos de programación de atención ambulatoria especialidades
RPE 22	Criterios técnicos para programación actividades Salud Sexual y Salud Reproductiva Atención Secundaria y Terciaria
RPE 23	Criterios técnicos Programación de Atención Cerrada de Salud Mental
RPE 24	Criterios técnicos para la Programación de Unidades Oncológicas
RPE 25	Criterios técnicos para programación de Actividades de Cuidados Paliativos Universales en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria
RPE 26	Criterios técnicos para Medicina Nuclear Nivel Terciario
RPE 27	Criterios técnicos para Imagenología Nivel Secundario y Terciario
RPE 28	Criterios técnicos del programa de atención y control en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) -Nivel Secundario
RPE 29	Criterios técnicos para el proceso de programación comités y comisiones en redes de alta complejidad
RPE 30	Criterios técnicos para la programación de la Urgencia Gineco-obstétrica
RPE 31	Donación de sangre y medicina transfusional
RPE 32	Cirugías mayores y mayores ambulatorias
RPE 33	Unidades de laboratorio
RPE 34	Criterios técnicos para Hospitalización domiciliaria
RPE 35	Criterios técnicos para la programación de los equipos especializados del Programa de Reparación y Atención Integral

ANEXO 1:

Pasos básicos para la realización de un análisis de género en el contexto de Plan de Salud Comunal

A continuación, se describen un conjunto de pasos básicos para la realización de un análisis de género en el contexto de Plan de Salud Comunal:

1. Obtener información desagregada por sexo, edad y otras variables relevantes

La información cuantitativa y cualitativa desglosada por sexo, edad y otras variables relevantes (situación migratoria, ruralidad, pertenencia a pueblos originarios, identidad de género, entre otras) es esencial para identificar y responder a las desigualdades de género en su intersección con otras desigualdades de poder en todos los niveles de intervención: el micro de los programas/proyectos, el meso de la prestación de servicios, y el macro de las políticas.

2. Evaluar la división por sexo del trabajo y su implicancia en la planificación

La información obtenida mediante la identificación de roles permite determinar en qué formas la división por sexo de los roles y el poder de decisión se vería afectada por la ejecución de las actividades planeadas, en contextos socioeconómicos y culturales específicos, aquí cobra sentido dónde trabajan las personas, cuál es el horario en que se encuentran disponibles, por ejemplo. En el contexto sanitario, ayuda a orientar la intervención a fin de: a) asegurar que responda a las necesidades y limitaciones específicas de cada sexo, edad y característica social de acuerdo con sus roles de género; y b) promover el involucramiento y participación de ambos sexos en la intervención:

Preguntas importantes para hacer durante este proceso:

¿Qué tipos de trabajo se hacen y quién los hace? Los diferentes tipos de trabajo para considerar son: Productivo (sector formal e informal), reproductivo (no remunerado doméstico y de cuidado dentro del hogar), y comunitario de servicios esenciales o de gestión política.

¿Cuánto tiempo toma la realización de cada actividad y cuándo se realizan estas actividades? Esta información ayuda a identificar los períodos en los que se produce una demanda alta del trabajo, y permite valorar la disponibilidad diferencial de tiempo de las personas

¿Dónde tiene lugar cada actividad? (por ejemplo, hogar, pueblo, mercado, campo, centro urbano o zona rural, y qué tan lejos del hogar) ¿A qué distancia del centro de salud más cercano? Esta información permite identificar las diferencias por edad y sexo en la movilidad fuera del hogar y las barreras culturales asociadas.

Es también útil considerar un mapeo por sexo del equipo técnico de la organización u organizaciones que participan en el desarrollo de la intervención en sus distintas etapas.

