

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2024

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MINISTERIO DE SALUD





ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN.....	5
Antecedentes generales	6
Marco Legal.....	8
Aspectos de la Gestión Sanitaria y Asistencial.....	11
CAPÍTULO I. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED DE SALUD PÚBLICA	13
Roles y funciones de la Planificación en Red	14
Enfoques de la Planificación en la red de atención de salud pública	17
Estrategia Nacional de Salud 2021-2030	28
Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria	31
Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario	32
Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas.....	34
Capacidad de resolución y coordinación de la Atención Primaria: rol clave del profesional gestor de la demanda	36
Atención Primaria Universal en el contexto de la reforma a la salud	37
Cuidado de la salud mental, bienestar y ambientes laborales saludables del personal de APS en organizaciones de la red pública	39
Estrategia Saludablemente funcionarios/as de APS.....	40
CAPÍTULO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA LOCAL Y EN RED ...	42
Proceso de Planificación Sanitaria	42
Ciclo de gestión integral.....	44
Etapas de la planificación.....	46
Programa de Salud Municipal año 2024 en el marco del Plan de Salud Comunal	47
Secciones a incluir en el Programa de Salud Municipal 2024.....	49

CAPÍTULO III: ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA
LOCAL Y EN RED..... 57

Bases Teóricas de la Programación Asistencial.....	57
1. Proceso programático de la atención primaria.....	57
Matriz de programación en atención primaria.....	58
Desarrollo de la programación operativa	59
Actividades a programar.....	60
Definiciones de Atenciones Remotas	63
Propuesta de proceso programático	68
Descripción de actividades de las áreas de cuidados de salud en APS.....	70
Estimación de recursos humanos y demanda en APS	75
Evaluación y monitoreo	75
Gestión de agenda en APS	76
2. Programación del nivel secundario y terciario.....	77
Gestión de agenda	78
Programación operativa	80
Programación individual	81
Criterios técnicos para la programación:.....	81
Estándares sugeridos para programación según recurso cama	85
Estándares sugeridos para programación hospitalización domiciliaria.....	87
LISTADO DE RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS ESPECÍFICAS	88
COLABORADORES	89

INTRODUCCIÓN

Una red de salud se construye entre todos los actores involucrados. La red asistencial es clave para la promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos. **Contamos 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 la actual situación epidemiológica, social y demográfica, cobra particular relevancia realizar el trabajo de redes integradas con otros sectores que son gravitantes en la calidad de vida de la población, como el intersector y la comunidad.

Las orientaciones que presentamos representan la continuidad de un llamado de casi dos décadas para trabajar en red en el ámbito asistencial, pero también a hacerlo con los otros actores de la sociedad. Esta mirada está en sintonía con las otorgadas por organismos internacionales como OPS/OMS, PNUD y 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 generar mecanismos que se adapten a las realidades locales, a utilizar las redes de coordinación macro regionales y a emplear eficientemente los recursos disponibles, coordinando con prestadores privados cuando ello sea necesario. Para lo anterior ponemos a disposición de los equipos de salud de la red las orientaciones mandatadas por el estatuto de atención primaria, pero, 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 desde los múltiples aspectos que en ella influyen y la universalización de la atención primaria. **Estos son los principios orientadores, pero no exclusivos, de las propuestas de gestión para los diferentes niveles de la red.**

En todos estos años, hemos logrado avanzar tanto conceptual como operativamente. No desconocemos que hay un amplio espacio de mejora especialmente en la incorporación de la comunidad, por lo que **llamamos a tener particular interés por 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 de 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.

Oswaldo Salgado Zepeda

Subsecretario de Redes Asistenciales

Estructura del documento

La presente orientación cuenta con tres capítulos:

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

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

Capítulo III: 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.

Finalmente se integra a este documento, 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.

Antecedentes generales

La Organización Mundial de la Salud 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 componentes²:

- 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. Para lo anterior, resulta fundamental que los gestores de redes asistenciales observen la expresión y evolución de las necesidades de salud de la población, la cartera y el grado de integración de sus servicios asistenciales, la organización y disposición de su propia red de salud, la apropiada gestión de los recursos sanitarios

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

2 World Health Organization. Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007;44.

con los que se cuenta, así como el buen estado de las instalaciones y equipamiento de su responsabilidad.

De allí que la **planificación** de quienes efectúan la provisión de servicios de salud es una labor ineludible, y que pretende contribuir a la consecución de mejores estados de salud en la población a cargo, mediante la adecuada organización de los recursos asistenciales disponibles, para responder de manera pertinente, oportuna, satisfactoria y continua a todos quienes necesiten de estos servicios.

Una de sus principales falencias de nuestro sistema de salud, al igual que en otros sistemas en el mundo, es la fragmentación de la red asistencial, la que tiene 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, con miras a mejorar su desempeño, es la efectiva integración de los centros de salud de su dependencia, y de las prestaciones de salud que otorgan. Así, la Organización Panamericana de la Salud ha propuesto el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud³, como una respuesta al problema de la fragmentación, para lo que plantea 14 atributos esenciales organizados en 4 ámbitos de abordaje: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación e Incentivos.

A su vez, nuestro país, en el marco de la Reforma a la Salud de inicios de la década de los 2000, ha postulado el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y Comunitario, como una forma de brindar atención a las necesidades de salud de la población, y no solo responder puntualmente a la demanda sanitaria eventual de las personas. Este modelo se basa en 3 principios irrenunciables: Atención centrada en las personas, integralidad de la atención y continuidad en los cuidados de salud a través de la red.

Por último, un marco conceptual que tributa y da cuerpo a los modelos señalados previamente, es el de Funciones Esenciales de la Salud Pública para las Américas⁴, también formulado por la Organización Panamericana de la Salud, y que, relacionado con el componente de acceso, señala como función esencial el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, definido como “las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas”.

En síntesis, 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 Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario entregan énfasis que deben ser considerados al momento de ejecutar este rol.

3 OPS / OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. 2010 [citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

4 Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

Marco Legal

En nuestro país, la red pública de salud se organiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud⁵ (en adelante, el Sistema) y se constituye por 29 Servicios de Salud⁶, 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, debiendo ajustarse a sus políticas, normas y planes generales para el ejercicio de sus actividades, siendo coordinados para tal efecto por la Subsecretaría de Redes Asistenciales⁷, la que a su vez tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones en salud.

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 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 población⁸, misma exigencia que se hace a cada Servicio de Salud para relacionarse con otros Servicios del Sistema, para perseguir el mismo objetivo⁹.

Por último, los establecimientos públicos que forman parte de cada Servicio de Salud se clasifican en “Establecimientos de Autogestión en Red”¹⁰ y “Establecimientos de Salud de Menor Complejidad”¹¹, en tanto que el nivel primario de atención de salud está conformado con “Establecimientos de Atención Primaria”¹², pudiendo ser administrados por Entidades Administradoras de Salud Municipal¹³, o ser dependientes de Servicios de Salud de manera directa o delegada¹⁴.

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 Salud¹⁵ 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 Salud¹⁶. A su vez, las Entidades Administradoras de Salud Municipal deberán formular de manera anual

5 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 2, inciso segundo

6 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 16

7 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 8, inciso segundo

8 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 17, inciso primero

9 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 17, inciso segundo

10 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Título IV

11 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Título V

12 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 18

13 Ley Nº 19378, Artículo 2, literal b)

14 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 18, inciso segundo

15 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 21, inciso primero

16 Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, Artículo 21, inciso segundo

un proyecto de Programa de Salud Municipal¹⁷, que debe enmarcarse en las normas técnicas del Ministerio de Salud (siendo éste el propósito de este documento); este programa es conocido ampliamente como “Plan de Salud Comunal”.

Con todo, las Entidades Administradoras de Salud Municipal, en su amplísima mayoría, se corresponden con Municipalidades, y en ese sentido, estas también cuentan con la atribución de formular un “Plan de Desarrollo Comunal”¹⁸, 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 años¹⁹. 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 ambiente²⁰.

Los gobiernos locales tienen competencias sobre políticas que dan forma al entorno natural y construido. Esto les permite: tomar medidas para abordar los factores de riesgo de ENT a través de intervenciones de salud pública; adoptar planificación urbana saludable, promover el transporte activo, aumentar el acceso a espacios verdes, luchar contra la contaminación del aire y mejorarla seguridad de caminos y carreteras; combatir las desigualdades en salud y los resultados de ENT abordando los determinantes sociales de salud, asegurando coherencia en las políticas municipales y trabajando con otros niveles de gobernanza para crear un sistema que permita mejores resultados en ENT²¹.

En Chile, de acuerdo con el Código Sanitario las obligaciones sanitarias de las Municipalidades dicen relación con proveer: limpieza y condiciones de seguridad de sitios públicos, de tránsito y de recreo; recolectar, transportar y eliminar por métodos adecuados, las basuras, residuos y desperdicios que se depositen o produzcan en la vía urbana; limpieza y conservación de los canales, acequias y bebederos, considerando además condiciones de seguridad. También, se responsabiliza al 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 seguridad²². 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

17 Ley N° 19378, Artículo 58, inciso primero

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

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

20 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2006, Artículo 4, literal b)

21 OMS. (2019). A multilevel governance approach to preventing and managing noncommunicable diseases: the role of cities and urban settings. Obtenido de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2019/a-multilevel-governance-approach-to-preventing-and-managing-noncommunicable-diseases-the-role-of-cities-and-urban-settings-2019>

22 Ministerio del Interior de Chile. (1992) Ley No 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

posee distintos formatos que puede utilizar de acuerdo con su objetivo, por lo que cuenta con Ordenanzas, Reglamentos Municipales, Decretos Alcaldicios o Instrucciones²³.

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, presenta el objetivo de fortalecer y promover la función de Planificación Sanitaria de los gestores de redes de salud, presentándose como una herramienta de gestión de largo plazo, en sintonía con las necesidades crecientes y continuas de salud de las personas y comunidades, en el ejercicio pleno de sus derechos. Por lo anterior, estas Orientaciones incorporan las siguientes innovaciones en el contexto de la Planificación Sanitaria:

- En el nivel comunal:
 - Plan de Salud Comunal con alcance plurianual (hasta el término del periodo alcaldicio en curso).
 - Evaluación inicial, por parte de los Servicios de Salud, del Plan de Salud Comunal, en consonancia con los planes y programas ministeriales, su diagnóstico sanitario local, las prioridades del gestor local y de la comunidad, y las definiciones y énfasis establecidos en su Plan Comunal de Desarrollo, incluyendo elementos de salud pública y protección del medio ambiente, así como otros ámbitos de resorte municipal que sean de interés para el bienestar de la población bajo la lógica de Determinantes Sociales de la Salud.
 - Evaluación anual del componente programático asistencial del Plan de Salud Comunal (Programa de Salud Municipal), y que, en años siguientes, constará de una observación de los logros alcanzados y del cumplimiento y/o avance de los aspectos priorizados en la planificación sanitaria comunal.
- En el nivel de Servicios de Salud:
 - Formulación de un Plan de Salud en Red, que considere los aspectos priorizados por los Planes de Salud Comunal de su territorio, y los correlacione con las necesidades de salud de la población y los recursos asistenciales disponibles, alineándose con los Objetivos Sanitarios formulados en la Estrategia Nacional de Salud al 2030 y los énfasis señalados en el Plan de Gobierno 2022-2026. Este Plan de Salud en Red se corresponde con las atribuciones de planificación y coordinación de la Red Asistencial.
 - Representación del Plan de Salud en Red en las programaciones operativas de los Establecimientos de Salud de su dependencia, y en el Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa (SIMPO)
 - Acompañamiento a las Entidades Administradoras de Salud Municipal para dar seguimiento a los Planes de Salud Comunal, y asesoría efectiva cuando sea necesario.

23 MINSAL. 2015. Orientaciones Técnicas Municipios, Comunas y Comunidades Saludables.

- Evaluación de los componentes de Planificación y Programación en Red en los Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud, de manera de ser un elemento gravitante en la evaluación de las Direcciones de los Servicios de Salud.

Aspectos de la Gestión Sanitaria y Asistencial

A los gestores 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. Los productos esperados de la Programación son la estimación de acciones sanitarias y operativas a realizar, la estimación de recursos necesarios para realizar la totalidad de las acciones programadas, la oferta de recursos posible de disponer en atención a los recursos asistenciales con los que se cuenta, y la estimación de brecha de recursos asistenciales que harían falta para ejecutar las acciones sanitarias y operativas idealmente estimadas.
- **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 OTT 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 I. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED DE SALUD PÚBLICA

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

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

Para cumplir a cabalidad estas funciones, cada organismo, tanto de las Redes Asistenciales como de la Autoridad Sanitaria, debe desarrollar procesos planificados, integrados, sistemáticos, integrales y participativos de gestión de los servicios, de acuerdo con su ámbito y nivel de competencia.

En este contexto, los Diseños de la Red Asistencial son una herramienta de gestión de 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. 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 cuenta la red, permitiendo así proyectar de manera coherente, integral e integrada el desarrollo de sus establecimientos a mediano plazo.

Roles y funciones de la Planificación en Red

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por los Objetivos Sanitarios de la Década, el Plan de Gobierno 2022-2026 y el Modelo de Atención Integral con énfasis en Salud Familiar y Comunitaria, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios y basado en las características sociodemográficas de la población, con una tendencia creciente al envejecimiento. Será una condición necesaria e impostergable, instalar en cada nivel gerencial y operativo un modelo de gestión que explicita como mínimo:

- Los actores a 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 el proceso de Planificación y Programación en Red, cada actor tiene una función específica, entre las principales, podemos señalar:

Ministerio de salud

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
 1. La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
 2. La definición de objetivos sanitarios nacionales.
 3. La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
 4. La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan nacional de salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.
- Contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población.

