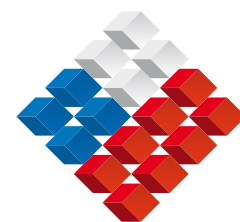


SERIE CUADERNOS DE REDES Nº **26**

**ORIENTACIONES PARA
LA PLANIFICACIÓN Y
PROGRAMACIÓN EN RED
AÑO 2010**



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2010

PROTEGE



red de protección social
GOBIERNO DE CHILE



MINISTERIO DE SALUD

La elaboración de este documento fue producto del trabajo colaborativo e integrado de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y Salud Pública, y del valioso y fundamental aporte de los Servicios de Salud (SSMNorte, SSM-Sur, SSMSurOriente, SSMSur, SSMOccidente y SSMOriente; SS Iquique; SS Antofagasta; SS Viña del Mar-Quillota; SS Maule; SS Concepción; SS Talcahuano; SS Araucanía Sur; SS Valdivia; SS Osorno; SS Magallanes), SEREMIs (Región Metropolitana, V y VI Región) y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

AUTORES Y/O REPRESENTANTES DE GRUPOS DE TRABAJO

Alberto Minoletti
Alejandro Monasterio
Alfredo Silva
Alicia Villalobos
Ana Ayala
Ana Gonzalez
Andrea Quiero
Ángela Contreras
Ana Gonzalez
Barbara Bustos
Carmen Gloria Gonzalez
Carlos Becerra
Carolina Loren
Cecilia Iturra
Cecilia Moya
Claudia Padilla
Claudia Valenzuela
Danuta Rajs
Derna Frinco
Dolores Toha
Doris Gallegos
Elizabeth Lopez
Ernesto Nuñez
Flor Dragicevic
Gabriela Brignardello
Gisella Castiglione
Gloria Espinoza
Hector Fuenzalida
Hernán Soto
Hernán Sepúlveda
Hilda Toro
Hugo Sanchez
Isabel Deferari
Jennifer Pacheco
Johanna Silva

Josefina Quinteros
Juan Baeza
Juan de Dios Reyes
Juan Ilabaca
Judith Salinas
Leticia Avila
Lucia Vergara
Marcela Alvial
Marcela Cortes
Marcela Pinto
Marcela Piñeiro
Marco Barrientos
María Cristina Escobar
María Isabel Matamala
María Jose Hinojosa
María Parra
María Teresa Valenzuela
Marina Soto
Marisol Rivera
Marta Prieto
Miriam Gonzalez
Miguel Cordero
Nancy Dawson
Natalia Meta
Nella Marchetti
Nora Donoso
Pamela Torres
Pamela Vásquez
Patricia Grau
Paula Jirón
Patricia Grau
Pilar Planet
Rene Castro
Roxana Buscaglione
Sebastian Godoy

Silvia Riquelme
Soledad BungeSoledad Zuleta
Thelma Raphael
Viviana Guerra
Xenia Benavides
Yasmin Yoma

EDICION

Gloria Espinoza
Marcela Cortes
Pamela Torres

COORDINACION

Pamela Torres

AGRADECIMIENTOS

Leoncio Muñoz
Nicolás Morales

Un especial reconocimiento a nuestra compañera Nieves Gonzalez (Q.E.P.D) del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, quien fue un excelente aporte y motor en la elaboración de este documento, tanto en el plano intelectual como humano.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	5
II. LA SALUD PÚBLICA	7
III. OBJETIVOS SANITARIOS	11
IV. PLANIFICACION Y PROGRAMACIÓN EN RED AÑO 2010	13
1. INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES DE LA RED ASISTENCIAL CON LA AUTORIDAD SANITARIA REGIONAL	13
2. ROLES Y FUNCIONES EN LA PROGRAMACIÓN EN RED	14
3. EJES DE LA PROGRAMACION EN RED	15
4. METODOLOGÍA DE PLANIFICACION Y PROGRAMACIÓN EN RED	33
5. CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA	37
ANEXOS	41

I. Introducción

Las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red han sido tradicionalmente un gran apoyo a la Gestión de los Servicios de Salud y los Centros de Atención Primaria de Salud y han contribuido, efectivamente, a la aplicación de las Orientaciones Técnicas que elabora la Subsecretaría de Salud Pública, tanto para el abordaje de los Problemas de Salud más frecuentes como a las estrategias de implementación del Modelo de Atención y al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.

La irrupción del nuevo Modelo de Atención hace necesario replantear la manera de planificar en Red, para responder a los desafíos de la gestión, la integración funcional de la Red Asistencial, la implementación del AUGE y la modernización de la Gestión en Salud Pública. Ello implica ciertas innovaciones en las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2010, tales como:

- ❑ Incorporar una visión sanitaria de mediano y largo plazo en la Planificación de la Red Asistencial, de la que se derivan las estrategias de más corto plazo a considerar en su Programación Anual.
- ❑ Integrar las acciones de la red asistencial y de la Seremi de Salud con las acciones del resto de los sectores de políticas sociales destinados a mejorar la situación de salud de la población
- ❑ Integrar en forma efectiva los distintos componentes de la Red Asistencial, sentando las bases para la evaluación del desempeño de la red en su conjunto

El objetivo del presente documento es poner a disposición de los equipos de salud un conjunto de orientaciones que entreguen elementos suficientes para permitir dirigir las acciones a las personas, familias y comunidad, siendo estas el centro de la atención sanitaria integrando en forma coherente los distintos planes, programas, metas, garantías, compromisos, etc.

Las Orientaciones Programáticas están dirigidas a toda la Red Asistencial, entendiendo que la Atención Primaria de Salud (APS), es eje del sistema sanitario y base del cuidado continuo de la salud.

En este contexto, la programación en RED ha sido definida como un proceso-liderado por el Gestor de Red en conjunto con el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) y la Seremi de Salud, genera integración sectorial. Así, todos los actores involucrados, en un marco de interdependencia, ponen en

común sus recursos, tareas, aportes, necesidades y voluntades, para anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y Resolutividad del sistema, asegurando un mejor estado de salud de la población a cargo, en el marco de los recursos de que dispone.

En virtud de lo anterior, este conjunto de orientaciones son un aporte a todos quienes toman decisiones en salud, desde el/a Gestor/a de Red, hasta los equipos operativos.

El documento se basa en un conjunto de elementos definidos a mediano y largo plazo, como son los objetivos sanitarios, los sistemas y programas de protección social, el modelo atención y el trabajo en red. Asume también recomendaciones de acuerdo a la evaluación del logro de los objetivos sanitarios y la aparición de nuevos conocimientos, que generan nuevas recomendaciones.

Por último, en materia de programación, se presenta una propuesta de Evaluación de los Planes de Salud Comunales¹

II. La Salud Pública

Las funciones de Salud Pública expresan el esfuerzo colectivo y organizado de la sociedad para promover y proteger la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de las personas. Su misión es mejorar la salud de la población contribuyendo a crear, en la sociedad y en las personas, condiciones protectoras y favorecedoras de la salud, promoviendo conductas y estilos de vida saludables, respondiendo a las necesidades de los individuos, familias y comunidades, ofreciendo a las personas una forma de ejercer su derecho a un desarrollo integral para una vida plena. La ciudadanía y sus derechos es el centro del que hacer institucional, reconociendo y respetando la diversidad cultural.

2.1. Funciones de la Salud Pública

Las tres grandes funciones básicas de la Salud Pública son:

- a. Valoración de las necesidades de salud de la población: conocer, comprender y medir los determinantes del bienestar y de los problemas de salud de las poblaciones humanas en su contexto social, político y ecológico.
- b. El desarrollo de políticas de salud integrales, para contribuir a la construcción de respuestas sociales, para mantener, proteger y promover la salud: elaborar planes y programas de salud para informar, educar y dar poder a la población en temas de salud. Fomentar alianzas con redes comunitarias para priorizar y responder problemas de salud y para aumentar el control de los ciudadanos sobre su salud.
- c. Garantizar la provisión de servicios sanitarios, de manera eficiente, sostenible, con seguridad, equidad y paridad en las políticas y programas de salud: orientados al logro de los objetivos sanitarios para la década y el cumplimiento de los compromisos de la instalación de la reforma del sector.

Para ello se requiere gestionar los servicios sanitarios, evaluar sus resultados, realizar inspecciones y auditorías sanitarias en base a guías y protocolos que garanticen las buenas prácticas y el buen trato.

2.2. Enfoques en que se basa la planificación en la Red de Atención de Salud Pública ²

a) Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social.

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

Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación ³

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

En la implementación de los sistemas de Protección Social, el Ministerio de Planificación Social (MIDEPLAN), articula y promueve la complementariedad de las acciones de los ministerios de Educación, Salud, Vivienda, Trabajo, Cultura y Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), para lograr una oferta de servicios integrados en la atención de la población con menores recursos y en situación de riesgo social. (<http://www.mideplan.cl>)

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos. Por la importancia que el actual gobierno les ha otorgado, se describe el Sistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" (Anexo N°1)

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

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

2 Red de Atención en Salud Pública se entiende como: el conjunto de Establecimientos y Servicios de Salud, en sus diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una Red de procesos clínicos, que debe asegurar la continuidad de atención en función de las necesidades de la población. (Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud)

3 Ver en página Web MINSAL. Salud del Inmigrante. Ordinario 3229 e Informativo presidencial

c) Enfoque de Equidad en Salud:

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

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

c.1) Equidad de Género en Salud:

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

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

c.2) Interculturalidad:

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

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

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

d) Gobernanza:

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

d.1) Intrasectorialidad:

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

d.2) Intersectorialidad:

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

e) Participación Social:

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

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

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

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

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

III. Objetivos Sanitarios

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

Los objetivos sanitarios⁴ comprometen los logros que, en salud de la población, deben alcanzarse al 2010, y son la referencia para definir las intervenciones y acciones que deben realizarse en forma prioritaria. Su formulación fue el punto de partida y el horizonte del proceso de la reforma sectorial. Todas las estrategias para el abordaje de los problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en el logro de estos cuatro objetivos.