3. Evaluar el acceso a los recursos y servicios en salud.

El acceso de mujeres y hombres a recursos determinantes de la salud, incluyendo los servicios de salud y de protección social, está asociado con:

- La vinculación diferencial de los sexos al trabajo remunerado en el sector formal de la economía que diferencia el uso de los servicios de atención primaria
- La disponibilidad de servicios de calidad que atiendan las necesidades específicas de cada sexo, que sean pertinentes y accesibles en términos geográficos y de espacios horarios (extensión horaria para población trabajadora y que realiza cuidados).
- Estereotipos de masculinidad que inhiben a los hombres para buscar atención, particularmente preventiva.
- La exposición de roles asimétricos en la esfera de salud sexual y reproductiva y de los cuidados familiares y/o comunitarios, históricamente asociados a la mujer dentro de una comunidad (medición de indicadores asociados a participación de pareja en los cuidados de salud sexual y reproductiva; y sus correspondientes acciones, tendientes a lograr este indicador).

4. Evaluar las necesidades prácticas y estratégicas de género

Las necesidades prácticas de género son necesidades inmediatas de supervivencia y bienestar que no cuestionan la división por sexo del trabajo y poder y que son generalmente percibidas por las mismas personas que las experimentan. Las necesidades estratégicas de género, por otra parte, reflejarían aspiraciones a largo plazo con respecto a igualdad de género, pero no siempre forman parte de las percepciones y prioridades de las personas en condición de desventaja o subordinación.

En el plan de salud, aquellas necesidades asociadas a lo biológico en cuanto a la división por sexo no pueden entenderse sin los riesgos o vulnerabilidad que se originan de un desbalance de poder entre estos mismos sexos. Como ejemplo: si diseñamos acciones entorno a la lactancia en los primeros 6 meses de vida, entendemos que biológicamente la mujer está a cargo de esta acción, sin embargo, si necesitamos favorecer el desarrollo integral de la niñez y de favorecer coparentalidad, se requiere acciones que incluyan y potencian el rol del padre en ese proceso de lactancia.

Realizar un análisis de las causas de desigualdad de género

A la hora de planificar tener en consideración las causas inmediatas, subyacentes y estructurales que provocan desigualdades relacionadas con el género en su territorio. Al tener visible estas causas, es más clarificador trabajar en futuras intervenciones que respondan a ellas. Ejemplo: embarazo adolescente en la comuna, causas inmediatas: falta de acceso a anticonceptivos en la atención primaria, causas subyacentes: centro de salud muy distante, horarios no pertinentes para atención en regulación de fertilidad para adolescentes, falta de espacio amigable para adolescentes; causas estructurales: pobreza, baja prioridad política comunal a la temática, falta de autonomía de las mujeres adolescentes, falta de educación sexual, falta de responsabilidad de la pareja en salud reproductiva, etc.

5. Identificar las barreras que enfrentarían mujeres y hombres de distintas edades y contextos socioculturales para participar y beneficiarse equitativamente de la intervención.

Durante la implementación, los temas de quién participa y se beneficia, cómo, y por qué/ por qué no, también deben ser objeto de estrecha vigilancia. Ejemplo: si dentro de nuestro plan de salud comunal está brindar acciones con foco en adolescentes, tendremos que detenernos a diseñar acciones que hagan parte a mujeres y hombres adolescentes, para fomentar la protección de salud asociada al sexo y las diversidades sexo-genéricas.

6. Plantear estrategias de promoción de igualdad de género para su inclusión dentro del diseño y la ejecución de la intervención

Algunas claves:

- La sola presencia de mujeres y/o de hombres como receptores de servicios no garantiza una verdadera participación o un enfoque de género en la intervención. La participación real tiene que ver con la capacidad de los/las participantes para decidir sobre el proceso y el destino de la intervención y la consecuente transformación de las relaciones entre mujeres y hombres.
- El fortalecimiento de las capacidades organizacionales en salud cataliza el empoderamiento, en particular el de ciertas categorías de mujeres tradicionalmente aisladas en la esfera doméstica.
- La intervención debe ser con participación de las organizaciones de base, pero no exclusivamente de mujeres, existentes en la comunidad.

- El grado en que la **participación como derecho** sea seriamente incorporada en las estrategias determinará la medida en que la intervención refleje una **perspectiva de derechos**.

7. Evaluar la capacidad del recurso humano coordinador/ejecutor de la iniciativa para integrar una perspectiva de igualdad de género en la planificación, implementación y monitoreo de la intervención; y desarrollar estrategias para fortalecer tal capacidad.