- Le corresponderá, de acuerdo con lo establecido en la Ley No 19.937, artículo 4, formular y fijar las políticas de salud, que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

Seremi de salud

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

Servicios de salud

- Liderados por el gestor de red, son quienes analizan y gestionan la totalidad de su oferta institucional y la demanda actualizada, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del plan anual.
- Su rol es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas que lo requieran. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.
- Al gestor de red le compete gestionar las medidas necesarias para la referencia y contra referencia de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la red, a fin de otorgar a la población que lo requiera continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención.
- Respecto a la atención primaria de salud municipal, a los Servicios de Salud les corresponde liderar los procesos en su rol de gobernanza como, por ejemplo: observar la fijación de la dotación de atención primaria, integrar las comisiones de concursos de establecimientos de APS de las comunas de su jurisdicción, transferencia del aporte estatal y de los recursos de programas mediante convenios. 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). Este consejo está constituido por representantes de establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados, que integren la red asistencial del servicio y presidido por el gestor de red. Los CIRA también deben contar con la participación activa y significativa de representantes de los usuarios

y usuarias del territorio de cada Servicio, como miembros del Consejo de la Sociedad Civil o de otras organizaciones o instancias que se vinculan con la red de salud. El CIRA tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales (atención cerrada), establecimientos ambulatorios de especialidades y los establecimientos de atención primaria, sean éstos de dependencia del servicio o establecimientos de dependencia municipal. Corresponde lo mismo con aquellos que siendo privados, atienden a población beneficiaria de FONASA a través del DFL 36- Asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas que presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

Entidad administradora de salud municipal

- Le corresponderá formular el Plan de Salud Comunal. Se entenderá por éste al programa de actividades construido por la entidad administradora en base a los énfasis y prioridades definidas de manera local, y las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal, enmarcadas en el Plan de Desarrollo Comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud. Las presentes orientaciones están específicamente dedicadas a esta labor. Las funciones de planificación y organización de este plan para el nivel primario de atención están contenidas en el Capítulo II (Proceso de Planificación Sanitaria y Plan de Salud Comunal). Se espera que este proceso de planificación se desarrolle de manera participativa, con incidencia de la comunidad de manera amplia y representativa.

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; no solo se debe integrar en este diagnóstico, sino, se debe devolver y comentar la propuesta de planificación que se entrega a la autoridad comunal²⁴.

²⁴ Ministerio de Salud, 2014, "Participación Ciudadana en Atención Primaria: Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria".

Enfoques de la Planificación en la red de atención de salud pública

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.

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El reconocimiento de las limitaciones de la biomedicina, que sólo aborda los riesgos individuales de enfermar, fomenta que la Organización Mundial de la Salud, 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”²⁵, 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.

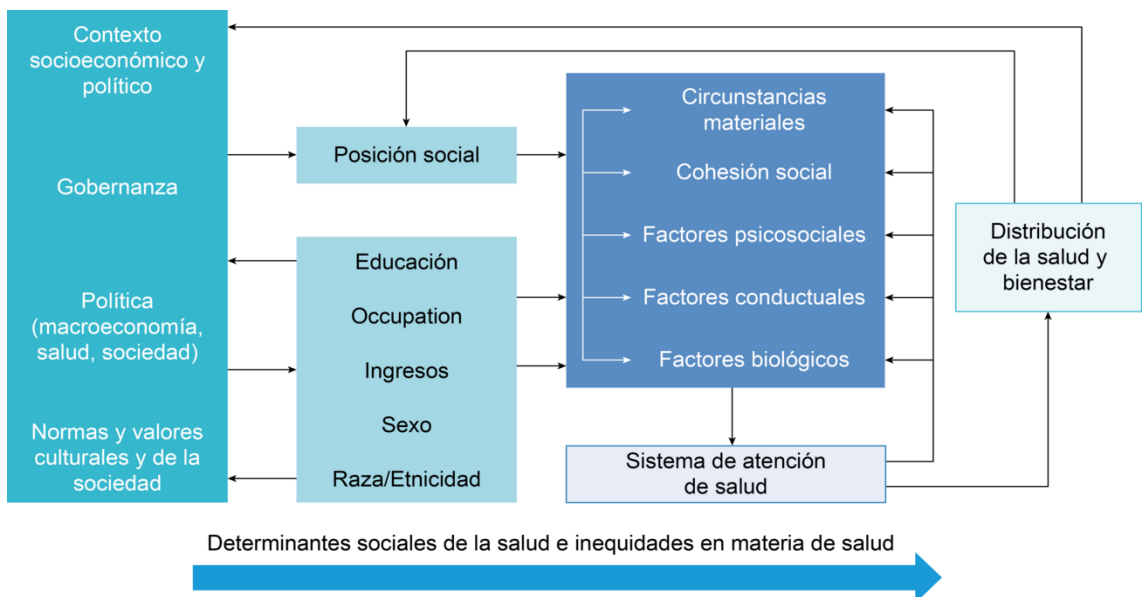


Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud (Fuente: OPS/OMS. 2013)

²⁵ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?

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.

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.

El sector salud para avanzar en la integración de la Salud en Todas las Políticas debe aprender a colaborar con otros sectores. Son imprescindibles la exploración conjunta de innovaciones políticas, nuevos mecanismos e instrumentos, y mejores marcos normativos. Para ello se necesita un sector de la salud que esté orientado hacia el exterior, abierto a los demás y con los conocimientos, las capacidades y el mandato necesarios.

Enfoque de Curso de Vida

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones para producir resultados en salud²⁶. 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

26 OMS, «Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo?» S/F, [En línea]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_es.pdf?ua=1.

implementación temprana de acciones de promoción y prevención en salud, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida²⁷.

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. Es así como el desarrollo integral de las personas se convierte en el mejor resultado esperado en esta intervención, desde la epigenética en la etapa preconcepcional, hasta la funcionalidad de las personas mayores.

Desde el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, con continuidad en el cuidado abarcando las distintas etapas y trayectorias de la vida de las personas, y otros factores que determinan un envejecimiento saludable y activo²⁸.

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”²⁹.

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.

Equidad de Género en Salud

La incorporación del enfoque de género en la salud³⁰, busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su curso de vida.

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

27 OPS, «OPS Informe Anual del director. 1996: Gente sana en entornos saludables- Documento Oficial No. 283». 1996.

28 Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008

29 World Health Organization. “Equity in Health Care.” Geneva, WHO, 1996

30 Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género” Washington DC.OPS 1999

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.

Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo: son atribuibles a la distinta exposición a riesgos de mujeres y hombres; y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables. Es decir, sólo se explican por factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. Por tanto, hay que considerar al género como un determinante social de la salud y diferenciar el perfil epidemiológico de cada sexo para el diseño de políticas sanitarias. La estrecha relación entre inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbilidad infantil, entre muchos otros problemas de salud³¹, hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial.

Pueblos Indígenas e Interculturalidad

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 desocupación³². 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 salud³³.

La Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas³⁴, 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, es un derecho de los pueblos indígenas ratificado por el Convenio 169 de la OIT³⁵. La interculturalidad es un desafío que convoca a toda la institucionalidad con el fin de evitar la reproducción del racismo y la exclusión de los pueblos indígenas, sus saberes y formas de vivir, así como para promover la superación de las inequidades en salud que les afectan desproporcionadamente.

En "Serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile" (2), se describen los principales hallazgos de perfil epidemiológico básico de la población de pueblos indígenas, cuyo perfil de salud presenta un *"patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en que persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud"*. Se han observado diferencias sanitarias que afectan desproporcionadamente a la población perteneciente a pueblos indígenas en comparación con la población general. Persisten altas tasas de incidencia y mortalidad por enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, y no transmisibles, como la diabetes

31 Marmot et al., 2008; Martine, 2000; Shed- Lin, 2002

32 Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Encuesta de caracterización socioeconómica nacional CASEN.

33 Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Nº 001 - 011 (2006- 2014)

34 Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. (2006) Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas

35 Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (2014)

asociada a la malnutrición y obesidad, así como brechas en relación con otros problemas de salud, como el suicidio, VIH, alcoholismo, y las enfermedades parasitarias e infecciosas, junto con problemas asociados al trabajo por las deficientes condiciones en que desarrollan su actividad laboral³⁶.

Estas diferencias deben analizarse a la luz del contexto histórico de exclusión, discriminación y falta de respuestas culturalmente apropiadas que ha experimentado este grupo de la población. 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. 7° entrega responsabilidad institucional al sector salud para que adopte las medidas para incorporar el enfoque intercultural en sus prácticas, es decir, en programas, prestaciones, atenciones, y entregue respuestas adecuadas culturalmente a la realidad de los pueblos indígenas que existen en el país con su participación.

Adoptar un enfoque intercultural y promover su transversalización en los programas de la Red, es una obligación asumida por el sector salud, que debe propender a garantizar mejor nivel de salud a la población indígena, así como estándares de pertinencia cultural en la atención de salud. Lo anterior implica una revisión profunda de las propias culturas dentro de nuestras instituciones sanitarias, a fin de abrir el diálogo entre distintas formas de comprensión y actuación en salud, lo que se traduce en acciones de reconocimiento de saberes, conocimientos, prácticas y terapéuticas diversas a la hegemónica.

Población Migrante

Se considera a la migración como un determinante social de la salud, 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. Las condiciones de vida de la población migrante en el país presenta diferencias respecto de la nacional; de acuerdo a la Encuesta CASEN³⁷, se evidencia que, respecto al porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional, en la población nacional este indicador era de 20,5%, mientras que en población migrante internacional correspondía a un 24,6%; el porcentaje de hogares chilenos en condición de hacinamiento representaba un 1,6%, mientras que en población migrante era de un 21,4%; y con respecto al porcentaje de hogares donde alguno de sus miembros fue tratado injustamente o discriminado en los últimos 12 meses, la cifra en población nacional era de un 12,7%, mientras que en población migrantes era de un 32,2%. 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

³⁶ Ministerio de Salud. Situación de salud de los pueblos originarios en Chile (2018). Santiago de Chile.

³⁷ Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 2017. Recuperado el 10 de agosto de 2023. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>

también por las condiciones sociales de vida en el país receptor y por las barreras existentes para su acceso a servicios de salud³⁸.

Particular atención debiera tener la migración irregular³⁹, 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 primaria⁴⁰. Si bien las brechas de acceso se explican por falta de información con la que cuentan, el desconocimiento del sistema de salud y de su funcionamiento, el desconocimiento de los derechos en salud y la oferta programática. También se presentan brechas situadas en el desconocimiento del derecho a la salud o falta de información y orientación desde las y los funcionarios a cargo⁴¹.

Desde el año 2003 el Ministerio de Salud ha diseñado y monitoreado una serie de normas que perfeccionan el acceso a la atención de salud de las personas migrantes en igualdad de condiciones que la población nacional, las que deben ser difundidas y aplicadas en todas las comunas del país. 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 calificadoros de derechos de los establecimientos de salud de todo el país.

Personas con Perfil Socio Sanitario

Las personas con el perfil socio sanitario, desde la comprensión de MINSAL cumple con las siguientes características:

- Mayores de 18 años.
- Con patología aguda estabilizada, es decir, se encuentran en condiciones de alta y egreso del establecimiento hospitalario
- Categorización con Score Biopsicosocial de mediano o alto.

38 Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. (2017). International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. [Internet]. 2017. 520 p. Available from: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/33343b40-3272-41a3-9a45-84bbc6baddc4/content>

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

40 Sepúlveda, J. (2019). Derecho a la salud en la nueva constitución. En: Cuad Méd Soc (Chile) 2019, 59 (3-4): 5-7.

41 Astorga-Pinto, S, Cabieses B, Carreño A, McIntyre, A (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. Rev. Inst. Salud Pública Chile. 2019, 3(1): 21-31.

- Ingresadas al establecimiento a contar del año 2010.

Desde DIGERA se realizó catastro de las personas con perfil socio sanitario que se encontraban dentro de los establecimientos de la Red Asistencial, en ella los Hospitales psiquiátricos más complejos no fueron incluidos en este catastro ya que no pueden ser homologados a los establecimientos asistenciales habituales, dado su carácter especializado.

Actualmente, la medición nacional arroja que el total de la población que cumple con estas características, se dividen en dos polos:

- Casos Activos: Se refiere a personas/pacientes con perfil socio sanitario que permanecen hospitalizados.
- Casos No Activos: Aquellas personas/pacientes con perfil socio sanitario registrados en el catastro de personas/pacientes con perfil socio sanitario y que egresaron durante el periodo de análisis.

De acuerdo con el registro, considerando el corte del mes de marzo 2023, existe un total de 1.021 casos activos, medido en los 29 Servicios de Salud, aumentando un 11,4 % respecto de noviembre 2022 (Informe Pacientes Socio Sanitarios, 2023, elaboración Propia, Equipo Territorial, DIGERA, MINSAL).

Lo anterior, es una variable determinante que considerar, toda vez que la permanencia de estas personas, en los distintos establecimientos de salud, arroja una responsabilidad directa, tanto en la mantención y/o permanencia como también en la continuidad de los cuidados.

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 territorios⁴² 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 N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, del año 2011⁴³, donde se institucionaliza la participación ciudadana a nivel país. Las disposiciones de esta ley se han visto reforzadas con el Instructivo Presidencial N°007⁴⁴ 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.