Los cuatro objetivos sanitarios para la década son:

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

Para estos objetivos se establecen los siguientes fines:

- Prolongar la vida saludable: Mejorar la salud de la población prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad.
- Reducir las inequidades: Reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

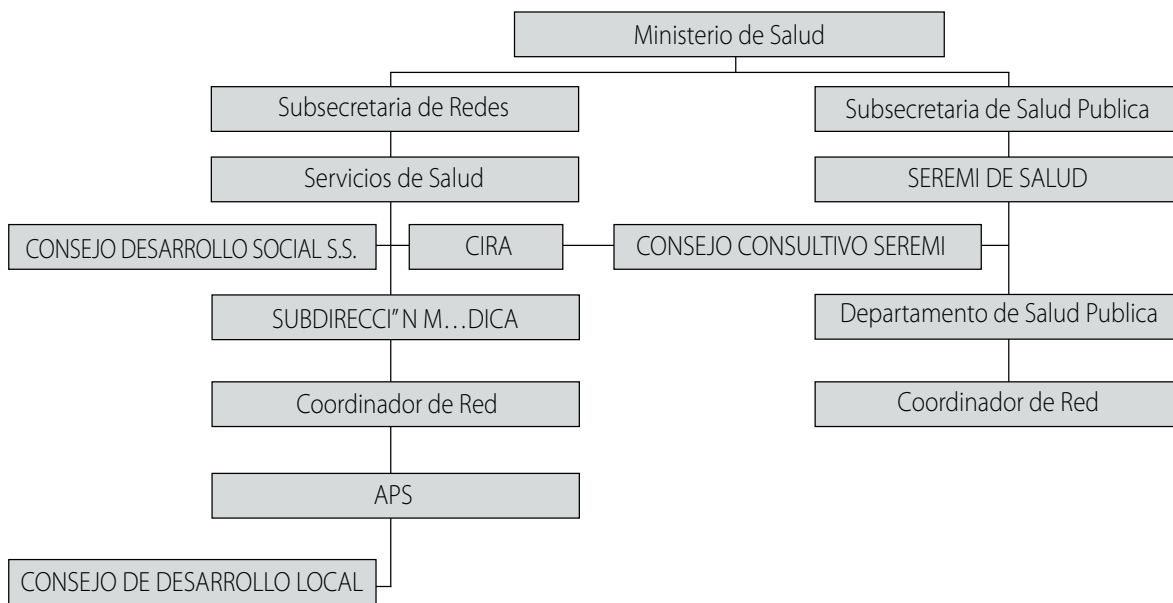
4 Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, Ministerio de Salud, Octubre 2002

IV. Planificación y Programación en Red Año 2010

1. Integración de las acciones de la red asistencial con la autoridad sanitaria regional

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

Figura N°1
Organigrama Funcional de Integración Sectorial



De acuerdo a lo que se aprecia en la Figura N°1 y en concordancia a lo que se establece por Ley N° 19.937, en el Ministerio de Salud existen dos Subsecretarías:

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

Esta Subsecretaria tiene una importante función en la vigilancia epidemiológica, que se describe en el Anexo N°2

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

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

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

2. Roles y funciones en la programación en red

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por la Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios de la década y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y basado en las características socio demográficas de la población con una tendencia creciente al envejecimiento.

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

- ❑ Al Ministerio de Salud le corresponderá, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.337, Artículo 4, formular y fijar las políticas de Salud que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.
- ❑ La Seremi de Salud, en su función de autoridad regional debe:
 - Mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar Vigilancia Epidemiológica
 - Evaluar metas sanitarias de APS
- ❑ Los Servicios de Salud, liderados por el Gestor de Red son quienes analizan y gestionan su Oferta y Demanda en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del Plan Anua

3. Ejes de la programación en red

La programación en Red tiene tres ejes principales:

- Eje Organizacional
- Eje Asistencial
- Gestión de Recursos

A. Eje Organizacional

A.1. Definición de Red y Niveles de Intervención

La Red se entiende como el conjunto de Establecimientos y Servicios de Salud, en sus diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una Red de procesos clínicos, que debe asegurar la continuidad de atención en función de las necesidades de la población.

En función de la capacidad resolutoria y la complejidad podemos distinguir tres niveles de intervención en la Red⁵:

BAJA COMPLEJIDAD

Corresponde a los Consultorios Generales. Tendrán por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel Primario. Podrán ser urbanos o rurales según su ubicación. Pueden ser Establecimientos dependientes de los Servicios de Salud o de los Municipios.

La red se organiza según grado de complejidad y grado de avance en la implementación del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario.

a) Consultorios Generales de Atención Primaria: Realizan todas las prestaciones de este nivel: Morbilidad en los programas básicos, según ciclo vital

Programas de prevención y protección en los distintos programas que abarcan todo el ciclo vital.

Programas de Nutrición (PNAC y Adulto Mayor),

Pueden incorporar los Centros de Salud tanto urbanos como rurales actividades de Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) y Servicios de Urgencia Rural (SUR)

b) CESFAM: Corresponden a Centros Generales Urbanos (CGU) y Centros Generales Rurales (CGR) que han sido certificados como Centros de Salud

5 Ver Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud

c) Postas Salud Rural: son establecimientos de atención ambulatoria, y desarrollan básicamente acciones de promoción y protección, ejecutan acciones curativas de bajo nivel de complejidad y deriva aquellas de mayor complejidad que no pueden resolver. Están a cargo de un técnico paramédico.

d) Estaciones Rurales: funcionan en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales.

MEDIANA COMPLEJIDAD

a) Centros de Referencia de Salud

Los Centros de Referencia de Salud (CRS) son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos por los Consultorios Generales.

b) Centros de Diagnóstico Terapéutico

Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, de alta complejidad, adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual está adosado.

c) Servicio de Atención Médica de Urgencia. SAMU

Corresponde a un servicio ambulatorio de atención prehospitalaria, complementario de la modalidad de la atención de urgencia, de dependencia territorial, controlado por Centros Reguladores, según regiones y cuya atención es efectuada por personal de salud. Su fin, es entregar en el menor tiempo posible, acciones diagnósticas y terapéuticas iniciales, con el objeto de recuperar y/o mantener la estabilidad anatómica y fisiológica del paciente, en el lugar del evento y durante su traslado al Servicio de Urgencia. Se relacionan tanto con la población general que los demanda a través del número telefónico único nacional 131, como con los establecimientos que atienden urgencias en niveles terciarios y/o primarios.

ALTA COMPLEJIDAD

a) Hospitales

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

Con tal objeto propenderá también al fomento de la investigación científica y al desarrollo del conocimiento de la medicina y de la gestión hospitalaria. Será obligación del Hospital la formación, capacitación y desarrollo permanente de su personal, la difusión de la experiencia adquirida y la del conocimiento acumulado. Recibirá la denominación de "Instituto", el establecimiento destinado a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, determinado en esa condición por el Ministerio de Salud, de acuerdo a su complejidad, cobertura y apoyo a la Red Asistencial.

Todos los Hospitales e Institutos, se clasificarán en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutive, determinada sobre la base del análisis en conjunto de los siguientes criterios:

- ❑ Función dentro de la Red Asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la Red;
- ❑ Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su Resolutividad, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza;
- ❑ Grado de especialización de su recurso humano.

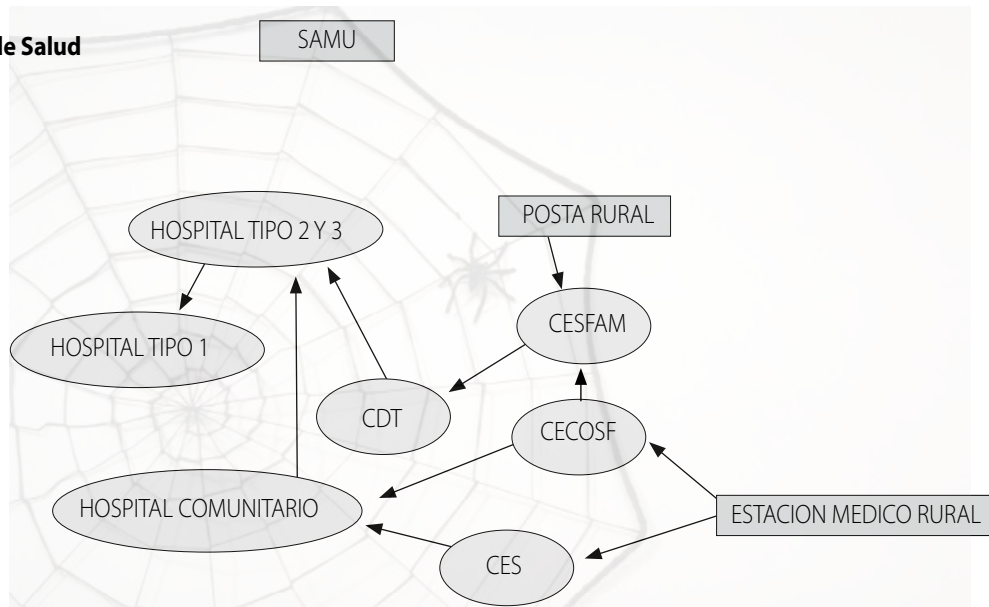
Cabe mencionar, que Hospitales de baja complejidad están hoy en proceso de reconocimiento como Hospitales de la Familia y la Comunidad.

A.2. Trabajo en Red

La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la Red a través del "Trabajo en Red" (Red Asistencial, Comunitaria, Social). En los Establecimientos de Atención Primaria estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización y equipos de cabecera), de este modo se conoce a la comunidad en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, tanto laborales como no laborales, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa propia realidad.

El diseño de nuestro sistema de salud ha ido modificándose en la medida de que se profundiza la instalación de la Reforma. Por ello los niveles de atención tradicionales hoy son concebidos como etapas diferentes de un mismo proceso (Figura N°2).