Aquí es clave el mapeo de talentos en el equipo de salud y desarrollo de estrategias de capacitación cuando no hay capacidades instaladas en género.

8. Evaluar el potencial de la intervención para catalizar el empoderamiento de las mujeres y/o de los hombres y responder a sus necesidades estratégicas.

Sobre la base de las necesidades estratégicas de género (relacionadas con la rectificación de las desigualdades de poder entre los sexos) identificadas en el Paso 4, analizar posibles acciones que propicien algún tipo de transformación de “abajo para arriba” en las relaciones de género. Tales estrategias se dirigirían a confrontar la posición de desventaja de las mujeres, o a cuestionar y cambiar los roles y las responsabilidades de los hombres. Una manera de abordar las necesidades estratégicas con los hombres puede ser a través de la creación de conciencia entre los mismos respecto al impacto que conductas estereotípicamente “masculinas” pueden tener sobre la salud de sus parejas, sus hijos/as, y su propia salud. Con las mujeres, tal abordaje podría incluir el desarrollo de habilidades para ejercer el derecho a vivir libres de violencia por parte de la pareja, y para negociar relaciones sexuales libres y seguras.

Ejemplo: si se diseña una acción que aborde las brechas de acceso de trabajadores a las prestaciones de APS, como es disponer de actividades preventivas en extensión horaria, potencialmente se alcanzará a más hombres que -por la naturaleza de su actividad laboral o por los comportamientos asociados a masculinidad- no están accediendo a horarios diurnos.

Elaborar indicadores sensibles a las cuestiones de género

Características y propósitos:

- Requerir información desglosada por sexo y otras categorías pertinentes respecto a quién participa y quién se beneficia de la intervención
- Determinar si la intervención tiene diferentes impactos y beneficios para las mujeres y los hombres, y apoyar el análisis de las causas por las cuales estas diferencias ocurren

- Evaluar si la intervención está propiciando un cambio en las relaciones de género, y apoyar el análisis de cómo están cambiando las relaciones de género (positiva o negativamente), y cómo este cambio (o no cambio) afecta el logro de los objetivos amplios de la intervención.

Ejemplo: medir la participación del padre en el proceso reproductivo y de crianza, y a su vez vigilar la participación de la pareja en el control de regulación de fertilidad de la mujer adolescente, son indicadores que pueden reflejar cómo las acciones y programas que fortalecen la coparentalidad y la corresponsabilidad en la salud sexual y reproductiva pueden ir cambiando las relaciones de género en la población a cargo, construyendo masculinidades positivas y mejorando la salud integral de las poblaciones beneficiadas (en el ejemplo: la participación del padre en la crianza mejora el desarrollo integral de sus hijos/as).

9. Utilizar la información y el análisis de género en todas las fases del ciclo programático y en todos los documentos clave del programa.

Cada uno de los pasos anteriores debe considerarse a través de todo el ciclo de planificación y continuando a través de las etapas de diseño, implementación y evaluación de la intervención. La perspectiva de género debe integrarse sistemáticamente en todos los documentos clave de plan de salud comunal y no limitarse a una sección dentro de un documento, o a un documento separado sobre los objetivos y estrategia de género. Es esencial que los esquemas de planificación (marcos lógicos) reflejen apropiadamente el análisis social de género realizado durante el diseño; igualmente, las metas, objetivos, resultados esperados e indicadores deben incluir referencias explícitas a logros relacionados con igualdad de género.

EDITORES

Juan Ilabaca Mendoza	Jefe Departamento Gestión de los Cuidados, DIVAP
Camilo Becerra Rodriguez	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados, DIVAP
María de los Ángeles Bravo	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados, DIVAP
Ricardo Molina Arteaga	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados, DIVAP
Milena Pereira Romero	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados, DIVAP
Iris Cerdá Alvarado	Profesional de Departamento de Control de Gestión y Calidad, DIVAP
Solange Burgos Estrada	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA

COLABORADORES

JEFATURAS MINSAL

Dra. Carmen Aravena Cerdá	Jefe División de Atención Primaria
Dra. Andrea Solís Aguirre	Jefa División de Gestión de Red Asistencial
Camila Silva Olivares	Jefa División Políticas Públicas Saludables y Promoción
Tania Herrera Martínez	Jefa División Planificación Sanitaria
Dra. María Soledad Martínez Gutierrez	Jefa División Prevención y Control de Enfermedades
Dr. Bernardo Martorell Guerra	Coordinador Comisión Reforma MINSAL

JEFATURAS DEPARTAMENTO

Juan Ilabaca Mendoza	Jefe Departamento Gestión de los Cuidados, DIVAP
Antonio Vergara Monares	Jefe Departamento Gestión Operacional, DIVAP
Laura Morlans Huaquin	Jefa Departamento Control de Gestión y Calidad, DIVAP
Alison Morales San Martín	Jefa Departamento Integración y Desarrollo, DIVAP
Susana Fuentealba Cofre	Jefa Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA
Cristian Lara Román	Jefe Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, DIGERA
María José Espinoza Astorga	Jefa Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, DIGERA
Mario Fuentes Elgueta	Jefe Departamento de Gestión y Planificación Estratégica, DIPOL
Cristian Cofré Sasso	Jefe de Depto. de Nutrición y Alimentos, DIPOL
Patricia Zamora Valdés	Jefa Departamento Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, DIPOL
Alicia Arias Schreiber Muñoz	Jefa Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad, DIPOL
Odette Urrutia Pumeyrau	Jefa Departamento Estrategia Nacional de Salud, DIPLAS
Carolina Neira Ojeda	Jefa Departamento Enfermedades no Transmisibles, DIPRECE

Dr. Sung Hyuk Kim	Jefe Agencia Nacional de Prevención y Control del Cáncer, DIPRECE
Constanza Piriz Tapia	Jefa Departamento Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE
Carolina Mendoza Van der Molen	Jefa Departamento Salud Bucal, DIPRECE
María José Letelier Ruiz	Jefa Departamento Salud Digital, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Nora Donoso Valenzuela	Jefa Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Dr. Christian Garcia Calavarro	Jefe Departamento de Epidemiología, Subsecretaría de Salud Pública
Paola Pontoni Zúñiga	Jefa Departamento Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, Gabinete de Ministra
María Jose Jorquera González	Jefa Nacional Departamento PRAIS

DIVAP

Danilo Ríos Poblete	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Clodoveth Millalen Sandoval	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Macarena Riquelme Rivera	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Cesar Morales Sepúlveda	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Daniela Cortés Vidal	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Ana Edith Ayala González	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Nathalie Silva Pizarro	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Norman Romo Grogg	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Paulina Nuñez Venegas	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Damaris Meza Lorca	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Juan Herrera Burott	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Ricardo Hernández Fonfav	Profesional Departamento Gestión del Cuidado
Marcela Rivera Medina	Profesional Departamento Gestión del Cuidado
Ruth Aburto Vallejos	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Nicolás Fierro Jordan	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Verónica Véliz Rojas	Encargada Nacional Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión de los Cuidados
Lorena Vera Angulo	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Deiza Troncoso Miranda	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Viviam Garcia Pachon	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
María José Romero Rebolledo	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Pamela Meneses Cordero	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Alejandro Iglesias Bonsses	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Alondra Muriel Lagos Marchant	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados

Alvaro Gabriel Campos Muñoz	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Cecilia Moraga Gutiérrez	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Daniel Molina Mena	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Irma Vargas Palavicino	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Lorena Sotomayor Soto	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Marcela Rodriguez Romero	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Margarita Ramos Martínez	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Nicolas Fierro Jordan	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Pablo Wilhelm del Villar	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Patricia Vega Cornejo	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Paz Anguita Hernandez	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Romy Schneider Gutierrez	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Tania Labra Olivares	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Xenia Benavides Manzoni	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Fernanda Santander Triviño	Referente de los Cuidados de Ambientes laborales Saludables
Catalina Alcalde Cárdenas	Profesional del Departamento de Gestión Operacional
Nanet González Olate	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados
Alejandro Gómez Muñoz	Profesional del Departamento de Gestión de los Cuidados