42 MINSAL, «En el camino al Centro de Salud Familiar». 2008, [En línea]. Disponible en: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>.

43 Ministerio Secretaría General de Gobierno, «Ley 20500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.» 2011, [En línea]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143>.

44 Ministerio Secretaría General de Gobierno, 2022, "Instructivo N°007: Instructivo Presidencial para el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública", <https://msgg.gob.cl/wp/wp-content/uploads/2022/09/Instructivo-de-Participacio%CC%81n-Ciudadana.pdf>

En cuanto al sector salud, la “Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de los Sistemas de Salud” del año 2015⁴⁵, aún vigente, entiende la participación ciudadana como una relación activa entre la ciudadanía y el Estado, estando orientada al ejercicio de sus derechos, y basada en la comunicación efectiva entre ambas partes, fortaleciendo la circulación de la información y el establecimiento de la escucha, consulta y control de las políticas públicas. De igual manera, la Orientación Técnica del Compromiso de Gestión de Participación Ciudadana del año 2023⁴⁶ señala que la participación ciudadana debe realizarse bajo un enfoque de derechos, de manera transversal, sin ningún tipo de discriminación arbitraria, respetando la diversidad social y cultural, reconociendo e integrando las particularidades territoriales, así como las características y necesidades de los distintos grupos que lo conforman. 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, 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 comunidades⁴⁷.

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. Entender este fenómeno de intersecciones de distintos ejes puede ser sumamente útil para las acciones que la APS desempeña. La interseccionalidad aparece como una herramienta útil para conocer con más exactitud el nivel de intensidad con respecto a la desigualdad, que afecta a las personas en función de una serie de variables y actuar en consecuencia a esa intersección⁴⁸.

Como plantea Kimberlé Crenshaw, quien acuñó el concepto, 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. La reflexión teórica y la investigación se suelen centrar en ejes específicos y parcelados, e incluso en el pensamiento individual se tiende a pensar en los ejes por separado, aun cuando el modelo de atención integral llama a dejar de parcelar la atención de salud de la persona y su entorno.⁴⁹

45 Ministerio de Salud, «Resolución Exenta N° 31. Establece la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud.» 2015.

46 Ministerio de Salud, “Instrumento de evaluación Compromisos de Gestión 2023”, <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/03/Orientaciones-Te%C3%81cnicas-Compromisos-de-Gestio%CC%81n-An%CC%83o-2023.pdf>

47 Ministerio de Salud, 2014, “Participación Ciudadana en Atención Primaria: Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria”. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PARTICIPACI%C3%93N%20CIUDADANA%20APS.pdf>

48 MINSAL, 2021. Política de salud para el abordaje de las violencias de género, Pág 99

49 -Expósito Molina, Carmen. 2012 ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España

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, cis, 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.

La perspectiva interseccional permite “darnos cuenta” de estos vacíos y nos da herramientas para pensar con más complejidad cómo se cruzan los diferentes ejes de desigualdad y qué vulnerabilidades o necesidades específicas resultan de esos cruces.

En ese sentido, la atención primaria 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.

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 de la seguridad y calidad de la atención de salud se fundamenta en la Reforma de Salud⁵⁰, que incorpora la Ley de Garantías Explícitas en Salud⁵¹ 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 Básicas⁵²); la definición de prácticas preventivas de eventos adversos (Protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención⁵³) 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.

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. En este sentido se requiere de la implementación y fortalecimiento de una cultura de seguridad⁵⁴ y de un sistema de gestión de la calidad, a través de ciclos de mejora continua, como ejes centrales para conseguir atenciones seguras para los pacientes. Las estrategias para el desarrollo de una cultura de calidad son variadas y dependen del contexto en el cual se desarrollan, dado que es necesario modelar el pensamiento, comportamiento, valores, creencias, experiencias y normas, basándose en las necesidades sanitarias de la población y las expectativas de las personas que se atienden en el sistema de salud. Dichas estrategias deben ser consistentes, con lo incorporado en otras orientaciones centrales tales como: Modelo de Redes Integradas de Sistemas de Salud (RISS), Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), Compromisos de Gestión (COMGES), lineamientos técnicos de la estrategia nacional de salud, entre otras.

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

1. Elaboración de una política de calidad institucional y comunal: considerando que la Política es la declaración formal de principios generales, debe otorgar consistencia y coherencia a la toma de decisiones de seguridad y calidad, dando un marco orientador a las gestiones de todas las unidades que componen la organización.

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

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

52 Disponibles en: <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>

53 Disponibles en: <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>

54 Cultura no punitiva, en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

2. Implementación del programa de calidad institucional: ejecutar un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de la calidad, las cuales se encuentran en un programa, en conjunto con metas, responsables, plazos y evaluación de su cumplimiento.
3. 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, que contemple:
 - a) 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.
 - b) Conformación de un comité de seguridad y calidad de la atención, que asuma el liderazgo de temas específicos y la coordinación necesaria con otros gestores afines tales como, oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS), auditorías, emergencias y desastres⁵⁵, participación ciudadana, entre otros.
 - c) Conformación de un comité de calidad que cuente con la participación de usuarios (personas o tutores legales) y representantes de la comunidad, quienes aportan desde su experiencia para el mejoramiento continuo de los procesos.
4. Formación y capacitación continua en temas relacionados con seguridad y calidad, según perfil de los profesionales y de los funcionarios.
5. 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 colectivo tales como: Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud (COMGES), Metas sanitarias, Índice de la actividad de Atención Primaria (IAAPS) entre otros. Y la implementación de diagnósticos en la aplicación de la Norma Técnica 199 sobre esterilización y desinfección.
6. Implementar estrategias de comunicación y difusión al interior de los equipos, para socializar el programa de calidad institucional con el apoyo del servicio de salud, dirección de salud o corporación municipales.
7. Establecer sistemas de soporte para desarrollar gestión documental y monitorización de indicadores.
8. Preparar a los equipos para un proceso de evaluación externa, como el que establece el Sistema Nacional de acreditación⁵⁶, para que los equipos incorporen en su quehacer institucional la calidad en forma gradual; lo que implica aplicar ciclos de mejora, liderazgo facilitador y positivo de las jefaturas, coordinadores, jefes de sector, encargados de calidad, con la participación de la comunidad y el intersector donde se deberán aplicar herramientas de gestión y potenciar el trabajo en equipo.

⁵⁵ Ord N°334/2022 Guía y Formato para la Elaboración de Planes de Emergencias para Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

⁵⁶ De acuerdo con lo establecido en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales. Disponible en <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>.

Estrategia Nacional de Salud 2021-2030

La **Reforma de Salud** del año 2004 (Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937), establece como parte de la función rectora del Ministerio de Salud, la definición de objetivos sanitarios nacionales. Estos, se sitúan en una posición estratégica para el sector, enmarcando su desarrollo a través de la Estrategia Nacional de Salud, instrumento en el que se exponen los principales desafíos sanitarios y se establecen las acciones y abordajes para enfrentarlos⁵⁷. En vista de alcanzar los objetivos sanitarios definidos, desde la década del 2000 en adelante se han desarrollado ciclos de planificación para establecer y abordar las prioridades del sector salud para un período de 10 años, los que se alinean a directrices y compromisos internacionales.

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 salud⁵⁸.

57 Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios al 2030. [Internet]. MINSAL; 2020 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>

58 Ministerio de Salud. Análisis crítico de temas: diabetes mellitus. Insumo para la evaluación final de periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. [Internet]. MINSAL; 2019 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/An%c3%a1lisis-Cr%c3%adtico-Diabetes-2020.pdf>



Figura 2. Marco de Planificación Estratégica 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 salud⁵⁹.

Asimismo, a través de la resolución exenta N°528 de abril de 2021 se fijan para la década 2021-2030 los siguientes objetivos sanitarios:

- Mejorar la salud y bienestar de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Asegurar la calidad de la atención en salud.
- Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

La **Estrategia Nacional de Salud** para el logro de los OSD al 2030, considera 7 ejes estratégicos como principales áreas de intervención para alcanzar estos 4 objetivos sanitarios, cuya definición se realiza tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud, 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).

El marco estratégico establece además como componentes transversales el enfoque de equidad, la perspectiva de curso de vida, el modelo de salud integral y la intersectorialidad, lo que implica su transversalización en las distintas temáticas priorizadas, estableciendo una lógica de abordaje desde

59 Departamento Estrategia Nacional de Salud. Formulación Estrategia Nacional de Salud 2021: Metodología de trabajo. [Internet]. MINSAL; 2020 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/proceso-de-formulacion/>

la cual las diferencias de resultados en salud entre individuos, poblaciones o colectivos son identificadas e intervenidas de conjunto en todos los niveles de planificación.

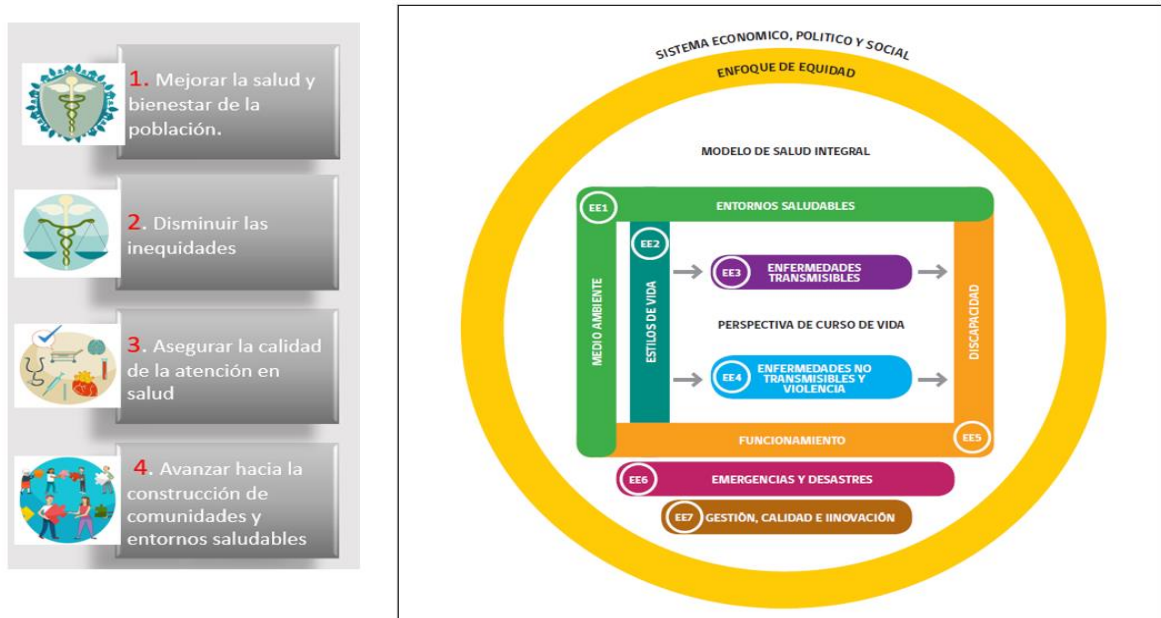


Figura 3. Marco Conceptual Objetivos Sanitarios al 2030 Fuente: Fuente: Elaboración propia MINSAL.

Para la década 2021-2030, la estrategia coloca especial énfasis en trabajar equidad fortaleciendo su transversalización, en el entendido de que la salud y el bienestar de las personas no solo dependen de factores individuales, existiendo condiciones sociales subyacentes que los determinan, siendo necesario avanzar en la identificación e intervención de desigualdades particulares para ciertos grupos poblacionales, las que pueden estar asociadas al territorio, la condición socioeconómica, el género, la pertinencia cultural y étnica, y la interseccionalidad existente entre ellas.

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. Dado esto, en las distintas regiones se desarrolló durante el año 2022, una adecuación de las definiciones nacionales, cuya construcción debe servir de referencia para los planes regionales y comunales, alineando de forma efectiva y eficiente el accionar del sector para responder a las necesidades sanitarias de la población, a partir de las particularidades que subyacen a las realidades de sus territorios⁶⁰

60 Departamento Estrategia Nacional de Salud. Metodología Adecuación Regional OSD 2021-2030. MINSAL; 2022. Documento sin publicar.

Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria

El año 2003, con motivo del 25° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reflexionó en torno a la promesa incumplida de alcanzar salud para todos al año 2000. A pesar de que esa meta no fue alcanzada, Alma-Ata consiguió seguir avanzando en el desarrollo conceptual de lo que significa la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, agregando que es un derecho humano fundamental y que para poder alcanzarlo se requiere de “la intervención de actores sociales y económicos, además de salud”⁶¹

Alma-Ata definió y reconoció el concepto de atención primaria de salud como una estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo⁶². La OPS comenzó un proceso de evaluación de los diferentes sistemas basados en la atención primaria de salud en la región, para identificar y difundir las mejores prácticas en la materia. Este trabajo dio origen al texto “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”⁵. Posteriormente, la evidencia acumulada por la OPS concluyó que uno de los desafíos fundamentales es evitar la fragmentación presente en las Redes de Servicios de Salud para cumplir con el objetivo de contar con sistemas de salud basados en la estrategia de APS. 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” (3). Lo anterior supone organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio.

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

61 Organización Mundial de la Salud & Conferencia Internacional sobre Atención primaria de Salud (1978). Declaración de Alma-Ata (PDF).

Extraído de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

62 Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD44.R6 Atención primaria De Salud En Las Américas: Las Enseñanzas Extraídas A Lo Largo De 25 Años Y Los Retos Futuros, Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003

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”⁶³.