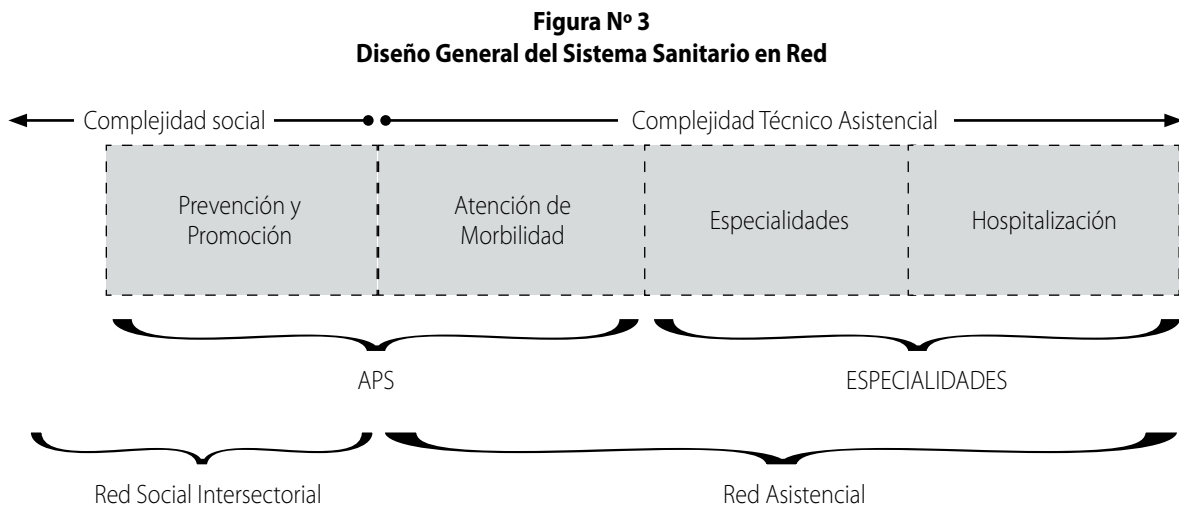
Figura N° 2 Red de Salud



Gran importancia cobra la prevención y promoción, que se encuentran ligadas a las estrategias asistenciales, que deben ser fortalecidas a través del Modelo de Salud Familiar. Los distintos niveles de atención, que corresponden al Diseño General del Sistema Sanitario en Red (Figura N°3) forman parte de un proceso continuo de atención, en el que se comparte un lenguaje común y reglas de relación.

A nivel primario, iniciativas como la consolidación del Modelo de Salud Familiar están en pleno desarrollo, la certificación de los CESFAM, la necesidad de un mayor esfuerzo por la prevención y la promoción de la salud en la población y la mayor resolutivez, son las preocupaciones actuales.

Todas estas iniciativas, que apuntan a hacer mas eficiente nuestro sistema, requieren de una comprensión general que permita, por un lado, seguir con estas líneas de trabajo y la incorporación de otras (calidad), pero a su vez, comprender de que cada iniciativa forma parte de un diseño global que incorpora, le da coherencia y visión orgánica a cada una de ellas. ⁶



La Programación en Red apunta a que la continuidad de los cuidados a las personas debe entenderse que se entrega de modo longitudinal, a través de todo el ciclo vital de cada persona y de cada familia y además en todas las necesidades de atención ya sea ésta del Nivel Primario de Atención, como de los Niveles de mayor complejidad Secundario o Terciario, considerando sus características y capacidades resolutivez para otorgar las atenciones requeridas.

Lo anterior se traduce, para los efectos prácticos en estrategias comunes a toda la Red, como:

6 Documento de Trabajo "Diseño General del Sistema Sanitario en Red, DIREC-MINSAL, 2009"

- Instalación de prácticas de mejoramiento continuo de calidad en las áreas clínicas, técnicas y administrativas
- Incorporación del consentimiento informado en procedimientos diagnósticos y terapéuticos pertinentes
- Funcionamiento de instancias de participación de usuarios como Consejos de Desarrollo, comités locales de salud, consejos consultivos, agrupación de trabajadores(as) sindicatos u otros, con planes de trabajo
- Fortalecer los sistemas de información a los usuarios, dando garantía de respuesta a los reclamos y sugerencias de pacientes y familiares
- Medición sistemática de satisfacción usuaria
- Incorporación de la gestión por proceso clínico, asegurando la continuidad de atención del paciente.
- Uso de protocolos de referencia y contrarreferencia ⁷

Las brechas generadas en el acceso de la población para la atención en Salud, han sido la detonante para plantear la necesidad de contar con un ordenamiento de los prestadores en relación a sus capacidades resolutivas y vincularlos de tal manera de que los flujos de usuarios se encuentren pre-establecidos. El Trabajo en Red, se constituye en una metodología que permite entonces visualizar el funcionamiento de la Macrored, y de la Intrared de cada establecimiento detectando las interfases que impiden asegurar la continuidad de atención y la resolutivez de los problemas de salud.

Para la óptima articulación de todo el sistema, es necesario contar con un Mapa de derivación local y de una Macrored (CG 3.2) que indique cómo circularán los usuarios en los distintos procesos de atención, y que debe considerar:

- Componentes de la Red y su oferta disponible, incluyendo ámbito público y privado
- Demanda y priorización de acuerdo a impacto, brechas, volumen, importancia epidemiológica.
- Definición de Carteras de Servicios
- Reglas en la relación entre los establecimientos que componen cada Red
- Instrumentos y herramientas de soporte, seguimiento y registro de cada uno de los procesos, lo que se debe considerar como Información Relevante que permita un análisis oportuno y se constituya en un elemento de gestión de cambios cuando sea necesario.
- Validación en los Consejos Integradores de la Red Asistencial, CIRA
- Evaluación de funcionamiento

La interacción entre los establecimientos de la Red debe tener un lenguaje común, que se establece con Normas de Referencia y Contrarreferencia y elaboración de Protocolos y Guías Clínicas. Al respecto se ha publicado una "Pauta de Evaluación, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica", elaborado por MINSAL, que instruye sobre metodología para operacionalizar estas actividades. ⁸

La Referencia y Contrarreferencia en salud, se entiende como el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar atención adecuada al usuario dentro de un Servicio de Salud, según el nivel de atención

7 "Modelo de Atención Integral en Salud" Serie de cuadernos modelo de atención N° 1 MINSAL 2005

8 "Pauta de Evaluación, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica" MINSAL, División de Presupuesto e Inversiones, Departamento de Calidad en Salud, Unidad de Evaluación de Tecnologías en Salud. Chile. 2005 (versión actualizada)

y grado de complejidad de los establecimientos con la debida oportunidad y eficacia. Este proceso facilita el flujo de usuarios y de elementos de ayuda diagnóstica y tratamientos, entre estos establecimientos, considerando siempre que el paciente pertenece a la Red y no a algún componente específico de ella, permitiendo y garantizando un flujo dinámico y permanente de los usuarios con conocimiento de todos los participantes. 9 También permite mejorar la pertinencia en la derivación entre los distintos Niveles de Atención.

Para un óptimo trabajo en Red es fundamental asegurar la participación de todos los actores en el proceso de planificación de la atención. La instancia de participación la constituyen los Consejos Integradores de la Red Asistencial CIRA. El consejo tiene carácter asesor y consultivo, siendo presidido por el Gestor de Red. A este consejo le corresponderá proponer al Gestor de Red todas las medidas que considere necesarias para la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección y sus establecimientos de todos los niveles de atención. Así mismo le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de estos niveles de atención. 10

En este contexto el Modelo de Atención de Salud, debe asegurar la continuidad de atención con resolutividad en cada nivel. La resolutividad se traduce en la capacidad del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la Red Asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de Atención Primaria ha debido ampliar competencias para abordar la problemática emergente, compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades.

B. Eje Asistencial

B.1. Modelo de Atención Integral en Salud

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

a) Enfoque Familiar y Comunitario

Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para el autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. 11

9 Régimen de Referencia y Contrarreferencia DECRETO NUMERO 2759 DE 1991, alcaldía de Medellín

10 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud

11 "En el camino a Centro de Salud Familiar" MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2008

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

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

Es necesario tener presente que la dinámica familiar está determinada, entre otras, por la actividad laboral de sus miembros, ya sea como trabajador dependiente o independiente, Ej. Madre que trabaja en turnos nocturnos, trabajadores que se alejan por períodos extensos de su lugar de vivienda, trabajadores que desarrollan su actividad al interior de la vivienda, etc. En este último ejemplo, muchas de estas microempresas familiares, trabajan con productos nocivos para la salud, en algunos casos se incluye a niños en las labores más sencillas, pudiendo verse afectada su salud por el quehacer de sus padres, del mismo modo se ven afectadas las formas de relacionarse en el hogar, ya que éste pasa a ser el lugar de trabajo, con lo que claramente la forma de vida familiar cambia. Por otro lado, en el ámbito de lo promocional y preventivo la situación y condiciones de trabajo de los integrantes de la familia debe poder precisarse ya que afecta positiva o negativamente en forma directa en el cuidado de los hijos, la participación de la pareja en el proceso reproductivo, etc.

Lo anterior requiere la motivación de los equipos, para que de acuerdo a sus capacidades, logren identificar esta determinante social de la salud.

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

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

c) Prestación de Servicios Integrados e integrales

A pesar de que tradicionalmente en la atención de salud se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos, familias y comunidades, se visualice la oportunidad para incorporar acciones de Promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado individual y familiar y

la generación de espacios saludables. El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud.

La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral.

La prestación de Servicios integrados en una Red Asistencial supone que en la definición de los horarios de funcionamiento de un establecimiento de Atención Primaria, se deben desarrollar acciones para facilitar la atención de personas que trabajan. Esto se materializa en el funcionamiento de los establecimientos con extensión horaria, en los términos establecidos por la Ley.¹²

d) Determinantes Sociales de la Salud

A partir de los determinantes sociales –previamente definidos-, los equipos de salud debieran reconocerlos y al trabajar los diagnósticos participativos de las comunidades de cada establecimiento de Atención Primaria establecer las estrategias de abordaje que permitan actuar sobre ellos de modo de revertirlos. Para lograr esto es indispensable realizar un trabajo participativo, donde lo más efectivo serán las acciones intersectoriales propias del Nivel Primario de Atención.

e) Interculturalidad

Una conducta sociocultural es pertinente en la medida en que hace coherencia o es comprendida por otro al cual se dirige; en otras palabras se intercambian códigos de comunicación que facilitan el entendimiento entre los actores.

Al momento de relacionarse con personas pertenecientes a los pueblos indígenas es importante que los profesionales de la salud establezcan un trato directo, simétrico, de igual a igual, hablar mirando a los ojos, pensando que la persona que se tiene al frente posee también un conjunto de conocimientos sobre su salud y explicaciones respecto de estados de enfermedad en los que es importante reparar. Al mismo tiempo, no se debe olvidar que el espacio primario en el cual las personas indígenas buscan la solución a sus problemas de salud es la familia y la comunidad. En este sentido será muy frecuente encontrar casos en que las personas han accedido a cuidados paralelos, vale decir, donde han complementado los tratamientos respecto de una determinada dolencia. Esto es lo que desde la antropología médica se ha denominado como los itinerarios terapéuticos, que no son más que los diferentes caminos por lo cuales las personas transitan para resolver sus problemas de salud. Esto significa que el modelo biomédico no es el único al cual las personas acuden cuando presentan ciertas dolencias.

Por lo anterior es muy importante que los equipos de salud puedan estar atentos a estas diferenciaciones, dado que sin duda pueden influir en los estados de recuperación de las personas indígenas.