DIGERA

Jose Rosales Caniumil	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Claudia Campos Ponce	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Patricia Acevedo Loyola	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Ana Jara Rojas	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Estefanía Cifuentes Morales	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Gisela Acosta Poque	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Anamari Avendaño Arechavala	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Alejandra Sutherland Soto	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Elizabeth Casanova Salazar	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Daniela Vargas Guzmán	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Paola Arévalo Leal	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Maureen Gold Semmler	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Mauricio Farias Araya	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Carolina Isla Meneses	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria

Cristian Matamala Valencia	Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Miguel Ulloa Espinoza	Profesional del Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Claudia Campos Ponce	Profesional del Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Jose Rosales Caniumil	Profesional del Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
Paulo Vilches González	Profesional del Departamento Red de Urgencia
Fabiola Alzamora Muñoz	Profesional del Departamento Red de Urgencia
Lorena Gutiérrez Mundt	Profesional del Departamento Red de Urgencia
Karina Trujillo Fuentes	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Claudia Celedón Carrasco	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Paola Ciocca Barraza	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Maria Paulina Torrealba	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Cristian Parra Becerra	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Jessica Villena Gatica	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Barbara Silva Valdes	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Eduardo Artiga González	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Felipe Salinas Gallegos	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Maylen Cortese Sampieri	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Vilma Cortes Lacoste	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Claudia Arroyo Nazer	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Pamela Gallardo Camus	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Valery Sapiain Plaza	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Marlene Valenzuela Valdenegro	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas

DIPOL

Alejandro Aguayo Navarrete	Profesional del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana
Carolina Cobos Suárez	Profesional del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana
Yilda Herrera Figueroa	Profesional del Departamento de Nutrición y Alimentos
José Ayala Riquelme	Profesional del Departamento de Nutrición y Alimentos
Sabina Pino Campos	Profesional del Departamento de Gestión y Planificación Estratégica
Karina Nohales Peña	Profesional del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad
Graciela Cabral Quidel	Profesional del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad
Samuel Miranda Duarte	Profesional del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad

DIPLAS

Gina Correa Atencia	Profesional del Departamento Estrategia Nacional de Salud
---------------------	---

DIPRECE

Carla Benavides Lourido	Profesional del Departamento de Enfermedades No Transmisibles
Paula Silva Mendoza	Profesional del Departamento de Enfermedades No Transmisibles
Ximena Neculhueque Zapata	Profesional del Departamento de Enfermedades no Transmisibles
Paula Silva Concha	Profesional del Departamento Salud Bucal
Mary Hatton de Heeckeren	Profesional del Departamento Enfermedades Transmisibles
Carolina Cifuentes Cid	Profesional del Departamento de Enfermedades Transmisibles
Jorge Valdebenito Pino	Profesional del Departamento de Enfermedades Transmisibles
María Teresa Silva Quilodrán	Profesional del Departamento de Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.
Carolina Peredo Couratier	Profesional del Departamento de Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.
Andrea Peña Otárola	Profesional del Departamento de Enfermedades Transmisibles
Gina Merino Pereira	Profesional del Departamento de Agencia Nacional de Prevención y Control del Cáncer

DEPARTAMENTO DE SALUD DIGITAL

Nicole Rivera Guerrero	Profesional del Departamento de Salud Digital
Carolina Cunill Leppe	Profesional del Departamento de Salud Digital

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

Doris Gallegos Ulloa	Coordinadora Oficina de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
Viviana Soto Mayor	Profesional Oficina de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
Karen Cáceres Burton	Profesional Oficina de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

PRAIS

Lorena Sanhueza Vasquez	Profesional del Departamento PRAIS
-------------------------	------------------------------------

COMISIÓN REFORMA

Vanessa Diaz Bravo	Encargada APS Universal
--------------------	-------------------------