La atención de salud centrada en la persona es de calidad y segura, toma en cuenta la opinión de las personas y sus opciones para sobrellevar sus problemas de salud y es eficaz. La atención primaria de salud es el lugar en el que las personas plantean por primera vez sus inquietudes de salud, por lo tanto, resulta necesario tener una oferta de atención integral e integrada. El contar con ello, facilita la detección y prevención tempranas de los problemas, incluso en ausencia de una demanda explícita⁷.

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.

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 resolutive, 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”⁶⁴.

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”.

63 Ministerio de Salud. 2018. Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud.

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



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

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 definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental, espiritual y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural (42).

Integralidad: El concepto de integralidad, ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

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

del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

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

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. De esta forma se busca dar respuestas más adecuadas a las necesidades que genera el fenómeno 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 faciliten el tránsito desde la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad a la atención colaborativa y centrada en la persona, en la cual la relación entre el equipo de salud y la persona en situación de cronicidad tiene valor propio que antecede al contenido de la atención abordando sus necesidades de salud de forma integral donde la persona toma decisiones sobre su salud de manera informada. 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.

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:

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

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).

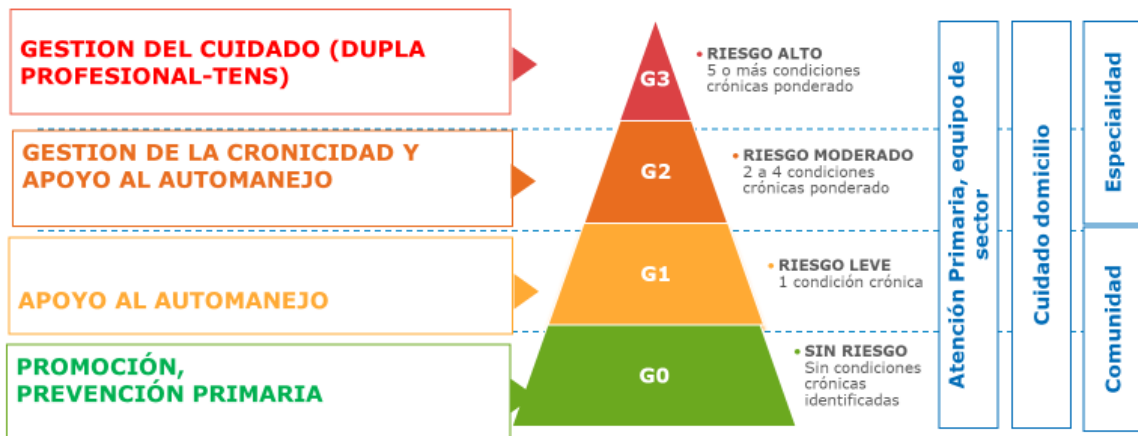


Figura 5. Estratificación de personas con condiciones crónicas (Fuente: Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser Permanente de riesgos modificada).

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 esta trayectoria, el control integral y el seguimiento a distancia contribuye a dar cuenta del estado de avance del plan de cuidados consensuados y es una oportunidad para evaluar la necesidad de vincular con planes individuales colaborativos con miras al automanejo y al bienestar integral de la persona.

En las recomendaciones programáticas específicas (RPE) 3 se encuentran los criterios técnicos para la programación operativa en el marco de esta estrategia.

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 los pacientes 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 capacitación permanente de los equipos es fundamental para lograr el desarrollo de esa capacidad resolutoria y debe estar presente en el desarrollo de la planificación de los establecimientos de salud.

La coordinación es una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de esta es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales. **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)⁶⁵. Este profesional debe tener amplias posibilidades para desarrollar la función de coordinación, por ejemplo, puede potenciar las consultorías y desarrollar reuniones clínicas que aporten mejoría en la capacidad diagnóstica a los equipos de salud, revisar las solicitudes de interconsulta (SIC) y participar en comités y/o equipos de referencia y contrarreferencia de su respectivo centro de salud y servicio de salud al cual pertenezca.

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**

⁶⁵ 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. *Gac Sanit.* 2020;34:340---9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>.

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. En centros con una alta población a cargo, será necesario destinar una mayor cantidad de horas para que este profesional desarrolle adecuadamente sus funciones.

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

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia primordial de salud pública. El fortalecimiento de la APS ha sido considerado por la OMS como la estrategia con mayor eficacia, efectividad e inclusividad para la mejora del estado de salud de las personas y comunidades. El aumento de la cobertura de APS se ha relacionado con mejores resultados sanitarios a nivel internacional, y la atención primaria fuerte, ha mostrado sólida evidencia en la mejora de los resultados sanitarios poblacionales, con efectos positivos en la calidad de vida de las personas, la carga de enfermedad y la mortalidad general, entre otros.

En nuestro país, el acceso a la atención primaria está restringida únicamente para aquellas personas que son beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y que, voluntariamente, se han inscrito en algún centro de salud primaria, lo que se traduce en una segmentación del sistema y en un acceso desigual y heterogéneo. Garantizar la cobertura universal a la APS implica que todas las personas, independientemente de su seguro de salud o capacidad económica, podrán acceder de forma efectiva a cuidados de calidad, centrados en sus necesidades, y cercanos a los lugares donde éstas viven y se desenvuelven, además de desarrollar estrategias que aborden a los territorios en su integralidad, con un foco fuertemente preventivo.

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.

Supuestos de la APS Universal

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.

La estrategia de atención primaria universal debe construirse en base a los atributos de integralidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y seguridad. Para ello se requiere el trabajo conjunto de todo el Estado, la sociedad civil y de los trabajadores.

Se reconoce a la APS como una estrategia con un desarrollo histórico en el país, por lo que se rescatan aspectos distintivos de esta.

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.

Las líneas estratégicas (LE) de este eje son:

LE 1 Ampliación de cobertura y acceso efectivo: las acciones de la primera línea estratégica están destinadas a lograr que toda la población independiente de su previsión de salud pueda acceder a la APS, pero, por, sobre todo, a robustecer el sistema con el fin de disminuir las brechas que existen en la actualidad y que impiden que las personas y comunidades sean sujetos del derecho a la salud. Se busca mejorar el acceso a atención primaria de las comunidades en las comunas y responder a las expectativas y preocupaciones de la ciudadanía en torno a salud.

LE 2 Modelo de cuidados sanitario, social y ambiental digno y de calidad para el territorio a cargo: esta se enfoca en el desarrollo del modelo de cuidado de las personas con enfoque de continuidad e integralidad, el mejoramiento de la experiencia usuaria y el desarrollo de capacidades avanzadas de cuidado en los trabajadores.

LE 3 Recursos optimizados y marco de monitoreo y evaluación del desempeño que sostiene la provisión de servicios de salud: las acciones de esta línea buscan potenciar prácticas de calidad y eficiencia en relación a 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:

Avanzando hacia la atención primaria universal en Chile

El acceso equitativo a los cuidados esenciales de la APS es fundamental para que las personas gocen del más alto nivel de salud, sin discriminación por motivos geográficos, económicos, socioculturales o de otra índole.

Llevar a cabo un cambio de tal magnitud, en que se asegure acceso universal a una atención primaria resolutive, integral, con mecanismos de participación vinculantes y con recursos suficientes y equitativos, requiere una serie de medidas que deben ser ampliamente discutidas y cuidadosamente planificadas para lograr una implementación exitosa. Es por ello que 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.

Las comunas que iniciaron la Reforma el año 2023 fueron **Alhué, Canela, Coltauco, La Cruz, Linares, Perquenco y Renca**. Ser comuna pionera de la APS Universal significa ser parte de las primeras comunas de avanzada que inician el proceso nacional de ampliación de la cobertura y acceso en la APS a los cuidados integrales para el total de la población de la comuna. 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. Como parte de las acciones que han logrado implementar este primer año se incluye la planificación de recursos para la atención universal, diálogos junto a la comunidad sobre experiencia usuaria y la posterior elaboración junto a la comunidad de un plan de mejora, implementación de la estrategia de cuidado integral centrado en las personas, fortaleciendo el modelo de atención y adaptándose a las necesidades actuales de la población, la instalación de un sistema de gestión remota de la demanda, que le permite a los equipos de salud entregar cuidados de forma oportuna y que las personas no deban asistir de forma presencial a solicitar horas de atención u otras necesidades (certificados, por ejemplo). A lo anterior se suma el despliegue extramural de los equipos de salud para acercar la atención a las personas y el trabajo comunal respecto a la identificación de activos comunitarios en su territorio.

Ser comuna pionera implica un gran desafío y un cambio en la forma en que las comunas se articulan para que su población alcance su mayor potencial de salud, pero a su vez otorga la oportunidad de ser una referencia a nivel nacional e internacional y de poder mejorar la calidad de vida de las personas.

Cuidado de la salud mental, bienestar y ambientes laborales saludables del personal de APS en organizaciones de la red pública

La prevalencia de problemas de salud mental laboral ha aumentado en Chile, suscitando la preocupación en el ámbito público por abordar las brechas en salud mental, especialmente entre trabajadores y trabajadoras de la salud. La afectación en este grupo, representan un 67% del total de enfermedades profesionales (SUSESO, 2022), lo que revela un aumento del 52% respecto del año 2021. De acuerdo con la realidad nacional y las recomendaciones de la OPS, es necesario establecer respuestas urgentes, fundadas en políticas gubernamentales específicas para la salud mental del personal de salud, que consideren una óptica organizacional, una coordinación directa entre sistemas de salud, común y laboral, enfocadas en la prevención, con enfoque de género para el manejo de las enfermedades laborales y la atención de los riesgos psicosociales. Por otro lado, la Estrategia Nacional de Salud señala aspectos cruciales en la protección de la salud mental de los trabajadores de la salud y la promoción de ambientes laborales saludables, resaltando la necesidad de evaluaciones tempranas y herramientas preventivas como el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales. Así también, el

Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario (MAIS), enfatiza en la gestión de las personas, el fortalecimiento de entornos saludables, buenas prácticas y reconocer los riesgos psicosociales, especialmente a través del Eje N°9.

La Estrategia de cuidado de salud mental para trabajadores de salud en APS busca mejorar los ambientes laborales y promover salud mental de las y los trabajadores de la salud. Desde esta perspectiva, deja de ser una responsabilidad exclusivamente individual, para convertirse en una responsabilidad ética y jurídica, de las entidades que administran establecimientos de APS y de los Servicios de Salud. Esta estrategia requiere la colaboración de diversos actores, como empleadores, asociaciones, servicios de salud y academia, buscando incorporar Planes Locales de Salud Mental para fortalecer estructuras organizacionales y mejorar el bienestar de trabajadores/as de APS.

Estrategia Saludablemente funcionarios/as de APS

El análisis multidimensional de este fenómeno y las recomendaciones de diversas organizaciones internacionales, académicas, científicas y políticas han impulsado la creación de una **Estrategia integral para la gestión de la salud mental de los trabajadores de la salud**. Esta iniciativa es parte del Plan Integral de bienestar y salud mental desarrollado por el Ministerio de Salud.

La estrategia busca diseñar Planes Organizacionales en los Servicios de Salud y Planes Comunales de cuidado de la salud mental del personal de salud, sostenido en un diagnóstico territorial actualizado del bienestar de las/os trabajadoras de salud. La elaboración de estos Planes debe estar en coherencia con lo declarado en la Guía Metodológica de Planes de intervención del Cuidado de la salud mental y los ambientes laborales en APS vigente. Al mismo tiempo, estos Planes deben estar contenidos al interior del Programa anual de actividades y en coherencia al Plan Comunal de Salud.

En base a lo planteado en los artículos 56 y 58 de la ley 19.378 y considerando que los lineamientos ministeriales plantean establecer como prioridad, el cuidado de la salud mental en el ámbito laboral dentro de las organizaciones de salud, dichas entidades deben establecer figuras de referencia a nivel comunal que sean responsables de diseñar, gestionar y supervisar los planes de cuidado de salud mental de los trabajadores, las trabajadoras y los entornos laborales en la APS, extendiendo su alcance hacia los establecimientos de salud.

Para garantizar una atención efectiva, se sugiere asignar un mínimo de 22 horas semanales a esta labor en comunas con una fuerza laboral de hasta 174 trabajadoras y trabajadores. En comunas con un rango de 175 a 318 trabajadoras y trabajadores, la asignación debe aumentar a 44 horas semanales. En el caso de comunas que cuenten con un personal que varíe entre 319 y 647 trabajadoras y trabajadores, se establece una asignación de 66 horas semanales. Finalmente, en comunas con 648 trabajadoras y trabajadores o más, la asignación debería ascender a 88 horas semanales

En el caso de establecimientos de APS dependientes de servicio, la estructura organizacional del servicio debe responder a las demandas de estos lineamientos, de manera que el énfasis en el cuidado de salud mental en el trabajo vaya en coherencia técnica y programática con las necesidades de trabajadores de APS, cumpliendo así con planes de gestión de la dirección del servicio. En las recomendaciones programáticas específicas (RPE) 4 se encuentran los criterios para la Programación de Gestión de la Salud Mental y los Ambientes Laborales Saludables del Personal de Salud de APS.

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

Proceso de Planificación Sanitaria

En la historia sanitaria de Chile, aparecen con claridad distintos hitos que han sido fruto de iniciativas y esfuerzos de múltiples actores en favor de mejorar las condiciones de vida y el nivel de salud de la población chilena. Sin lugar a duda, uno de ellos ha sido la creación en 1952, del Servicio Nacional de Salud (SNS), a través de la Ley N° 10.383, que afirmaba el rol de un Estado garante de la salud pública. En su primer boletín, en octubre de 1955, se expresaba la necesidad de “...una conciencia colectiva, un nuevo modo de pensar para poner en práctica igual doctrina en cada una de las acciones y responder a las responsabilidades que tiene la institución para el progreso del país”⁶⁶.