12 Remitirse a texto de Ley 2.250

Por otra parte, cabe señalar que en los distintos territorios existen formas de organizaciones tradicionales y funcionales donde autoridades como lonkos, machi, yatiris, quillires, líderes y dirigentes indígenas son relevantes al momento de establecer los primeros contactos. Es necesario por parte de los profesionales, que se acercan a estos espacios, reconocer y respetar estas formas organizativas porque sin duda también contribuirán al mejoramiento de los estados de salud de las personas pertenecientes a los pueblos originarios.

La privacidad y el acompañamiento de un familiar es fundamental. Si a la persona le es dificultoso expresarse en español es importante hacerse acompañar por una promotora, facilitador o asesor intercultural, personas hablantes del idioma originario y con un conocimiento profundo de su cultura. Este actor es clave para contribuir a que la indicación dada sea percibida y realizada.

Los tiempos también son diferentes, la inmediatez no es un signo de las culturas indígenas, el saludo es importante y dar tiempo para que respondan de acuerdo a su manera de expresar sus dolencias, el escucharlos es un signo de respeto.

B.2. Gestión de Garantías Explícitas en Salud

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

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

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

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

Aspectos específicos a considerar:

Coordinación de la Red, Macro-Red y privados para la derivación y contra derivación

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

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

Aspectos específicos a considerar:

- Registro y sistema de información para el monitoreo.
- Articulación y liderazgo de una red de monitores por Establecimiento de Salud.
- Calidad y oportunidad del registro
- Monitoreo de la implantación
- Acompañamiento en la adopción y uso de las prácticas y herramientas
- Operacionalización de los procedimientos de Registro
- Coordinación Capacitación de los usuarios e información a los usuarios SIS
- Resolución de dudas de registro y contingencias

Se dividen en Monitores SIGGES del Servicio de Salud, de Hospitales y de Atención Primaria de Salud.

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

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

Aspectos específicos a considerar:

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

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

Aspectos específicos a considerar:

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Eje Gestion de Recursos

C.1. Gestión de Recursos Financieros.

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

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

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

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

Financiamiento de la Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria (APS) posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, así como distintas dependencias administrativas. Se distingue la Atención Primaria de Salud Municipal cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos; la Atención Primaria dependiente de los propios Servicios de Salud cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, con sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones, y, adicionalmente hospitales de menor complejidad, que efectúan acciones de nivel primario, y, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones de nivel primario de atención.

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

Además, el aporte fiscal a la APS, se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria, considerando dos glosas: 01 asociada a la APS dependiente de los Servicios de Salud y la 02, a la APS Municipal.

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

C.1.1. Atención Primaria de Salud Municipal:

Mecanismo de Pago Per Capita.

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

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

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

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

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

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

El per capita basal se define como el aporte básico unitario homogéneo, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Los factores de incremento del per capita basal, consideran:

El nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, contemplando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema;

- La dificultad para prestar atenciones de salud;
- La dificultad para acceder a las atenciones de salud;
- Factores de Incremento del Per Capita Basal
- Pobreza

Se considera el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP, elaborado con base a la información proporcionada por la SUBDERE a través del SINIM. Este indicador mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1. Más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM y por ende mayor pobreza o menor capacidad de generar recursos propios.

Existen cuatro tramos de pobreza e incrementos respectivos en el per capita basal:

Tramo 1: 18%

Tramo 2: 12%

Tramo 3: 6%

Tramo 4: 0%

Riesgo asociado a edad

Por el mayor costo relativo de la atención de adultos mayores en salud, a las comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos

Ruralidad.

Incremento por ruralidad : 20%

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

Referencia de Asignación de Zona.

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

Desempeño Difícil.

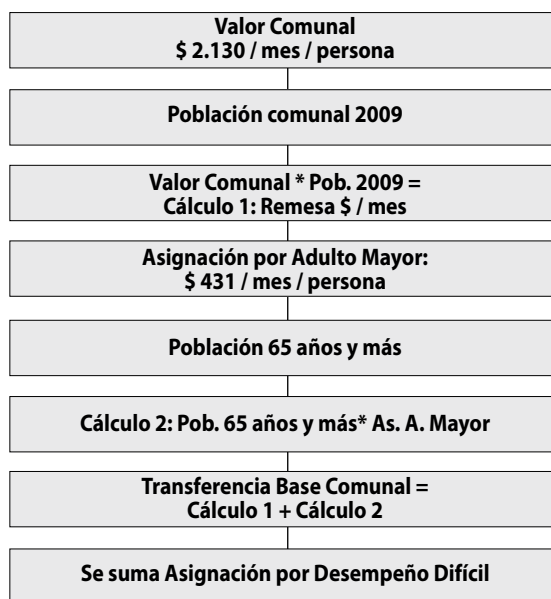
Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud, es decir, aquellas en que la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud deba recibir la asignación de desempeño difícil a la que se hace mención en los artículos 28.29 y 30 de la Ley N° 19.378

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

Mecanismo Pago Prospectivo por Prestación – Programas.

Conjuntamente, al plan antes mencionado y los recursos asociados, se complementan con aportes estatales adicionales, normados en el artículo 56 de la citada ley. Su mecanismo es de pago es prospectivo por prestación;

Figura N°4. Construcción transferencia base comunal, sistema per – cápita, 2009



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

Los recursos asociados al artículo 56, se encuentran además, señalados en la Glosa 02, del programa presupuestario de la atención primaria determinado por la ley de presupuestos del sector público¹³, y están destinados al financiamiento de la atención primaria desarrollada en las entidades administradoras de salud municipal, debiendo ser asignados, sobre la base de convenios suscritos entre los Servicios de Salud y las respectivas entidades administradoras de salud municipal, y, de las instrucciones o acuerdos del Ministerio de Salud, lo que se refleja en Programas Ministeriales aprobados por Resolución, sin perjuicio de las funciones de supervisión que deban efectuar los Servicios de Salud.

C. 1.2. Financiamiento Local a la APS Municipal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C.1. 4 Otros Aportes Fiscales a la Salud Primaria

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

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

Capítulo 10, Programa 01:

a) Refuerzo Estacional. Campaña de Invierno.

En función de refuerzo asistencial estacional para las atenciones de salud en toda la Red Asistencial, y APS en particular. Se establece la “Campaña de Invierno”, durante los meses de invierno; dicha estrategia procura enfrentar en la red asistencial las infecciones respiratorias agudas (IRA), las que constituyendo un problema epidemiológico nacional presente durante todo el año y que afecta a un número importante de la población, en un determinado momento del año, caracterizado por un conjunto de variables: exposición a contaminantes, frío, humedad y virus circulantes, donde las enfermedades adquieren un carácter epidémico que determina gran impacto en mortalidad y morbilidad, requiere de refuerzo asistencial estacional y campaña de comunicación social para educación a la comunidad. Estos aportes se focalizan preferentemente en los menores de 1 año y en los mayores de 65 años, que son los grupos biológicamente más vulnerables

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

Capítulo 10, Programa 02:

Inversiones. Se consideran asimismo, recursos contemplados para inversiones de financiamiento sectorial.

Para la APS éstos se relacionan con el financiamiento de obras civiles y equipamientos para nuevos consultorios y postas de salud rural, así como para los centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), estrategia de desconcentración de la atención busca mejorar la accesibilidad a la red pública de salud, mediante la construcción y/o habilitación, equipamiento e implementación, de Centros Comunitarios de Salud Familiar, dependientes de un consultorio ya existente, atendiendo una parte de la población inscrita en el establecimiento del cual dependen, cubriendo los mismos servicios que aquél, en forma complementaria, a fin de resolver de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y que desarrollan su trabajo en conjunto con ésta, en las tareas de promoción, prevención curación y rehabilitación de la población.

C.2. Gestión de Recurso Humano

Capacitación para el desempeño:

La formación de recursos humanos es uno de los ejes centrales para el avance del Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario . Esto se fundamenta en que el principal instrumento de trabajo en este nivel, es el recurso humano con sus conocimientos, habilidades y destrezas.

El Ministerio de Salud apoya diferentes modalidades formativas: Diplomados en Salud Familiar, Diplomados de Resolutividad para Equipos de Salud, Cursos de capacitación para funcionarios no profesionales, Pasantías Nacionales, Educación a Distancia, Iniciativa para Fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y Formación de Especialistas Médicos para APS y la Red Asistencial. Su propósito es continuar generando una masa crítica de

funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales del Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario. En este sentido, las líneas señaladas complementan otras iniciativas en curso, como son las Pasantías Internacionales.

Además se financia anualmente un Programa Descentralizado de Capacitación Funcionaria que garantiza el acceso equitativo y universal de los trabajadores, a través de la entrega del 0,3% del valor de la planilla mensual de los trabajadores de la Ley 19.378 a los Departamentos de Salud Municipales, para sus propias iniciativas de capacitación.

4. Metodología de Planificación y Programación en Red

Para un adecuado funcionamiento de la RED, es necesario realizar la Planificación y Programación en Red.

Planificar en Red es un proceso a través del cuál los miembros de la red de atención de un área geográfica, liderados por el Gestor de Red, toman conocimiento del marco legal regulatorio (Ver Anexo N°3), de la situación general de salud del país y de su territorio, como también de las necesidades de salud de la población. Con esto analizan su capacidad de oferta, en función de la demanda y los recursos asignados y diseñan un plan estratégico de mediano a largo plazo (3 a 5 años) para dar respuesta a esas necesidades en forma conjunta, tomando como eje la estrategia de APS.

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

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

4.A. Ambitos y Etapas de la Programación

La Programación se da en tres ámbitos:

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

Lo importante es la "sintonía", coherencia entre los diversos ámbitos de la programación en salud.

La Programación en Red incluye las acciones que involucran al conjunto de los niveles de atención en salud y es el resultado gráfico de las intervenciones que realiza el sector desde una perspectiva familiar y comunitaria,

considerando los determinantes sociales de la salud, vale decir las condiciones de vida, género, etnia, ubicación geográfica, situación socioeconómica, escolaridad, entre otros, y los énfasis durante el ciclo vital para lograr los efectos deseados de la Política de Salud en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

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

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

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

1. Diagnóstico general de salud:

Se realiza de la siguiente manera:

- El diagnóstico epidemiológico es entregado por Seremi y /o Servicios de Salud
- El equipo local de salud rescata información que emana de otras instancias como municipios o de otras Políticas Públicas: sistema de protección social, otros.
- Se integra la información que tiene el equipo de su territorio obtenida en la relación con los usuarios a través de los programas de salud, en sus diferentes actividades

1. 1. Interpretación diagnóstica: El equipo local analiza los datos obtenidos, establece correlaciones, identifica lo permanente y releva las brechas y prioridades.