SERVICIOS DE SALUD

Carla Silva Fadda	Asesora Técnica Saludablemente funcionarios APS, Servicio de Salud Metropolitano Sur
Viviana Cantero Rebolledo	Gestora Programa SaludableMente para el cuidado de Salud Mental del personal de salud de Atención Primaria, Servicio de Salud Araucanía Norte
Daisy Sepúlveda Sánchez	Encargada Programa Saludablemente funcionarios/as red APS, Servicio de Salud Osorno
Dra. Cecilia Iturra Gilardino	Coordinadora Red Salud Ocupacional Gestión de Hospitales, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
María Belén Opazo Manzor	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Eduardo Dinamarca Mateluna	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Hugo García Marconi	Referente Técnico Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, Servicio de Salud Tarapacá
Nicole Guiñez Pérez	Referente Técnico Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, Servicio de Salud Ñuble
Bélgica San Cristóbal Rosales	Referente Técnico Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Alexandra Valdebenito Pacheco	Referente Técnico Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, Servicio de Salud Araucanía Sur
Carla Vásquez Valencia	Referente Técnico Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, Servicio de Salud Aconcagua

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007;44.
2. Ministerio de Salud. Participación Ciudadana en Atención Primaria: Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. 2014.
3. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. En 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. 2009.
5. Annual report of the director, 1996. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1996.
6. Organización Mundial de Salud. Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. 1996.
7. Igualdad de género en salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>
8. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. 2005.
9. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional CASEN. 2017.
10. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile N.º 001 - 011. 2006.
11. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. 2006.
12. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. (2017). International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. [Internet].
13. SlideShare [Internet]. 2014 [citado 1 de agosto de 2024]. Minsal 2008 en el camino a centro de salud familiar. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/minsal-2008-en-el-camino-a-centro-de-salud-familiar/37391604>
14. Ministerio del Interior. Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades. 1992.
15. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Instructivo N°007: Instructivo Presidencial para el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública. 2022.
16. Ministerio de Salud. Instrumento de evaluación Compromisos de Gestión. 2023.
17. Ministerio de Salud. Participación Ciudadana en Atención Primaria: Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. 2014.
18. Expósito Molina, Carmen. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. 2012.
19. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios al 2030. 2022.
20. Ministerio de Salud. Análisis crítico de temas: diabetes mellitus. Insumo para la evaluación final de periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. 2019.
21. Departamento Estrategia Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Formulación Estrategia Nacional de Salud 2021: Metodología de trabajo. 2020.

22. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. 2018.
23. Ministerio de Salud. Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud. 2018.
24. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. 2013.
25. ONU. Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. 2015 [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
26. Toro-Palacio LF, Ochoa-Jaramillo FL. Salud: un sistema complejo adaptativo. [Internet]. Rev Panam Salud Pública; Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Abad J. Planificación Sanitaria [Internet]. 2011. Disponible en: <https://xdoc.mx/documents/ob4-planificacion-evaluacion-y-gestion-sanitaria-5c2fbda402441>
28. Armijo M. Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público [Internet]. CEPAL; 2011 [citado 12 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5509>
29. Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, et al. Capacity planning in health care: a review of the international experience [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107883>
30. PNUD. Manual de Planificación, seguimiento y evaluación de los resultados en el Desarrollo [Internet]. Edit A.K. Office Supplies; 2009. Disponible en: https://procurement-notices.undp.org/view_file.cfm?doc_id=134774
31. Ministerio de Sanidad Social Venezuela. Taller de Formulación de Proyectos Sociales Con la Metodología del Marco Lógico [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.solucionesong.org/img/foros/4e418bed80d9f/Manual_de_Formulacion_de_Proyectos_Sociales_m.pdf
32. Ministerio de Salud, Chile. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.378 establece estatuto de Atención Primaria de Salud municipal [Internet]. 1995 [citado 27 de julio de 2022]. Disponible en: <http://bcn.cl/2uclz>
33. Ministerio de Salud, Chile. Decreto 2296 Aprueba Reglamento General De La Ley N°19.378 [Internet]. 1995. Disponible en: <http://bcn.cl/2ewi1>
34. Introduction to Gender Analysis Concepts and Steps. 2004. (Development Bulletin).
35. Ministerio de Salud Chile. Orientación técnica instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el modelo de atención integral de salud comunitaria en establecimientos de atención primaria. 2024.
36. Gallo, N. Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 2009.
37. Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Lineamientos para el abordaje de la salud integral de adolescentes en el primer nivel de atención.
38. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Knowledge and use of clinical coordination mechanisms in healthcare networks in Latin America [Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>