Otro hito relevante, tuvo lugar en el 2004 con la Reforma de Salud, mediante la Ley 19.937, en la cual se establece como una de las funciones del Ministerio de Salud la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales, reflejándose en ellos las prioridades que el Estado debe enfrentar para mejorar las condiciones e inequidades en salud. Actualmente, los Objetivos Sanitarios definidos al 2030⁶⁷ considera lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas⁶⁸, 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).

66 Chile. SNS. Boletín N°1 Servicio Nacional de Salud. 1955; Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/boletin-servicio-nacional-de-salud/>

67 Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2022. 196 p. Available from: <http://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>

68 Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. ONU. 2015 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>



Figura 6. Alineación entre los distintos niveles de planificación. (Fuente: Elaboración propia MINSAL).

Parte esencial para que los procesos de planificación se desarrollen virtuosamente, es la comunicación y coordinación entre los diversos actores involucrados, por este motivo la formulación y posterior evaluación de los planes de salud comunales requiere un efectivo desempeño de las **funciones de la autoridad sanitaria y la dirección del servicio de salud**. Según el Artículo 33 del Decreto 136 de 2004, Reglamento del Ministerio de Salud, se establecen las funciones de la **Secretaría regional ministerial de salud**, en el cual se detallan los siguientes incisos:

1. Velar por el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas de carácter nacional que se impartan por el Ministerio de Salud, adecuando los planes y programas nacionales, cuando corresponda, a la realidad regional.

2. Elaborar y ejecutar políticas, planes y proyectos de desarrollo regional relacionados con el área de salud, que estén enmarcados en los lineamientos estratégicos del sector o en el **Plan nacional de salud**, coordinando su ejecución con los organismos del sector radicados en la región, así como participar con el gobernador regional en el Plan de Desarrollo Regional correspondiente.

3. Informar permanentemente al gobierno regional y a las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en su caso, el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas a que se refieren los literales anteriores, por parte de sus dependencias y de los organismos radicados en la región en cuanto correspondiere, ejerciendo a su respecto una adecuada coordinación y supervisión.

6. Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico de la región y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias diseñadas y de las acciones realizadas por los organismos del sector salud de su territorio de competencia.

Junto a lo ya descrito, el Artículo 7 del Decreto 140 de 2004, **Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, que viene a reforzar lo referido en el artículo 18 del DFL 1 del 2005**, señala que: “Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de

salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.” Lo anterior implica también a los establecimientos de atención primaria aun cuando su administración dependa de los municipios en la modalidad de departamentos de salud o corporaciones privadas sin fines de lucro que son presididas por los alcaldes o alcaldesas respectivas.

Ciclo de gestión integral

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 necesario⁶⁹.

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 ajustes⁷⁰.

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 interesadas⁷¹. 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 servicios⁷².

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

69 Toro-Palacio LF, Ochoa-Jaramillo FL. Salud: un sistema complejo adaptativo. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2012 Feb [cited 2022 Aug 12];31(2):161–5. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

70 Abad J. Planificación Sanitaria [Internet]. Mexico; 2011. Available from: <https://xdoc.mx/documents/ob4-planificacion-evaluacion-y-gestion-sanitaria-5c2fba402441>

71 Armijo M. Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público [Internet]. Santiago: CEPAL; 2011 [cited 2022 Aug 12]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5509>

72 Europe WHORO for, Policies EO on HS and, Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, et al. Capacity planning in health care: a review of the international experience [Internet]. Copenhagen PP - Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2008. (Policy brief, 13). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107883>

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 nacional⁷³.

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 ⁷⁴.

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 GRB 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.

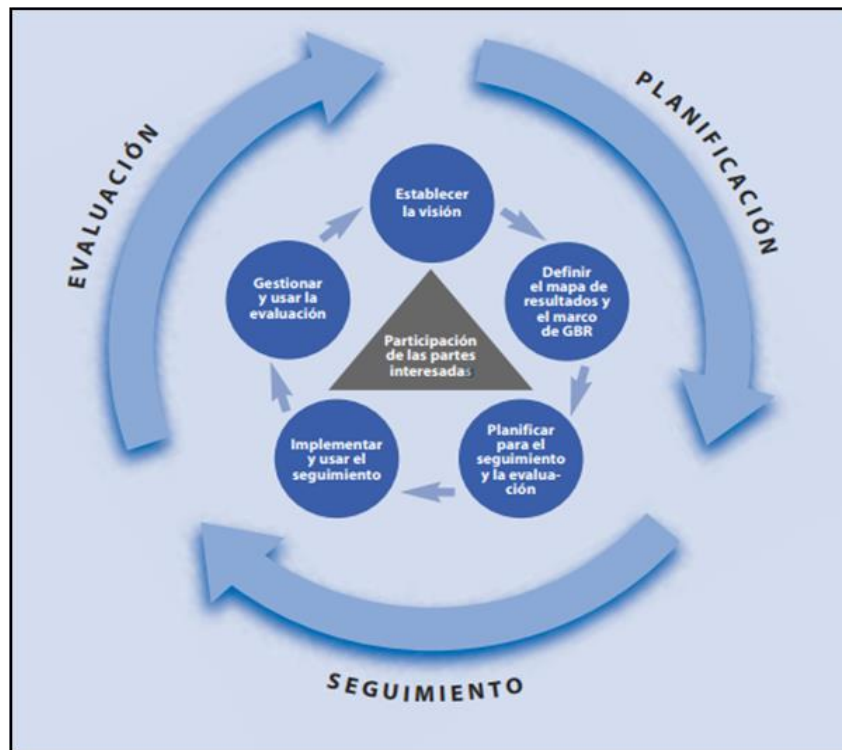


Figura 7. Enfoque ciclo de vida de la GBR. Tomado de PNUD (2009). Manual de Planificación, seguimiento y evaluación de los resultados en el Desarrollo.

Como se mencionó previamente, el sector sanitario chileno cuenta desde dos décadas atrás con la definición de **objetivos sanitarios nacionales**, siendo la **Estrategia Nacional de Salud**, su principal recurso orientador bajo el cual declara sus aspiraciones y aborda las necesidades en salud de la

73 Europe WHORO for, Policies EO on HS and, Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, et al. Capacity planning in health care: a review of the international experience [Internet]. Copenhagen PP - Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2008. (Policy brief, 13). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107883>

74 PNUD. Manual de Planificación, seguimiento y evaluación de los resultados en el Desarrollo [Internet]. New York, NY: Edit A.K. Office Supplies; 2009. Available from: https://procurement-notices.undp.org/view_file.cfm?doc_id=134774

población, ordenando y articulando a los distintos organismos en su quehacer. Esta considera una priorización sanitaria y define líneas de abordaje en base a una serie de logros definidos colectivamente y que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos de forma agregada: central, regional y comunal.

Desde la década 2011-2020, el Plan Nacional de Salud es adaptado bajo el modelo de la gestión basada en resultados, lo que determina que la planificación del sector cuente con una lógica causal, siendo además integrativa, multidimensional y multinivel, en donde todos los actores de los distintos niveles del sector planifican de forma tal, que garantizan que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de estos resultados.

Etapas de la planificación

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. De esta manera, el **ciclo de planificación** contempla el desarrollo de cuatro fases principales o centrales: la identificación, diseño y formulación, ejecución y seguimiento, así como la evaluación⁷⁵ (Figura 8).

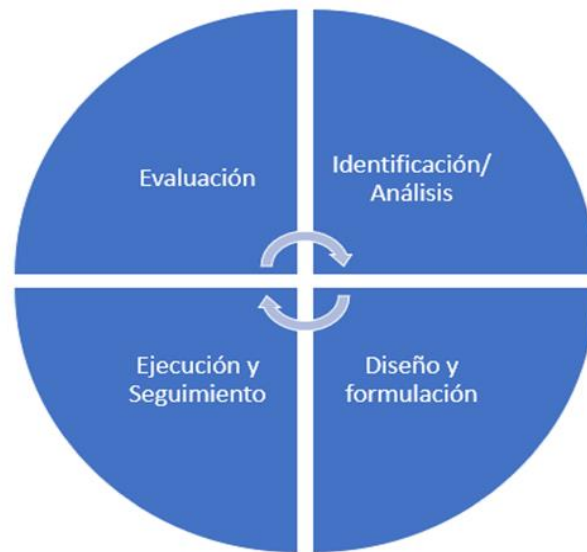


Figura 8. Etapas de planificación. Fuente: elaboración propia, MINSAL

⁷⁵ Acosta García A. Taller de Formulación de Proyectos Sociales Con la Metodología del Marco Lógico [Internet]. Venezuela: Ministerio de Sanidad Social; 2018. 71 p. Available from: https://www.solucionesong.org/img/foros/4e418bed80d9f/Manual_de_Formulacin_de_Proyectos_Sociales_m.pdf

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, 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 anteriormente 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.

Programa de Salud Municipal año 2024 en el marco del Plan de Salud Comunal

El Plan de Salud Comunal (PSC), de acuerdo con el artículo 58 de la Ley N°19.378 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 Salud⁷⁶. 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 los funcionarios y funcionarias que conforman los equipos de salud y de los sectores de la comunidad que contribuyan a los objetivos sanitarios del territorio.

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 periodo⁷⁷. Comenzar desde cero la planificación estratégica y el diagnóstico de salud comunal, cada año, no es necesario ni útil.

76 Ministerio de Salud, Chile. Ley 19.378 establece estatuto de Atención Primaria de Salud municipal [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional; 1995 [citado 27 de julio de 2022]. Disponible en: <http://bcn.cl/2uclz>

77 1. Ministerio de Salud, Chile. Decreto 2296 Aprueba Reglamento General De La Ley N° 19.378 [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional; 1995 [citado 12 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://bcn.cl/2ewi1>

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 2023-2024, las comunas ya hayan formulado la planificación estratégica en salud, tomando como base la planificación estratégica comunal contenida en el **Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO)**, que constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna (Ley 18.695). Este documento debe haber sido entregado y validado el año 2022 y debe haber incluido principalmente las etapas de identificación, diseño y formulación. En el transcurso de 2023, las comunas deben haber ejecutado total o parcialmente las acciones contenidas en el plan.

El PSC debe ser un documento asequible, breve, orientado a la acción y que permita efectuar el ciclo de planificación para el periodo 2023-2024. Al mismo tiempo, debe permitir la monitorización 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.

El documento por presentar en el presente año (2023) corresponde al PSM 2024, donde se debe constatar el seguimiento y evaluación de los objetivos propuestos para el periodo alcaldicio (figura 9).

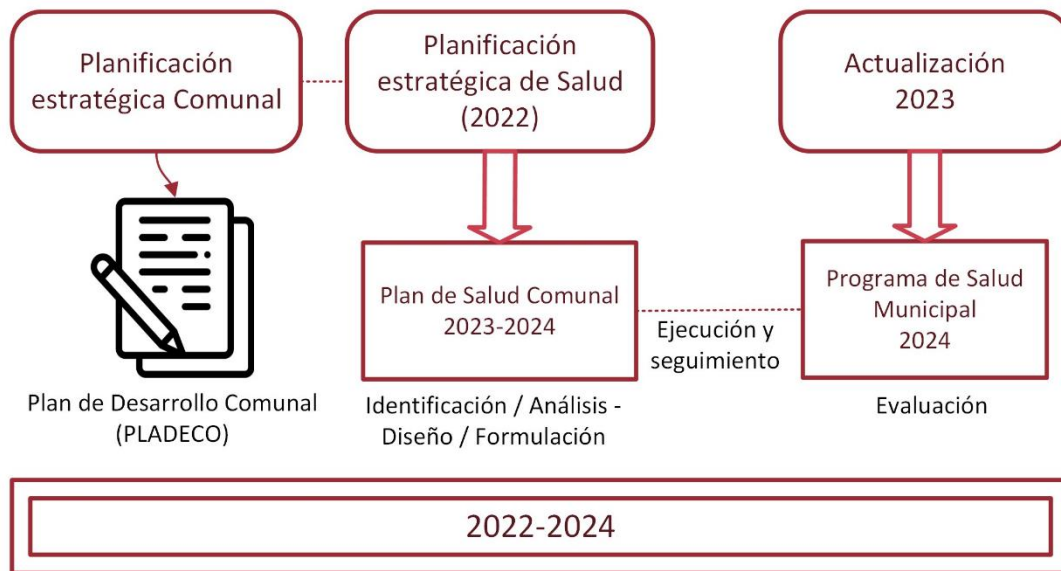


Figura 9. Planificación para el periodo 2023-2024. Fuente: Elaboración propia MINSAL.

Secciones a incluir en el Programa de Salud Municipal 2024

Componentes del PSM 2024

1. Política Comunal de Salud:

1.1 Objetivos institucionales (OI)

Los que ya deben haber sido compartidos por toda la red de atención primaria comunal y reflejar 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 2023-2024 se sugirió 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 a los funcionarios y funcionarias, entre otros. Es importante que los Servicios de Salud puedan monitorear el avance de los hitos de planificación de las comunas, particularmente de aquellas que no hayan tenido la instancia durante 2022. Para efectos del PSM del año 2024, se insta a las entidades administradoras de salud municipal a repetir una jornada durante 2023, donde podría participar uno o más representantes del servicio de salud. Es importante destacar que **el propósito de esta jornada no es rehacer el proceso de identificación y formulación que se llevó a cabo el año anterior, sino de visitar los elementos que se identificaron en aquel entonces**. El foco ahora es dar cuenta de los avances y retrocesos que se han experimentado en los objetivos comunales. Además, es un espacio para reformular metas de ejecución y seguimiento que permitan una mejor gestión de los procesos de salud en el ámbito comunal.