1. 2. Diagnóstico participativo: El equipo local proporciona a la comunidad su interpretación diagnóstica, confrontando su visión con la de la propia comunidad local, utilizando metodologías de carácter participativo.

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

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

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

En la Programación:

- Se fijan las responsabilidades sectoriales (salud) y se identifican las responsabilidades intersectoriales (lo que se hará con otros) y comunitarias (corresponsabilidad en salud)
- Se seleccionan o adoptan protocolos, previamente elaborados por MINSAL y Servicios de Salud, los que constituyen instrumentos de apoyo al trabajo del equipo.

- ❑ Se determina lo que se hace en: promoción (factores protectores), prevención (factores de riesgo), tratamiento / intervención, curación / intervención, rehabilitación / intervención a nivel de las personas en tanto individuos, grupos, comunidades y su hábitat, en conjunto con la comunidad local. En APS Municipal de acuerdo a decreto anual.¹⁴
- ❑ Se establecen coberturas y rendimientos del equipo de salud a nivel local, en función de criterios visados por el Gestor de Red, de acuerdo a la realidad local.
- ❑ Se determina la dotación necesaria de recurso humano según la programación de actividades definidas por las metas sanitarias, orientaciones técnicas, estructura de la demanda (situación de salud de la población) y prioridades locales. En las comunas y establecimientos donde se cuente con el recurso humano de facilitador intercultural, éste deberá ser incorporado y considerado como un integrante más del equipo de salud en el proceso de programación.
- ❑ Se deben planificar actividades de capacitación tanto en área técnica como de gestión, teniendo en consideración la planificación estratégica, los objetivos sanitarios y las necesidades planteadas a nivel local como requisitos para avanzar en el Modelo de atención centrado en la familia.
- ❑ Asegurar sistemas de supervisión, control de calidad y evaluación de resultados. La supervisión permite apoyar a cada uno de los integrantes del equipo para su correcto desempeño.
- ❑ La fijación de metas de producción y la introducción de nuevas actividades, necesariamente debe incluir una evaluación a la capacidad de soporte administrativo y asistencial que posea cada establecimiento.
- ❑ La oferta de prestaciones, debe considerar el proceso completo de resolución de un problema de salud. En la práctica, esto implica, que el nivel de atención secundario y terciario, en la programación de oferta de atención de especialista hacia la atención primaria, debe resguardar la continuidad de atención que se materializa en el acceso a controles posteriores a la primera consulta, realización de exámenes y/u hospitalización, de modo de no generar nudos o interfases en los distintos niveles de la red
- ❑ Incorporar en la programación los tiempos necesarios para:
- ❑ Reuniones de equipo sobre el estado de desarrollo y generar estrategias de avance en cuanto Modelo, entre otras.
- ❑ Reuniones clínicas de los Equipos de Cabecera para analizar casos de familia.
- ❑ Reuniones de consejos técnicos.
- ❑ Desarrollar el plan de capacitación que incorpore la participación según necesidad en reuniones clínicas de la red.
- ❑ Actividades con la comunidad durante todo el ciclo del proceso de Planificación Local Participativa y en la implementación de estrategias de participación social y ejercicio de derechos

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

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

14 Ver Artículo N° 7. Decreto N° 107 del 24 de Febrero de 2009

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

El equipo considera los mecanismos de monitoreo y evaluación que hace el Servicio de Salud como también los propios mecanismos de evaluación de su trabajo.

Para evaluar, se hace uso de instrumentos determinados que requieren previamente registros fidedignos de las actividades realizadas. En este sentido se debe considerar que ante cualquier actividad nueva a implementar, es necesario contar con un sistema de registro formal.

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

En relación a la Programación Hospitalaria, en el Anexo N°5 se adjunta documento guía.

Principales hitos de la Programación definidos en la Ley 19.378 (Fig.3):

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

En ese sentido, los Municipios deben generar anualmente el Plan de Salud Comunal en armonía con las presentes Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del MINSAL, según establece la ley 19.378, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud, incluido el diagnóstico participativo.

Este plan debe ser propuesto en coherencia con el diagnóstico y en concordancia con los equipos de salud de cada Municipio y debe estar en conocimiento de los Servicios de Salud, de modo que permita ejecutar las evaluaciones pertinentes y los respectivos ajustes al final de cada período. El Plan de Salud Comunal y sus principales fundamentos, deberán estar contenidos en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO). Este Plan constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental. Este Plan, en su elaboración y ejecución, debe tener en cuenta a todos los sectores que operen en el ámbito comunal o ejerzan competencia en dicho ámbito (Ley 18.695).

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

Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio

de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde dentro de 10 días hábiles contados desde su recepción, para la entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.

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

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

Actividades/Año 2009	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE
a) MINSAL comunica orientaciones	10			
b) Entidad administradora fija dotación	30			
c) Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud		10		
d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación				
e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva		10 días		
f) Alcalde remitirá el Programa Anual al Servicio de Salud		contados	30	
d) Servicio de Salud entrega observaciones al Alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud		desde	30	10 días hábiles
e) entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.		recepción		contados desde su recepción
				30

5. Cuidados de salud a lo largo de la vida

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

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

La vida es un continuo y la salud requiere un continuo de cuidados. Pero cada etapa tiene características biológicas propias y también vulnerabilidades y oportunidades distintas, y diferentes expectativas y

comportamientos. Por lo tanto, los desafíos para el cuidado de la salud son propios de cada etapa. Este cuidado continuo debe considerar que la transición de una etapa a la siguiente suele tener características particulares y requerir también un abordaje específico.

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

En la infancia, los énfasis están en contribuir a una acogida segura y afectuosa a las nuevas personas, en facilitar el acceso a tratamiento aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia, (padre, madre, cuidadores y cuidadoras), en la crianza, teniendo presente estilos de crianza con enfoque de género, que aseguren la corresponsabilidad de los adultos, hombres y mujeres. Ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, accidentes domésticos y maltrato, en detectar tempranamente las enfermedades más frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y apoyo del desarrollo psicosocial de los niños y niñas. (Anexo 6A)

En la adolescencia, es fundamental una atención respetuosa y confidencial a las y los jóvenes, que incentive y apoye las conductas de autocuidado y de respeto a los demás, para que lleguen a formar parte de la identidad de los adolescentes como sujetos de derechos y deberes. El perfil de morbimortalidad en esta etapa está estrechamente asociado a las desigualdades sociales y los principales problemas se dan en cuatro ámbitos: la Salud Mental (violencia, consumo problemático de tabaco, alcohol y drogas, depresión, intentos suicidas); la Salud Nutricional (sobrepeso y obesidad, sedentarismo); la Salud Sexual y Reproductiva (gestaciones no planificadas, ITS), y las muertes y lesiones por accidentes. (Anexo 6B)

En la edad adulta, los principales problemas de salud son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Cardiovasculares, Cánceres, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. El 80% de ellas¹⁵ son evitables reduciendo factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo, y además manejando y compensando la hipertensión arterial. Por ello, el énfasis está en los controles preventivos de salud para detectar y tratar precozmente las enfermedades y para apoyar a las personas a reducir las condiciones de riesgo. Es fundamental considerar que los hombres y una proporción creciente de mujeres desempeñan un trabajo remunerado, en estos casos propender a ejecutar las políticas orientadas a entornos laborales de calidad, (humanizados y seguros) y de prevención de accidentes laborales y de enfermedades profesionales. Es importante considerar la actividad laboral de hombres y mujeres para la ejecución de las acciones de prevención, promoción y curativas en cuanto a las restricciones horarias para acudir a los Centros de Salud.

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para mujeres y hombres adultos, en la adolescencia y la adultez mayor. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, opción sexual ni cultura. El énfasis está en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según

las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención Personalizada, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional; la detección de la violencia sexual y de género; de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama. Incorporar acciones orientadas a la corresponsabilidad en el proceso reproductivo y el respeto por las diferencias culturales. (Anexo 6C)

En la edad adulta mayor el objetivo de la atención de salud es mantener o recuperar la funcionalidad, base fundamental de la calidad de vida en la vejez. Esta forma de abordar el proceso de envejecimiento requiere ofrecer una atención integral y resolutive, acorde a los derechos de las personas, que favorezca la participación y genere satisfacción usuaria. Es importante incentivar y facilitar el acceso a las y los adultos mayores a los controles periódicos de salud y al tratamiento de las patologías agudas y crónicas propias de estas edades. (Anexo 6D)

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

La programación de las actividades de los equipos de Atención Primaria está necesariamente en el contexto de las actividades que se realizan en el resto de los componentes de la Red asistencial, la que en conjunto ofrece una diversidad de intervenciones promocionales, preventivas, reparadoras y rehabilitadoras que las personas y familias pueden necesitar. Por ello, es fundamental desarrollar procedimientos para que la referencia a otro profesional del establecimiento o a otro componente de la Red sea efectiva, es decir, conduzca a que la persona contacte realmente con el servicio al que fue derivado y que ella requiera.

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

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

En cuanto a las Orientaciones para la Programación de Medicamentos (Compra Centralizada), ver anexo N° 7.

ANEXOS

ANEXO 1 SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA, CHILE CRECE CONTIGO	43
ANEXO 2 VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	47
ANEXO 3 MARCO JURÍDICO GENERAL VIGENTE SECTOR SALUD	49
ANEXO 4 METODOLOGIA DE LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION	53
ANEXO 5 PROGRAMACIÓN HOSPITALARIA: ATENCIÓN CERRADA Y AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD	73
ANEXO 6 CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA	79
SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS Y FAMILIA	79
SALUD DEL ADOLESCENTES Y FAMILIA	89
SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS Y FAMILIA	99
SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES	118
ANEXO 7 ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS COMPRA CENTRALIZADA 2010	124

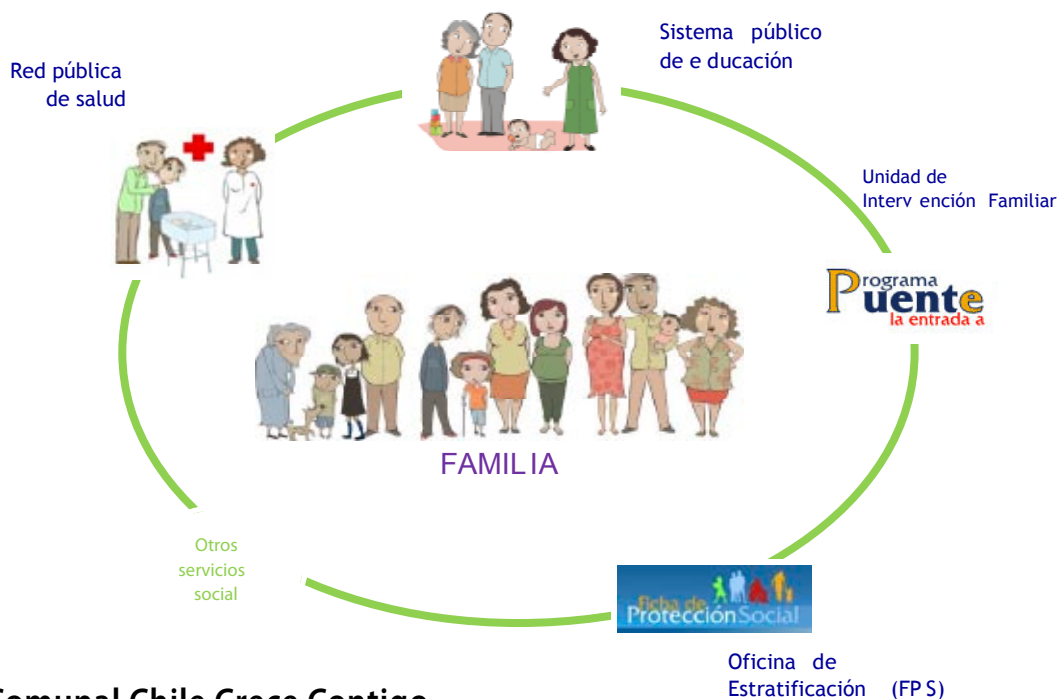
Sistema de protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo

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

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

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

Chile Crece Contigo: una red integrada de servicios sociales

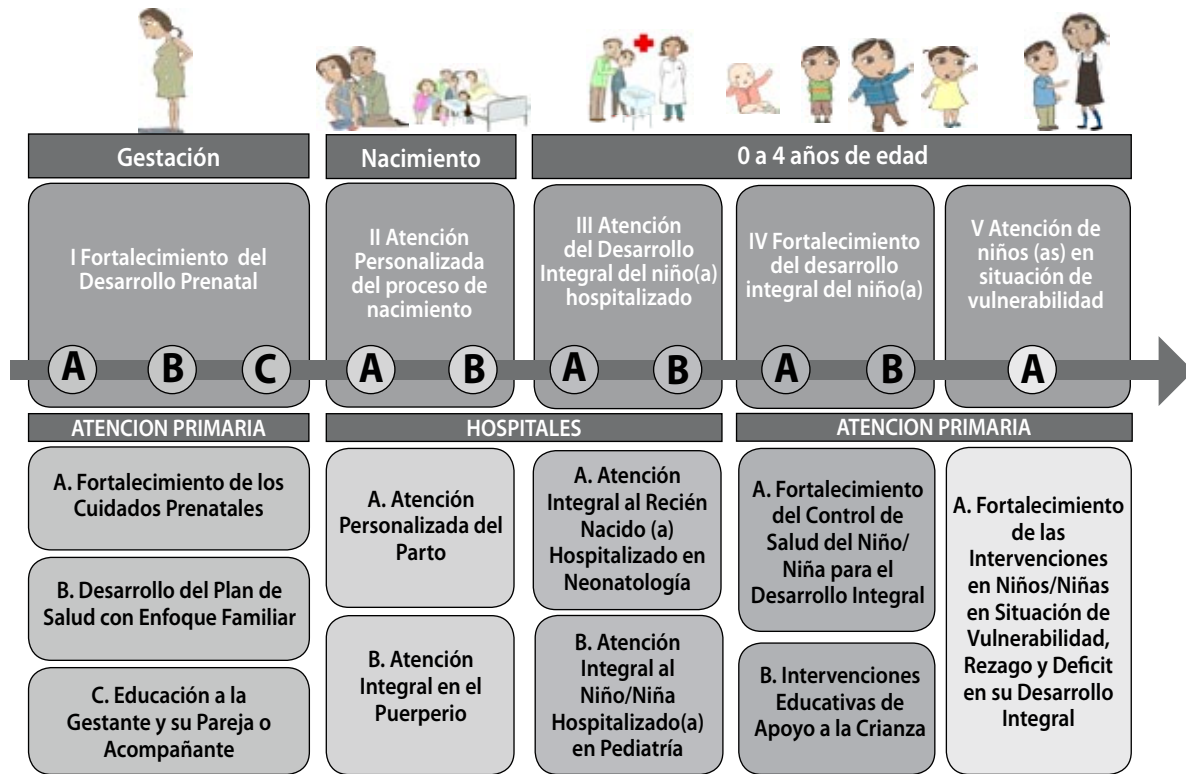


Red Comunal Chile Crece Contigo

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

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)¹ (fig. 2) o componente de salud del sistema, pone al servicio de las redes de salud, los estándares para una atención integral de los niños, niñas, sus familias y comunidades, con el objeto de alcanzar el máximo potencial de desarrollo. El conjunto de prestaciones que ofrece el programa se fundamenta en la mejor evidencia científica internacional, la experiencia de los equipos de salud de todo el país y en las recomendaciones generales para el desarrollo en lo local del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo.

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



Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

El PADBP integra la atención de salud desde el nivel primario al terciario mediante intervenciones psicosociales entrelazadas y formando parte de la RED DE PROTECCION a favor de la primera infancia, basada en la gestión local y que asume al desarrollo infantil temprano como el resultado de las múltiples dimensiones en las que crece y se desarrollan los niños, niñas y sus familias.

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

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

Vigilancia en Salud Pública

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

El Decreto Supremo N° 158, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria, establece en su artículo 6º, que en el caso de los establecimientos de salud, la responsabilidad de la notificación recae en su Director. Sin embargo, esta función puede ser asumida por otro funcionario designado por él, a quien nuestro Modelo de Vigilancia en Salud Pública elaborado en 1999, lo denomina como Delegado de Epidemiología en la red de establecimientos de salud. Esta figura y sus funciones están establecidas en la Norma Técnica N° 55 sobre “Vigilancia de Enfermedades Transmisibles”².

Con la promulgación del Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005³, se establece la incorporación de los “Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional” (ESPII), los que suponen riesgo de propagación internacional, como lo es una potencial pandemia de influenza u otro evento. En el Nivel Local, para cumplir con este requerimiento, se requiere la detección oportuna de eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, comunicar de inmediato toda la información esencial disponible y aplicar acciones de control, funciones que debe asumir el Delegado de Epidemiología en cada uno de los establecimientos de salud, en coordinación con la Autoridad Sanitaria Regional.

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

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

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

Las funciones específicas del Delegado de Epidemiología a Nivel Local, profesional que será el vínculo oficial de comunicación entre el establecimiento y la SEREMI de Salud, serán las siguientes⁴ :

Enviar los Boletines de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) en forma diaria o semanal y los formularios de notificación inmediata a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud. En aquellas regiones donde se está desarrollando el proyecto SIVEP⁵, deberá además, ingresar las notificaciones en dicho software.

Integrar y validar la información generada en su establecimiento.

Supervisar la calidad de la información proveniente del personal asistencial y del laboratorio de su establecimiento.

Informar de situaciones anormales en los establecimientos.

Ejecutar acciones iniciales de investigación y bloqueo epidemiológico en enfermedades bajo vigilancia⁶ correspondiente al área de su jurisdicción, en especial en zonas extremas.

Colaborar con el nivel regional en la investigación y control de brotes, correspondiente al área de su jurisdicción.

Colaborar en las acciones necesarias que permitan el funcionamiento del establecimiento como centros centinela u otros, incluyendo la notificación semanal de casos y la supervisión de la toma de muestras biológicas, cuando así lo determine el Nivel Regional o Central.

Realizar actividades conjuntas con el equipo de Epidemiología y Acción Sanitaria Regional para el cumplimiento de los objetivos de la vigilancia correspondiente al área de su jurisdicción.

Detectar oportunamente eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, comunicando de inmediato a la Autoridad Sanitaria Regional toda la información esencial disponible.

Difundir al equipo de salud del establecimiento, boletines, normativas, alertas e informes generados en el ámbito de la vigilancia en salud pública en el nivel regional y nacional.

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

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

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

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

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

Marco jurídico general vigente sector salud

a. Definición:

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

b. Marco Global de las Políticas de Salud

El marco global respecto a la salud está dado por la Constitución Política de la República de Chile del año 2005, la cual explicita en su artículo "9º. □ El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;"

c. Marco específico de las Políticas de Salud

Las normas fundamentales que regulan el sector salud son:

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

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

La colección ordenada de reglas o preceptos, procurada por la autoridad sanitaria para la ejecución del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1, está dada por los siguientes Reglamentos:

- ❑ **Reglamento del Ministerio de Salud**, Decreto Nº 136/04 Publicado Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación Decreto Nº 67/08. Define la naturaleza y alcance del MINSAL, sus funciones, la organización y atribuciones. Asimismo, indica respecto a las Secretarías regionales Ministeriales de Salud, su naturaleza jurídica y objeto, sus funciones y organización.
- ❑ **Reglamento de los Servicios de Salud**, Decreto Nº 140 de 2004, publicado en Diario Oficial de 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O.. 21.10.06. Define naturaleza y alcance de los mismos, su organización, estructura y funciones. Asimismo, indica roles y funciones en relación a la Atención Primaria de Salud; incorpora disposiciones sobre gestión financiera y acciones referidas a los establecimientos de salud.
- ❑ **Ley 19.378, de 1995**, Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y Decreto Nº 2296 de 1995, del Ministerio de Salud, Reglamento General de la Ley Nº 19.378. Modificación Decreto Nº 47/07 del MINSAL.

Respecto a la Atención Primaria de Salud Municipal:

Fija el Rol del MINSAL y de los Servicios de Salud respecto de los aspectos normativos, de seguimiento y evaluación del financiamiento de la cartera de oferta programática y de cumplimiento de metas (Arts. 49, 58, 59 y 60).

Art. 49: Financiamiento fiscal y condiciones para fijarlo y ajustarlo (incremento o reliquidación según sea el caso). El financiamiento dependerá de la población potencialmente beneficiaria, características socioeconómicas y epidemiológicas de la población, características territoriales (ruralidad y dificultades de acceso), incluyéndose la oferta programada y la efectivamente realizada.