Los Objetivos Institucionales que se recogieron el año anterior en el PSC reflejaron los propósitos más relevantes para la gestión en el periodo 2023-2024. Estos, deben haber sido 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 de 2024 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.

Finalmente, es necesario destacar el rol de los Servicios de Salud como gestores locales de la red, en el trabajo de monitoreo y guía de las entidades administradoras de salud municipal, tanto para el Plan de Salud Comunal como para el Programa de Salud Municipal. Como ejemplo de este trabajo se destaca la experiencia del Servicio de Salud Aconcagua, el que ha estado trabajando desde 2012 en la elaboración de recomendaciones y planillas estándar para fortalecer la planificación y programación a nivel local y, desde 2017, este servicio ha promovido la planificación comunal e intersectorial como una guía técnica para ayudar a los equipos locales y municipales en la promoción de la salud y la reducción de desigualdades en salud en su territorio. Además, proporcionan lineamientos para integrar la determinación social en sus actividades y aplicar una "lupa de equidad" en el trabajo, fomentando estrategias comunales para mejorar la salud de la población.



Imagen 1. Jornada de planificación del año 2023 realizada en octubre de 2022. Gentileza: Servicio de Salud Aconcagua.

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) 2024, 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 2024.

2.1 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.

2.2 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, entre otros; literatura nacional para aproximarse a las incidencias y prevalencias puntuales de enfermedades de interés epidemiológico; 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. Se debe tener en cuenta que la confiabilidad y correlato con la realidad local de cada una de estas fuentes dependerá de su alcance territorial: en el caso de las estadísticas nacionales, resulta necesaria una aproximación local (pudiendo sobreestimar o subestimar los indicadores de salud), en tanto las fuentes de origen local, habitualmente, presentan una baja captura por menor cobertura de la necesaria (en cuyo caso siempre tienden a la subestimación).

Se espera que estos indicadores consideren una apreciación de la magnitud de los problemas de salud representados, es decir, deben señalar si la tasa, incidencia o prevalencia de un indicador específico es mayor o menor que la del país, de la región o del Servicio de Salud.

Por su parte, el diagnóstico participativo debe relacionar los objetivos institucionales, las preocupaciones de la comunidad y las necesidades sanitarias del territorio. Puede estructurarse desde los diagnósticos participativos que periódicamente desarrolla cada uno de los Centros de Salud de la comuna, aspirando a una síntesis de nivel comunal que incorpore las principales necesidades de salud expresadas por las comunidades, para así facilitar la priorización de problemas de salud a abordar por los gestores locales. Para mayor orientación, los equipos gestores pueden recurrir a los documentos técnicos del MINSAL y de los Servicios de Salud en este ámbito.

2.3 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.

En cuanto al **plan de capacitación, el PSM 2024** debe considerar únicamente los avances, retrocesos y modificaciones a lo estipulado para el periodo 2023-2024. Sus principales lineamientos deben estar en sintonía con las etapas de diagnóstico, evaluación y priorización de problemas de salud.

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.

2.4 Brecha Sanitaria y Asistencial (figura 10)

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.

La estimación de la Brecha Sanitaria facilita los gestores locales la definición de los problemas sanitarios a resolver y la priorización de estos, en tanto que la estimación de la Brecha Asistencial les faculta para detectar qué recursos es necesario reformular y/o adquirir, así como el modo en que se deben disponer estos recursos para cubrir las necesidades de salud insatisfechas detectadas en la brecha sanitaria.

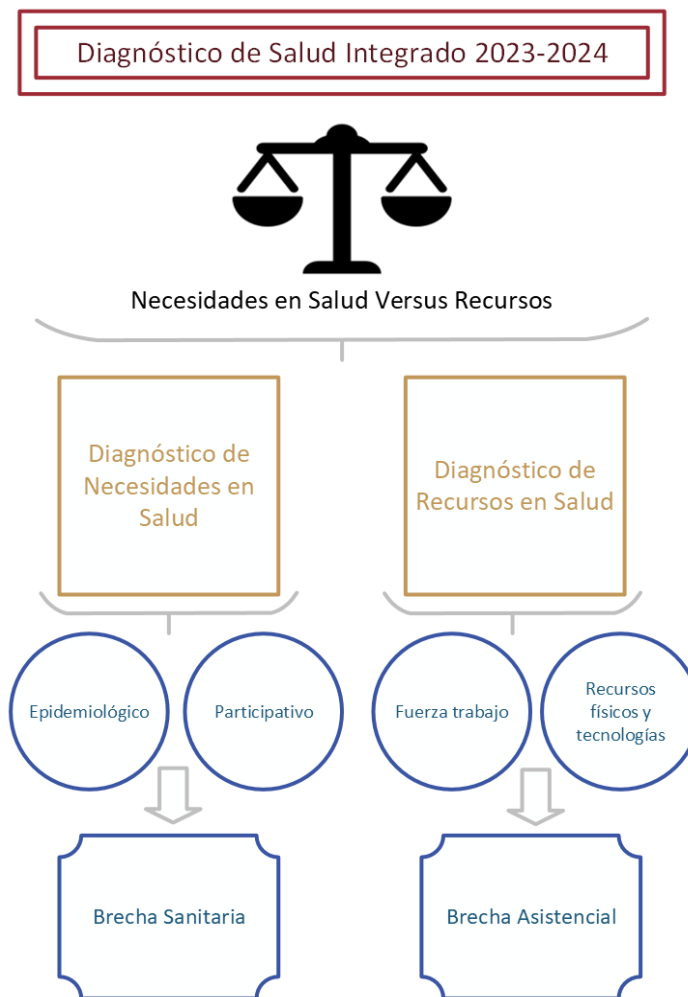


Figura 10. Diagnóstico de Salud Integrado y estimación de la brecha sanitaria y asistencial. Fuente: elaboración propia MINSAL.

3. Ejecución, seguimiento y evaluación de lo formulado en el PSC 2022-2024

Este debe ser el enfoque principal del PSM 2024, 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.

3.1 Evaluación de los problemas priorizados definidos en el PSC 2022-2024

En esta etapa deberían evaluarse los problemas sanitarios ya priorizados por la comuna durante el año 2022, 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 (figura 11). En caso de modificarse, aumentar o disminuir el número de problemas priorizados para el PSM 2024, se debe justificar debidamente en base a cambios en el escenario epidemiológico o social de la comuna.

Los problemas ya identificados deben ser lo suficientemente amplios como para recoger problemáticas abarcadoras de la realidad local y, al mismo tiempo, ser capaces de traducirse en indicadores concretos, medibles y realizables para el periodo.

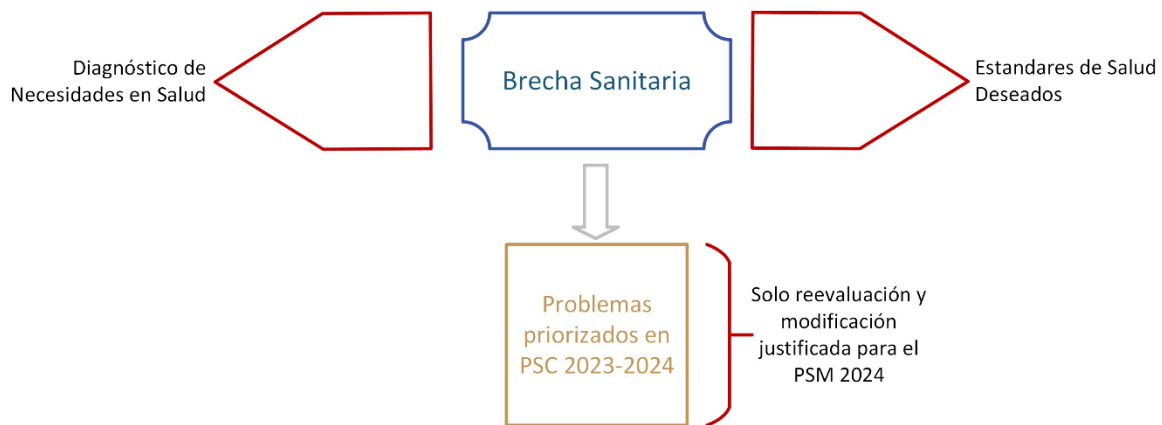


Figura 11. Brecha sanitaria para la identificación de los principales problemas sanitarios de la comuna. Para la formulación del PSM 2024 sólo es necesario modificar los problemas priorizados en caso de cambios en el escenario sanitario o social. Fuente: elaboración propia MINSAL.

3.2 Monitoreo y evaluación de las acciones sanitarias priorizadas, indicadores y metas de monitoreo formuladas en el PSC 2022-2024

En la versión del PSM de 2024, 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 2024 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

Descripción de las acciones sanitarias formuladas en el PSC 2023-2024:

- 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 12).
- 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 el año 2023 y 2024. Debe existir una meta para cada indicador para el año 2023 y 2024. Para la formulación de los indicadores, resulta de utilidad la Matriz de Cuidados por curso de vida que se asocia a estas Orientaciones.

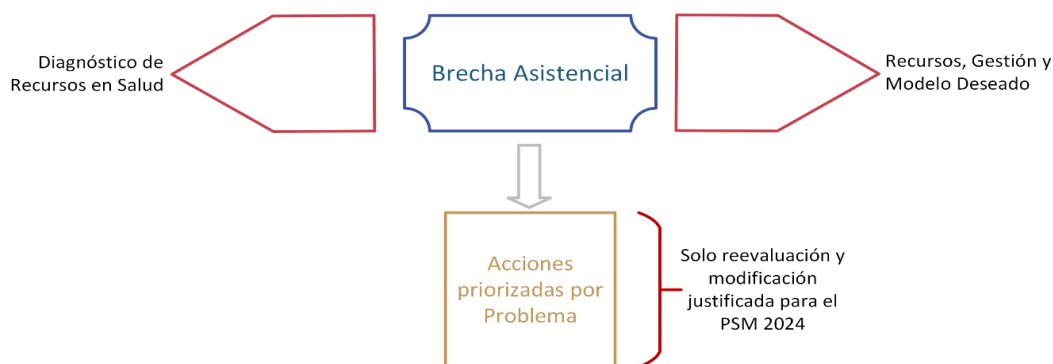


Figura 12. Brecha asistencial para la identificación de las principales acciones. Fuente: elaboración propia MINSAL.

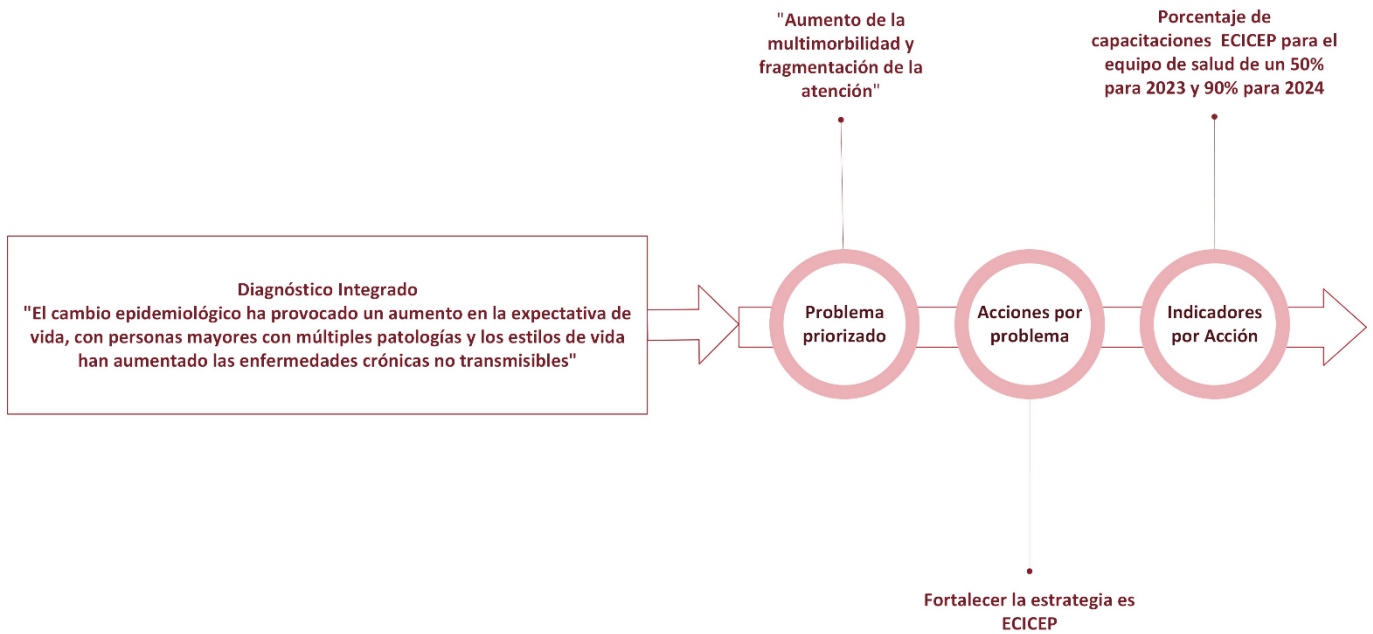


Figura 13. Ejemplo del PSC de la comuna de Buin de las etapas y procesos desde la elaboración del Diagnóstico de Salud Integrado y sus derivados. Elaboración propia. Fuente: Dirección de Salud de Buin.