Art. 56: Establece la obligación de los establecimientos de dar cumplimiento a las normas, técnicas, planes y programas que el Ministerio imparta en diferentes materias atingentes,

También fija la responsabilidad de las entidades administradoras de establecer la estructura organizacional de sus establecimientos de APS y de la propia unidad encargada de salud, basándose en el Plan Comunal y el Modelo de Atención definido por el Ministerio

Art. 58: Establece la generación de Programa Anual de Salud aprobado por el Concejo Municipal y revisado por el respectivo Servicio de Salud para determinar si se ajusta a Orientaciones enviadas por MINSAL (a más tardar el 10 de septiembre del año previo a su ejecución). Observaciones tienen que ser aprobadas o rechazadas por el Concejo Municipal. Se fijan además las condiciones de resolución de discrepancias.

Art. 60: Los Servicios de Salud deben supervisar el cumplimiento de las normas técnicas que deben aplicarse a los establecimientos municipales de atención primaria y del programa de salud municipal

d. Marco específico de las Políticas de Salud

- ❑ Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles, Decreto Supremo N°158 de 2004, del MINSAL.
- ❑ Decreto N° 44/07, modificado por Dto. 69/07, Normas del MINSAL que aprueban las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- ❑ Resolución exenta N° 60 de 2007, del MINSAL, Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966, modificada por resolución exenta N° 296 de 2007, Ministerio de Salud.
- ❑ Resolución Exenta N° 1167 de 1994, del MINSAL, Aprueba Norma General Técnica N° 3 Sobre Regulación del Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica de los Servicios de Salud Para la Atención Primaria

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

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

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

Metodología de la planificación y programación

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

4 A

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL
SUBDEPARTAMENTO APS
ENF/AOG

PROTOCOLO PARA LA FORMULACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL CONTENIDOS DEL PLAN DE SALUD COMUNAL

1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION COMUNAL
2. PLAN DE ACCION DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION
3. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES
4. DOTACION PERSONAL
5. PLAN DE CAPACITACION

1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION COMUNAL

- El Diagnóstico de salud de tipo participativo es una metodología de identificación de problemas y situación de salud de una comunidad, ejecutada a través de un trabajo conjunto con la comunidad organizada y sus líderes.
- En la etapa propiamente diagnóstica, incluye los siguientes elementos:
 - Identificación, análisis y priorización de problemas
 - Selección de intervenciones
 - Evaluación de resultados e impacto, también en conjunto con las organizaciones comunitarias.
 - Se espera que esta tarea sea de tipo sistemática en el trabajo con la comunidad, manera de no llevar a cabo procesos sin etapas claras, con riesgo de frustración tanto de parte del equipo como de la comunidad.
 - La frecuencia de actualización de diagnósticos dependerá de lo cambiante de la realidad y de la necesidad de nuevos datos, en todo caso es importante que la recopilación de datos no se transforme en un proceso tedioso, sino que tenga claramente estipulada la información que se requiere para un trabajo productivo.
- En relación a los elementos que caracterizan a la población, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile orienta a desarrollar 5 puntos, en los cuales es preciso utilizar fuentes técnicas (registros de salud) y fuentes comunitarias.

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

2 Descripción de factores condicionantes	
Población: Volumen Estructura según grupos etarios y género (susceptibilidad) Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)	Medio Cultural: Desarrollo Económico, Educación, Vivienda y Saneamiento, Alimentación, Transporte y Comunicaciones, Consumo y Ahorro, Recreación, Trabajo, Vestuario, Seguridad Social, Libertades Humanas Características Culturales, Etnia, Desarrollo comunitario, etc.
Medio Natural: Clima - Naturaleza - Situación Geográfica	Sector Salud: Política de Salud Organización de la red asistencial, identificar los flujos de derivación, etc. Recursos Materiales, Financieros, Humanos
3 Explicación:	
Se trata de ver de qué manera los factores condicionantes influyen en la situación de salud de una comunidad. Se realiza análisis de la magnitud de los factores condicionantes y se evalúa la consecuencia o responsabilidad del Sector Salud en el nivel de salud.	
4 Apreciación:	
Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo Normativo (metas nacionales, regionales, del Servicio de Salud y locales).	
5 Pronóstico:	
Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.	

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

2. PLAN DE ACCION DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION

- De acuerdo al diagnóstico de salud, se procede a la priorización los problemas de salud y a la formulación del plan de acción recogiendo la visión del equipo y los contenidos del diagnóstico participativo y las propuestas de solución realizadas por la comunidad local.
- El plan de Acción debe contener los siguientes elementos. señalados en el Formato :

PLAN DE ACCION

- COMUNA:.....
- ESTABLECIMIENTO:.....

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación

3. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

- ❑ Utilizar Plantilla programática (Instrumento de programación de Actividades que contiene cartera de prestaciones)
- ❑ Respecto a la Atención Primaria, los Productos de la Programación esperados en la Red son los siguientes:
- ❑ **Estimación de cuidados primarios:**
 - Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de patología crónica por grupo de edad.
 - Estimación de controles de salud y de crónicos según concentraciones y rendimientos.
 - Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud
 - Estimación del PNI
 - Estimación del PNAC Y PACAM
 - Estimación de procedimientos
 - Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad
- ❑ **Estimación de recursos necesarios:**
 - Horas técnico-profesionales para cuidados primarios
- ❑ **Oferta de recursos**
 - Oferta de horas técnico-profesional para cuidados primarios
- ❑ **Brechas de Recursos**
 - Brecha de horas técnico-profesional para cuidados primarios

4. DOTACION PERSONAL:

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

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

5- PLAN DE CAPACITACION :

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

PROGRAMA CAPACITACION 2010 SERVICIO DE SALUD														
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO			
			Profesionales Ley Médica	Otros Profesionales	Técnicos Nivel Superior)	Técnicos de Salud	Administrativos Salud	Auxiliares servicios Salud	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO
TOTALES														

4B

PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMATICO AÑO 2009"

ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
1 IMPLEMENTACION ORIENTACIONES PROGRAMATICAS 2010	1.Implementar proceso programático de la red asistencial año 2010	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las comunas recepcionan las O. Programáticas año 2010 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanzamiento de las Orientaciones Programáticas por el MINSAL en videoconferencia 2. Recepción de O. P desde el Minsal. 3. Envío de las O. P al Nivel local, incluyendo las orientaciones específicas de los Programas del ciclo vital y transversales. 4. Planificación Ejecución y Evaluación del Taller de Programación año 2009. 4- Reuniones de trabajo de Microrredes territoriales (programación en red) 5- Presentación programación en Red en el CIRA 	<ul style="list-style-type: none"> • N° comunas que recepcionan las O.P año 2010/ N° total de comunas • Taller realizado Si/No • Existencia de documento programación en red por microrredes Si/No 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección SS • Jefa de Programas y APS • Encargado de Programas Ciclo vital y transversales • Equipo de Programas -APS • Subdirección Gestión asistencial /Equipo de Programas -APS

ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
2 APOYO Y ASESORIA A EQUIPOS DE SALUD ESTABLECIMIENTOS APS Y HMC	2.Facilitar el proceso programático de los equipos de salud de la red asistencial año 2010	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de los PSC recepcionados al 30 de noviembre del 2009 • 100% de la Programación por establecimientos de Salud recepcionados al 30 de diciembre del 2009 • 100% de los PSC revisados y con informe técnico enviado a los Alcaldes 	1. Control y monitoreo de la recepción de Planes y programación de actividades por área jurisdiccional	<ul style="list-style-type: none"> • N° de comunas con PSC recepcionados al 30 de noviembre del 2009/ N° total de comunas • N° de establecimientos de APS con Programación de Actividades recepcionados al 30 de diciembre del 2009/ N° total de establecimientos de APS • N° de comunas con PSC revisados y con Informes técnicos enviados a Alcaldes al 10 de diciembre del 2009/ N° total de comunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Encargado de Programas de ciclo vital y transversales

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2010

ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
3 MONITOREO Y CONTROL	<p>3. Acompañar durante el proceso de ejecución del Plan de Acción a los Equipos de Salud de la red asistencial que lo requieran.</p> <p>4. Mantener monitoreo y control permanente de indicadores trazadores que den cuenta de los procesos planificados en la red asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de los indicadores trazadores monitoreados y controlados mensualmente 	<p>1. Diseñar Pauta de Control y monitoreo del proceso</p> <p>2. Definir indicadores trazadores a monitorear año 2010 Metas sanitarias, IAAPS, metas de convenios.</p> <p>3. Solicitar al Subdepartamento de Control de la Gestión la información de los indicadores trazadores</p> <p>4. Visitas de apoyo y asesoría a los Equipos de Salud que lo requieran (a solicitud y/o comportamiento de indicadores trazadores definidos por el SSVQ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de documento Pauta de Control y Monitoreo Si/No • Indicadores definidos Si / No • Indicadores trazadores monitoreados y controlados mensualmente Si/NO • N° de visitas realizadas/N° Visitas programadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de Programas ñAPS • Equipo de Programas ñAPS • Jefatura Programas-APS • Equipo de Programas -APS
4 EVALUACION	<p>5-. Evaluar el proceso programático año 2010 de los establecimientos de la red asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las comunas y/o establecimientos con evaluación trimestral del Plan de Acción anual. 	<p>1. Reuniones de Evaluación por área jurisdiccional</p>	<p>N° de reuniones realizadas/N° visitas programadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Programas/ Aps

4C

INFORME TECNICO PLAN DE SALUD COMUNAL Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES AÑO 2010

I. IDENTIFICACIÓN:

- COMUNA:

II. FECHAS:

- RECEPCION DEL PSC:.....
- RECEPCION PROGRAMACION DE ACTIVIDADES:.....
- FECHA REVISION POR SSVQ:
- ESTABLECIMIENTOS DE LA COMUNA CON PROGRAMACION DE ACTIVIDADES (Consultorios - PSR)
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.
 11.
 12.
 13.
 14.

III. ANALISIS PLAN DE SALUD COMUNAL AÑO 2010

Aspectos evaluados:

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

IV-. PLANTILLA DE PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES

Aspectos evaluados:

A-. Formulación de actividades por establecimiento

B-. La programación de actividades incluye las estipuladas por el PSF2

(Prestaciones preventivas, de promoción, de diagnóstico y de tratamiento)

C-. Incorpora la programación de procedimientos clínicos

D-. Incluye la estimación de Interconsultas a especialidades médicas

E-.Incluye actividades administrativas

F-. Establece brechas de recurso humano

V. CONCLUSION:

A. Plan de Salud Comunal (cumple o no cumple los requerimientos técnicos)

B. Plantilla de programación de prestaciones (se ajusta o no se ajusta al PSF2)

VI. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.