CAPÍTULO III: ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA LOCAL Y EN RED

Bases Teóricas de la Programación Asistencial

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 se corresponde con un año.

1. Proceso programático de la atención primaria

La programación operativa es un instrumento que debe sistematizar los aspectos concretos y medibles relacionados con las actividades que se espera generar en el transcurso de un año. 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.

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.

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 Plan 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.

a. Estimación de recursos necesarios:

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

b. Oferta de recursos

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

c. Brechas de Recursos

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

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 funcionaria:

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

Actividades a 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.

Las prestaciones o acciones del Plan de salud familiar son las siguientes⁷⁸:

1. Prestaciones por curso de vida
 - Salud de niños y niñas
 - Salud de adolescentes
 - Salud de la mujer
 - 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 de actividades que contienen cada grupo de actividades:

- 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, entre otros.

78 Ministerio de Salud, Chile. Decreto N°54 Determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por el periodo que señala. 2023.

- **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 de salud intercultural.

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.
- Educación grupal e individual a población de riesgo.
- 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 (MADIs).
- 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.

c. 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

d. 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
- e. 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).
- f. 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.
- g. 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. Corresponderá 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 acorde al modelo. (jefes de sector, referentes de programáticos, Encargados de Unidad, etc.)

h. 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.

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.

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 medios electrónicos. 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.

Teleconsulta abreviada: corresponde a las interacciones sincrónicas que ocurren entre un médico u otro profesional de la salud y un paciente de forma remota, mediante el uso de tecnologías de la información y comunicaciones, con el fin de realizar acciones tales como evaluación y entrega de resultados de exámenes, renovación de licencias médicas y procedimientos como la confección de recetas médicas.

Teleinterconsulta: corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento. A través de esta, el médico de atención primaria en lugar de derivar el paciente a la atención secundaria presencial envía información del caso a un especialista (como por ejemplo a Hospital Digital), quien, con la información entregada, sin el paciente presente responde a la consulta. Esta ofrece la posibilidad de mejorar la resolutivez de la APS y la pertinencia de derivación.

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.

Teleinterconsulta abreviada: corresponde a la ejecución de teleinterconsultas de tratamiento anticoagulante oral de forma remota entre profesionales, cuyo propósito es la entrega de resultados de exámenes, indicación de tratamiento o confección de recetas

Teleinforme: corresponde al informe generado de forma remota por un especialista y/o mediante Inteligencia Artificial, en base a los datos obtenidos a través de un examen o procedimiento diagnóstico que se ha realizado en otro lugar.

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 puede realizarse en una o más 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.

Taller remoto: actividades sincrónicas destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la vida saludable, crianza respetuosa, como también promover autocuidado y prevención de prácticas de riesgo, realizadas a través de otros canales de comunicación (no presenciales), tales como medios electrónicos, informáticos y/o audiovisuales que se dispongan para cumplir con el objetivo.

Teleconsultoría: es una actividad sincrónica facilitada por la tecnología de las telecomunicaciones, entre el equipo de especialidad de atención secundaria y/o terciaria con el equipo de salud de atención primaria, con la finalidad de garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria, potenciar la capacidad resolutive del nivel primario y mejorar la referencia y contra-referencia de personas entre ambos niveles de atención. Se puede realizar con o sin la persona usuaria presente. El objetivo principal de la teleconsultoría es la transmisión de conocimientos entre los equipos, de esta acción se desprende además la resolución de un problema de salud de una persona usuaria en el que un referente o grupo de referentes, proporciona orientación de forma remota a un profesional o grupo. En ocasiones, también se puede usar para que un grupo de especialistas comparta definiciones o sugerencias con otro grupo de profesionales en torno a un problema común. Cabe destacar que, el objetivo de esta actividad es homogenizar criterios de abordaje y potenciar la capacidad resolutive de APS a través del intercambio de conocimientos entre los equipos de salud.

Telemonitoreo: Consiste en registrar, almacenar y procesar datos rutinarios o repetidos de un grupo de personas con una condición determinada, con el objetivo de usarlos para asignar intervenciones que no son necesarias de realizar a todas las personas enroladas.

Telecomité: corresponde a la interacción sincrónica entre un equipo multi e interdisciplinar 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 tecnologías de información y comunicación digital. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación, como monitoreo, prevención, intervención, supervisión, educación, consulta y consejerías.

Las actividades a distancia pueden realizarse mediante:

Video llamadas: Es un modo de videoconferencia 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.

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 (Fuente: elaboración propia)

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

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.

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	2 a 3
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.

**En el Control de Salud de Adolescentes realizado de manera remota el rendimiento es de 30 a 45 minutos. Cuando se realiza de manera presencial (Control de Salud Integral), se estima un rendimiento de 45 minutos. Respecto al curso de vida de infancia, en el año 2021, se publica la última versión de la Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, y se actualiza de acuerdo a la última evidencia científica disponible buscando asegurar que los niños y niñas, independiente del lugar donde vivan

y se atiendan, cuenten con los mismos estándares en la supervisión de su salud, reforzando los controles de salud infantil para, así, detectar factores de riesgo de manera oportuna. Esto permite entregar a los equipos de salud que atienden a la población infantil, herramientas y conocimientos actualizados en su beneficio. Por ello, para el año 2024, se hará entrega de Recomendaciones Programáticas Específicas N°7 para la Atención de la Población Infantil que abarcan los tres niveles de Atención de la Red Asistencial.

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 para todos los programas de la atención primaria

En relación con las horas administrativas asociadas a la gestión de programas a cargo de la/el Jefa/e o Encargada/o de Programa, se contemplan acciones de monitoreo de cumplimientos asociados a metas sanitarias e indicadores IAAPS, gestión de agendas, reuniones de coordinación y rescate de pacientes GES. Todo esto, con el fin de resguardar los tiempos adecuados para cumplir.

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

a) 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 odontológica 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 a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud”, en el cual se plantea, como resultados esperados, “Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar”, “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 8.

En relación con las horas administrativas asociadas a la gestión de programas odontológicos a cargo de la/el Jefa/e o Encargada/o 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.

b) Actividades de salud mental en la atención primaria

Las atenciones de Salud Mental están orientadas a brindar atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Estas actividades tienen relación con la Estrategia Nacional de Salud (ENS), y sus Objetivos Sanitarios al 2030. En forma específica, se relaciona con el Eje 2 de estilos de vida, área de Salud Mental, con su objetivo de impacto de mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo. En el mismo eje, se relaciona con el área de consumo de alcohol, con su objetivo de impacto de reducir el consumo de alcohol en población general y sus consecuencias sociales y sanitarias. También se relaciona con el eje 4 de enfermedades crónicas no transmisibles y violencia, área de trastornos mentales, con su objetivo de impacto que indica reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad.

Asimismo, las actividades de salud mental en la APS se insertan en el modelo de atención integral, en la estrategia de cuidados integrales centrados en las personas (ECICEP); y se enmarcan en el proceso global de mejora continua de la calidad que se está impulsando en la APS, a través de la Estrategia de Mejora para la Atención en Salud Mental de la APS. Dicha estrategia tiene como objetivo organizar el proceso de atención de las personas con problemas o trastornos 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, en un marco de mejora continua de la calidad. Además, hay que 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 tanto en la planificación como también las programaciones.

Complementando lo ya mencionado, y en la línea de la transversalización de la salud mental en la APS y el fortalecimiento de las intervenciones, se han ido desarrollando estrategias de formación competencias de los equipos de la Atención Primaria de Salud para el abordaje de los problemas de salud mental, neurológicos y por abusos de sustancias. Para esto, se encuentra en implementación, la estrategia de formación y guía mhGAP (mental health Gap Action Programme) del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OPS/OM. Se espera que para el año 2024 se cuente con la casi totalidad de funcionarios formados en mhGAP así como también en otras estrategias de formación tales como el área de alcohol y drogas, demencia, entre otras temáticas.

Considerando todo lo anterior, se hace fundamental incorporar la salud mental en los procesos de planificación comunal, utilizando los marcos referenciales vigentes tales como la ENS, el MAIS, la ECICEP, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025⁷⁹, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental 2017⁸⁰ y las Orientaciones Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Mental en la APS, dentro de otros documentos vigentes.

79 <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

80 https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf

Finalmente, para el proceso de programación operativa, en las recomendaciones programáticas específicas (RPE) 9 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).

c) Actividades de los programas de salud respiratoria en atención primaria y en contexto de red

Los datos correspondientes al año 2022 muestran que las defunciones por causa respiratoria siguen siendo la tercera causa de mortalidad en el país. (CIE-10, J00-J99), y que la población bajo control de personas con enfermedad respiratoria crónica alcanzó el 3 % de la población inscrita y validada en los centros de Atención Primaria en 2022 ⁸¹ a nivel nacional, lo que representa una disminución de 0,1% con respecto al año 2021. Se debe considerar que la prevalencia esperada es del 11,7 % en EPOC y 10% en Asma.⁸²

En las recomendaciones programáticas específicas (RPE) 10 del presente documento, se describen las prestaciones, tipo de atención, rendimiento, concentración y cobertura a incluir en el proceso programático en la Atención Primaria. Cabe señalar que, al igual que el resto de las prestaciones de salud, deben encontrarse integradas y adecuadas a cada etapa del 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 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 salas para atender problemática con alta carga de enfermedad estacional. Se realiza esta precisión debido a que durante el año 2023 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.

d) 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.

Articulación en Red: Fortalecer la continuidad de la atención de los usuarios con enfermedades respiratorias crónicas como también quienes presentan cuadros agudos entre nivel primario y nivel secundario. Los equipos de las salas respiratorias deben mantener una constante colaboración y

81 Población inscrita validada FONASA

82 Fuente REM P Dic 2021-2022

coordinación con los equipos pertenecientes a los dispositivos de urgencia APS (SAPU, SAR y SUR), de tal manera que se asegure la atención en las salas IRA/ERA de aquellos usuarios que hayan sido atendidos por un cuadro respiratorio agudo y que requiera un control posterior a la atención.

Articulación Atención Secundaria: Se requiere coordinación y comunicación constante entre equipos clínicos y administrativos de los distintos niveles de atención, tanto primario, secundario y terciario, por lo cual, es necesario que los Servicios de Salud generen mecanismos de coordinación administrativo-asistencial, entre los cuales destacan: protocolos de referencia y contrarreferencia, gestión de casos, consultorías, reuniones clínicas – administrativas que permitan evidenciar y coordinar la continuidad de la atención de los usuarios con patologías respiratorias. Lo anterior, deben generarse de manera organizada, programada, ágil, eficiente y eficaz, con apoyo fundamental de tecnologías de la información.

Acciones con garantía GES

Otorgar acceso y tratamiento oportuno de las garantías GES a usuarios de hasta 5 años con IRA y usuarios con sospecha o diagnóstico de ASMA, EPOC y Neumonía, por lo tanto, nivel primario tiene que realizar el seguimiento de las SIC a nivel secundario, mediante comunicación directa con el establecimiento de destino y a su vez por el registro SIGGES. De no tener información correspondiente al seguimiento de los usuarios, esta debe ser comunicada al Servicio de Salud, al equipo respiratorio y GES tanto APS como secundario.

Continuidad de atención post hospitalización

Todo usuario que haya sido hospitalizado por una patología respiratoria, posterior a su alta, debe ser derivado a la Atención Primaria para su evaluación médica y posible ingreso a las salas respiratorias, del mismo modo todo usuario que sea perteneciente a las salas respiratorias que haya sido hospitalizado y dado de alta, tiene que ser derivado a la APS, a su sala respiratoria correspondiente con algún mecanismo que permita hacer el seguimiento correspondiente asegurando su atención oportuna.

Control de usuarios con oxigenoterapia domiciliaria y asistencia ventilatoria en domicilio

Usuario con requerimiento de oxigenoterapia y/o asistencia ventilatoria (AVNI, AVI, AVNIA, AVIA) en domicilio, el equipo de Atención Primaria debe coordinar y realizar visita en domicilio para evaluación de habitabilidad, definiendo factibilidad del hogar para la instalación y administración de equipos de oxígeno y/o de asistencia ventilatoria y redes de apoyo. Durante la permanencia de la persona en el programa de oxígeno y/o asistencia ventilatoria, el equipo de las salas respiratorias APS debe programar al menos 1 visita semestral.

e) Actividades de Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria

La Salud Sexual, 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.⁸³ (OMS, 2006a). 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

⁸³ <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

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 frecuencia⁸⁴.

En este sentido, existe un consenso según el cual la salud sexual y reproductiva no se puede alcanzar y mantener sin el respeto y la protección de algunos derechos humanos, en este caso, los derechos sexuales y reproductivos. En Chile, desde 2018 se elabora la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva⁸⁵ que se sustenta sobre el enfoque de derechos de las personas y propone ampliar la mirada hacia un abordaje integral de la sexualidad, potenciando las acciones en torno a la salud sexual de la población. Las atenciones en salud sexual y la salud reproductiva en APS, deben considerar el enfoque de curso de vida, en donde el desafío está en reconocer los significados, las necesidades, los comportamientos y las expectativas en la sexualidad y la reproducción que ocurren en el paso de la infancia, la pubertad, la adolescencia y juventud y en las etapas posteriores de las personas. Aquí reviste importancia transversalizar la SSR y que el equipo de salud comprenda la importancia de abordar necesidades en una etapa temprana, ya que su no abordaje tendrá un impacto directo en las etapas posteriores de la vida, en un sentido de trayectoria. Lo anterior en el marco de modelo de salud integral, familiar y comunitario e intentando alcanzar el objetivo de impacto establecido en la Estrategia Nacional de Salud al año 2030, “abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos”.

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 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) 12 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 NSP) 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.

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

85 https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf

Estimación de recursos humanos y demanda en APS

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.

Estimación de la demanda

La programación de actividades nos plantea el gran 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.

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 periodos del año. Con relación a lo anterior y como mecanismo de evaluación de la programación en APS, se instaló un compromiso de gestión para los Servicios de Salud, cuyo objetivo es monitorear el proceso programático, con aplicación de evaluación cuantitativa según monitoreo trimestral de algunas actividades trazadoras incluidas en la planilla programática.

Gestión de agenda en APS

La gestión de agendas es un proceso que disponibiliza la programación operativa de los establecimientos en un sistema de agendas que permiten mejorar la accesibilidad de los usuarios a su atención de acuerdo con su necesidad. Lo anterior implica la organización de las agendas, los mecanismos de recepción y la citación de los usuarios a sus consultas, controles, procedimientos, etc.

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 un paciente 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 un paciente, asegurando acceso y disminuyendo los niveles de inasistencias. Este es un proceso flexible que permite cambios en tiempo real, considerando además que se debe dejar horas protegidas para hacer uso de estas en relación con las necesidades de los usuarios. Las direcciones de los establecimientos deben asegurar que el proceso de agendamiento sea realizado por personal debidamente asignado para aquello, **evitando la influencia del prestador directo en la regulación de la oferta**. Dicho lo anterior, cada profesional y técnico debe disponer de las horas que se desprendan del proceso programático con el fin de asegurar el uso eficiente de los recursos. El módulo de agenda debe ser accedido solamente por quienes tienen esa responsabilidad y no por los prestadores directos.

Requisitos a considerar en la gestión de agendas:

1. Manejo de agendas de los prestadores

- Horas asistenciales a agendar
- Horas administrativas a considerar en trabajo administrativo y reuniones
- Ausencias programadas y no programadas

2. Manejo de la cartera de prestaciones, según modalidad de atención:

- Actividad individual
- Actividad grupal y/o que impliquen más de un profesional en la atención
- Actividades comunitarias

3. Manejo de la cartera de prestaciones, según actividad a realizar:

- Consultas
- Controles
- Ingresos
- Procedimientos

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

2. 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.

Gestión de agenda

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

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 ~~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 al usuario 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 el usuario, 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 al usuario (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, 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 usuario.
- Asegurar el contacto efectivo con los usuarios, 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 del usuario, 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).

Programación operativa

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

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.

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) Médico(a)	-	-	-	-	26%	-	-

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:

D1. Programación quirúrgica

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

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

D2. 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 los pacientes hospitalizados 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 Visitas a Sala de profesionales médicos, Interconsultas realizadas desde la atención ambulatoria, entre otros.

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)
Enfermera/o	Nivel de cuidado crítico UCI	210 min.	Atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. Tratamiento, prevención Lpp)
	Nivel de cuidado crítico UTI	135 min.	Atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. Tratamiento, prevención Lpp)
	Nivel de cuidado medio	80 min.	Atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. Tratamiento, prevención Lpp)
	Nivel de cuidado básico	45 min.	Atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. tratamiento, prevención Lpp)
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 dieta terapéutica, 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.)

Estándares sugeridos para programación hospitalización domiciliaria

La Hospitalización Domiciliaria corresponde a aquella modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional de atención cerrada, en la cual el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales, habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial. Favorece la continuidad de la atención como parte del proceso de hospitalización, permitiendo la participación del usuario y familia en su propio entorno, bajo los estándares de calidad y seguridad. Esta estrategia requiere de indicación y control médico y el término de este proceso estará definido por el alta médica, incluye además las prestaciones otorgadas por un equipo multidisciplinario, de manera de abordar al paciente integralmente. No existe hospitalización domiciliaria, en donde la atención puede ser otorgada en forma ambulatoria.

Según lo indicado en Orientación Técnica, formalizada y difundida mediante Ordinario C/21 N.º 1183, del 29 de abril del 2021, el rendimiento esperado por el equipo de Hospitalización Domiciliaria será de al menos 15 cupos diarios, de acuerdo con programación y recursos asociados, según estándar, con un horario de atención de 08:00 a 20:00 hrs. de lunes a domingo.

La dotación mínima de personal recomendado es el siguiente:

- 44 horas Profesional Médico
- 88 horas Profesional de Enfermería
- 88 horas Técnico paramédico
- 22 horas Trabajador Social
- 44 horas Kinesiólogo
- 44 horas Administrativo
- 88 horas Conductor

LISTADO DE RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS ESPECÍFICAS

N°	Nombre
RPE 1	Lineamientos de Pueblos Indígenas
RPE 2	Diagnóstico de Población Migrante
RPE 3	Criterios Técnicos para la Programación del cuidado Integral Centrado en las Personas
RPE 4	Criterios Técnicos para la Programación de Gestión de la Salud Mental y los Ambientes Laborales Saludables del Personal de Salud de APS
RPE 5	Ejes Estratégicos PAC Municipal
RPE 6	Plan Anual de Capacitación 2024
RPE 7	Criterios técnicos para la programación de Infancia en Atención Primaria y Secundaria de la Red Asistencial
RPE 8	Criterios técnicos para la programación Operativa Odontológica en APS y Especialidades
RPE 9	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 10	Criterios técnicos para la programación de programas Salud Respiratoria
RPE 11	Criterios Técnicos para la Programación de Prestaciones de Rehabilitación APS y Especialidades
RPE 12	Criterios Técnicos para la Programación de Salud Sexual y Reproductiva en APS
RPE 13	Criterios Técnicos de Programación de Atención Ambulatoria 2024
RPE 14	Criterios Técnicos para Programación Red de Salud Sexual y Salud Reproductiva Nivel Secundario y Terciario
RPE 15	Criterios Técnicos Programación de Atención Cerrada de Salud Mental
RPE 16	Criterios Técnicos para la Programación de Unidades Oncológicas
RPE 17	Criterios Técnicos para el Proceso de Programación de Prestaciones de Cuidados Paliativos Universales
RPE 18	Criterios Técnicos para Medicina Nuclear Nivel Terciario
RPE 19	Criterios técnicos para la Programación Químicos Farmacéuticos para los niveles Primarios, Secundarios y Terciarios
RPE 20	Criterios Técnicos para Imagenología Nivel Secundario y Terciario Nivel Secundario y Terciario
RPE 21	Criterios Técnicos del Programa de Atención y Control en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) - Nivel Secundario
RPE 22	Criterios Técnicos para el Proceso de Programación Comités y Comisiones en Redes de Alta Complejidad
RPE 23	Criterios técnicos para la programación de atenciones por telemedicina en la Atención Primaria y Secundaria

COLABORADORES

JEFATURAS MINSAL

Dra. María Soledad Martínez Gutiérrez	Jefe División de Atención Primaria
Camila Silva Olivares	Jefa División Políticas Públicas Saludables y Promoción
Dra. Fabiola Jaramillo Castell	Jefa División de Gestión de Red Asistencial
Dra. Tania Herrera Martinez	Jefa División Planificación Sanitaria
Dr. Fernando González Escalona	Jefe 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
Juan Correa Peña	Jefe Departamento Gestión Operacional / DIVAP
Laura Morlans Huaquin	Jefa Departamento Control de Gestión y Calidad / DIVAP
María José Letelier Ruiz	Jefa Departamento Salud Digital / SRA
Carolina Neira Ojeda	Jefa (s) Departamento Enfermedades no Transmisibles/DIPRECE
Constanza Piriz Tapia	Jefa Departamento Rehabilitación y Discapacidad/DIPRECE
Tamara Doberti	Jefa Departamento de Ciclo Vital /DIPRECE
Nora Donoso Valenzuela	Jefa Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario/SRA
Patricia Zamora Valdés	Jefa Departamento Promoción de la Salud y Participación Ciudadana / DIPOL
Mario Fuentes Elgueta	Jefe Departamento de Gestión y Planificación Estratégica / DIPOL
Cristian Villarroel	Jefe Departamento Salud Ocupacional /DIPOL
Sebastián Medina Garay	Jefe Departamento Gestión Territorial / DIGERA
Cristian Lara Román	Jefe Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención/DIGERA
Susana Fuentealba	Jefa Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria/DIGERA
Paola Pontoni Zúñiga	Jefa Departamento Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres/ Gabinete de ministro

DIVAP

Catalina Alcalde	Damaris Meza Lorca
Paz Anguita	Clodoveth Millalen S
Camila Ardiles	Daniel Molina Mena
Ana Ayala Gonzalez	Tina Morales
Alvaro Campos Muñoz	Danilo Ríos P
María Cecilia Torreblanca	Macarena Riquelme Rivera
Daniela Cortés Vidal	Marcela Rivera Medina
Nicolas Fierro	Marcela Rodriguez
Nanet González	Norman Romo Grogg
Sofía Gonzalez Navarro	Fernanda Santander Triviño
Ricardo Hernández	Nathalie Silva Pizarro
Juan Herrera Burott	Lorena Sotomayor
Alejandro Iglesias	Deiza Troncoso Miranda
Tania Labra Olivares	Irma Vargas
José Luís Ubierno	Veronica Veliz
Ana María Hevia	Pablo Wilhelm
Pamela Meneses	

DIPRECE

Camilo Águila Villanueva	Gina Merino Pereira
Cristóbal Castro Acuña	Ximena Neculhueque Zapata
Cettina D'Angelo Quezada	Rodrigo Neira Contreras
Nadia Escobar Salinas	María Paz Medel
María Francisca Barake	Andrea Peña Otárola
Nicole Garay Unjidos	Carolina Peredo Couratier
Laysa González Orroño	Paulina Torres Gueren
Carla Hernandez Mercado	Jorge Valdebenito Pino
Paloma Herrera Omegna	Raúl Valenzuela Suazo
Katherina Hrzic Miranda	Pablo Vasquez

DIGERA

Patricia Acevedo Loyola	Ana Jara Rojas
Gisela Acosta Poque	Karen Martinez Jofre
Paola Arévalo Leal	Yerty Martinez
Claudia Arroyo	Cristian Matamala Valencia
Eduardo Artiga González	Cristian Parra
Anamari Avendaño Arechavala	María Alicia Ribes Langevin
Solange Burgos Estrada	José Rosales Caniumil
Claudia Campos Ponce	Felipe Salinas Gallegos
Katty Campos Salgado	Elisa Sepulveda Alvarado
Claudia Celedón Carrasco	Alejandra Sutherland Soto
Paola Ciocca Barraza	María Paulina Torrealba Jara
Mauricio Farias Araya	Karina Trujillo Fuentes
Fancy Gaete	Miguel Ulloa Espinoza
Maureen Gold Semmler	Marlene Valenzuela Valdenegro
Karina Guzmán González	Daniela Vargas Guzmán
Carolina Isla Meneses	Javiera Fuentes Contreras

DIPOL

Alejandro Aguayo
Carolina Cobos Suárez
Mabeling Lam Vega
Cristina Leyton Blanca

DIPLAS

Gina Correa Atencia
Odette Urrutia Pumeyrau

COMISIÓN REFORMA

Vanessa Diaz Bravo

SERVICIOS DE SALUD

Alberto Fernandez	Gestor Saludablemente Servicio de Salud Ñuble
Patricia Jofré	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Metropolitano Sur oriente
Andrea De Terán	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Coquimbo
Claudio Yáñez	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Arica y Parinacota
Cristian Osorio	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio
Isidora Neira	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Metropolitano Central
Priscilla Pérez	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Carla Silva	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Metropolitano Sur
Josefina Fortunatti	Gestora Saludablemente Servicio de Salud O'Higgins
Claudia Jiménez	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Concepción
Rodrigo Rebolledo	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Araucanía Sur
Laura Jeréz	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Arauco
Paulina Castro	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Los Ríos
Daisy Sepúlveda	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Osorno
Camila Brahm	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Chiloé
María de los Ángeles Gálvez	Gestora Saludablemente Servicio de Salud Metropolitano Sur oriente

Alexander Recabarren Baez	Referente médico Unidad de Curso de Vida Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Constanza Ardiles	Referente de Infancia Servicio Salud Metropolitano Sur
Romina Bustos Cerda	Referente de Infancia Servicio Salud Metropolitano Sur oriente
Guillermo Cornejo	Referente de Infancia Servicio Salud Ñuble
Erika Espinoza Aguilera	Referente de Infancia Servicio Salud Metropolitano Central
Camila Santibañez Muñoz	Referente de Infancia Servicio Salud Metropolitano Norte
Felipe Díaz Ponce	Referente de Infancia Servicio Salud Coquimbo

EDITORES DEL DOCUMENTO

Juan Ilabaca Mendoza	Jefe Departamento Gestión de los Cuidados / DIVAP
Camilo Becerra Rodriguez	Profesional / DIVAP
María de los Ángeles Bravo	Profesional / DIVAP
Paulina Nuñez Venegas	Profesional / DIVAP
Ricardo Molina Arteaga	Profesional / DIVAP
Margarita Ramos Martinez	Profesional / DIVAP
Lorena Vera Angulo	Profesional / DIVAP
Milena Pereira Romero	Profesional / DIVAP
Solange Burgos	Profesional / DIGERA
Odetta Urrutia Pumeyrau	Profesional / DIPLAS
Gina Correa Atencia	Profesional / DIPLAS
Mario Fuentes Elgueta	Profesional / DIPOL
Pablo Villalobos	Profesional / DIPRECE