VII RESPONSABLE ELABORACION INFORME:.....

4D

PLANTILLA DE REVISION DE PLAN DE SALUD COMUNAL

• COMUNA:

ASPECTOS DEL PLAN DE SALUD	PRESENTES			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
	SI	NO	PARCIAL	
1. DIAGNOSTICO DE SITUACION COMUNAL				
1.2. DESCRIPCION DE LOS FACTORES CONDICIONANTES				
• POBLACIÓN :				
• Volumen				
• Estructura según grupos etáreos				
• Distribución geográfica (ruralidad , dispersión)				
• MEDIO NATURAL:				
• Clima				
• Naturaleza				
• Situación geográfica				
• MEDIO CULTURAL:				
• Desarrollo Económico				
• Educación				
• Vivienda				
• Saneamiento básico				
• Alimentación				
• Transporte y comunicaciones				
• Recreación				
• Trabajo				
• Seguridad Social				
• Etnia				
• SECTOR SALUD :				
• Política de salud				
• Evaluación plan de salud comunal año anterior				
• Organización de la red asistencial				
• Capacidad resolutive y sistemas de derivación(describe red de servicios, sistema y flujograma de referencia y contrarreferencia, puntos críticos ,tiempo de espera de I, consultas)				
• Recursos - materiales				
- financieros				
- humanos				
1.3. DIAGNOSTICO COMUNAL PARTICIPATIVO Y ACTUALIZADO (Define: Sectores participantes en el diagnóstico, metodología)				

ASPECTOS DEL PLAN DE SALUD	PRESENTES			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
	SI	NO	PARCIAL	
2. FORMULACION DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL				
1.1. ANALIZA LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES CONDICIONANTES EN LA SITUACIÓN DE SALUD (magnitud de los factores, responsabilidad del sector salud)				
1.2. COMPARA LA SITUACIÓN DE SALUD COMUNAL CON RELACIÓN AL MODELO NORMATIVO (metas nacionales, regionales ,Servicio de Salud y locales)				
1.3. PLANTEA EL ESCENARIO DE SALUD MAS PROBABLE PARA EL FUTURO (según las tendencias y cambios previsibles en los factores condicionantes)				
1.4. FORMULA EL PLAN DE CAPACITACION				
3. PLAN DE ACCIÓN CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION				
3.1 PRIORIZA LOS PROBLEMAS DE SALUD DE ACUERDO A: § LAS ORIENTACIONES PROGRAMÁTICAS AÑO 2005				
§ DIAGNÓSTICO LOCAL				
3.2 DEFINE OBJETIVOS: § MEDIBLES				
§ INHERENTES A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADO				
3.3 FORMULA METAS: § PRIORITARIAS PARA LA CUMUNA				
§ BASADAS EN EL DIAGNÓSTICO LOCAL				
§ SIGUEN ORIENTACIONES TÉCNICO PROGRAMÁTICAS				
3.4 DEFINE INDICADORES DE: § ESTRUCTURA				
§ PROCESO				
§ RESULTADO				

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2010

ASPECTOS DEL PLAN DE SALUD	PRESENTES			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
	SI	NO	PARCIAL	
PLAN DE ACCIÓN CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION				
3.5. DEFINE PUNTOS CRÍTICOS: (en la definición de puntos críticos, interesa la identificación, desde la perspectiva local, de aquellas amenazas y debilidades factibles de ser abordadas por las estrategias elegidas, así como las oportunidades y fortalezas posibles de considerar en la planificación)				
3.6. CONTEMPLA ESTRATEGIAS ORIENTADAS A : <ul style="list-style-type: none"> • PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS COMO RESPUESTA AL DIAGNOSTICO LOCAL 				
<ul style="list-style-type: none"> • TRABAJO INTERDISCIPLINARIO 				
<ul style="list-style-type: none"> • PARTICIPACION SOCIAL (intersector, Consejos Locales de Salud, Organizaciones comunitarias, Presupuestos Participativos, Cuentas Públicas, Medición de Satisfacción Usuaría, Gestión de Solicitudes Ciudadanas, Cartas de Derechos, otras) 				
<ul style="list-style-type: none"> • MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO 				
<ul style="list-style-type: none"> • CALIDAD TÉCNICA, EFICACIA ,EFICIENCIA ,SATISFACCIÓN USUARIA 				
7.7. DETERMINA ACTIVIDADES FRENTE A CADA PROBLEMA PRIORIZADO CONSIDERANDO: 7.8				
<ul style="list-style-type: none"> • ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 				
<ul style="list-style-type: none"> • ACCIONES DE CARÁCTER INTERSECTORIAL EN PROMOCION Y PREVENCIÓN(acciones en redes, Comité Vida Chile o Consejo Comunal de Salud, acciones coordinadas con el sector educación u otros sectores) 				
<ul style="list-style-type: none"> • ACCIONES CURATIVAS 				
<ul style="list-style-type: none"> • ACCIONES REHABILITACIÓN 				
<ul style="list-style-type: none"> • ACCIONES CUIDADOS PALIATIVOS 				
<ul style="list-style-type: none"> • ACCIONES DE REINSERCIÓN EN LA SOCIEDAD 				
<ul style="list-style-type: none"> • ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: 				
<ul style="list-style-type: none"> • REUNIONES CLÍNICAS 				
<ul style="list-style-type: none"> • CONSEJOS TÉCNICOS /ADMINISTRATIVOS 				
<ul style="list-style-type: none"> • COORDINACIÓN INTERNIVELES 				
<ul style="list-style-type: none"> • COORDINACIÓN INTERSECTORIAL 				
<ul style="list-style-type: none"> • OTRAS 				
3.8. RECURSO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> • DEFINE RECURSO HUMANO POR ACTIVIDAD 				
3.9. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD: FIJA CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN DE ACCIÓN (PERIODICIDAD)				

4. CONCLUSIONES :

11-. EQUIPO RESPONSABLE DE LA REVISIÓN :

4E

Preguntas frecuentes para la Planificación y Programación de la Atención de Salud

A.- GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE LAS APS

¿Qué elementos nuevos introduce el Estatuto en la Gestión y coordinación de la Atención Primaria?

El Estatuto de Atención Primaria en esta área introduce importantes innovaciones, orientadas a mejorar la coordinación existente entre los administradores locales y los Servicios de Salud, posibilitando profundizar el proceso de descentralización.

1. Establece la posibilidad de firmar convenios intercomunales para la administración conjunta de establecimientos entre distintas municipalidades.
2. Regula las formas que tendrá el apoyo por parte del Servicio a la gestión y administración de salud local.
3. Determina la formulación anual de un Programa de Salud Municipal.
4. Establece la conformación de <<comisiones técnicas de salud intercomunal>>
5. Contempla la posibilidad de que los establecimientos extiendan la atención de salud a otras prestaciones, a costo municipal o mediante cobro al usuario

B.- COMISIONES TÉCNICAS DE LA SALUD COMUNAL.

¿QUÉ FORMAS TENDRÁ LA COORDINACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE SALUD Y LOS MUNICIPIOS QUE ADMINISTRAN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

1. Por una parte, esta coordinación operará a través de las comisiones técnicas de salud intercomunal, que tendrán carácter asesor, y por otra, a través de la suscripción de convenios específicos de apoyo. Dichas comisiones se constituirán en cada jurisdicción de los Servicios de Salud, para apoyar técnicamente la formulación de los programas de salud, los procesos de evaluación, preparación de convenios intercomunales, alternativas de capacitación y perfeccionamiento del personal, y diseño de proyectos de inversión.
2. Se establece que los Servicios de Salud podrán apoyar la gestión y administración de salud de las municipalidades, a través del establecimiento de convenios para traspaso de personal y otros recursos; además, a través de la promoción del establecimiento de sistemas locales de salud basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.
3. El Estatuto resalta el rol de supervisión y colaboración técnica de los Servicios, no de competidores con los municipios. Una manera de interpretar el cambio que se producirá a través de la implementación del Estatuto es pasar de monopolios o contiendas de competencias a las competencias concurrentes, creando así una <<cultura de la concertación institucional>> entre Servicios de Salud y Municipios.

C.- CONVENIOS INTERCOMUNALES

¿CON QUÉ FIN SE ESTABLECEN LOS CONVENIOS DE ADMINISTRACIÓN CONJUNTA?

De acuerdo a la Ley Orgánica constitucional de Municipalidades, los municipios podrán constituir asociaciones entre sí para los efectos de solucionar problemas que les sean comunes o lograr el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. El Estatuto, acogiendo esta idea, determina que los municipios podrán establecer convenios entre sí para la administración conjunta de establecimientos de atención primaria.

D.- PROGRAMA DE SALUD MUNICIPAL

La Ley establece la formulación de un Programa de Salud Municipal, éste será un elemento a través del cual se avanzará en la elaboración de Planes de Salud comunal, en la perspectiva de lograr introducir la Salud en el desarrollo local. Es así que el programa de Salud Municipal, se debiera convertir en un plan operativo anual el que se desprenderá del Plan Comunal Municipal (Planificación Estrategia a más largo plazo).

¿Qué es el Programa de Salud Municipal?

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

¿Qué elementos debe contener el Programa de Salud Municipal?

Este programa deberá contener, a lo menos, los siguientes aspectos:

1. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades por los Servicios de Salud y niveles locales respectivos.
2. Diagnóstico comunal participativo salud actualizado.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
4. El escenario más probable para la salud comunal en el periodo a programar.
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad a la intervención e importancia social.
6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa y acciones curativas.
7. Asimismo, el programa de salud municipal deberá considerar un programa de capacitación del personal, que emane de las necesidades de los establecimientos.
8. Indicadores de cumplimiento y resultado de metas programadas (compromisos de gestión).

¿Cómo debe ser elaborado el Programa de Salud Municipal?

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

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

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

E.- DOTACIÓN

¿Qué elementos deben considerarse para fijar la dotación de EASM?

Uno de los aspectos innovadores de este estatuto es que las dotaciones se fijan en horas semanales, de acuerdo a las necesidades para desarrollar el Programa de Salud Municipal, sean éstas asistenciales, administrativas o de apoyo. La determinación de la dotación debe considerar los siguientes aspectos:

- a) La población Beneficiaria
- b) Las características epidemiológicas de la población referida en la letra anterior.
- c) Las normas técnicas que sobre los Programa imparta el Ministerio de Salud.
- d) El número y tipo de establecimiento de atención primaria a cargo de la entidad administradora.
- e) La disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

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

¿Cuándo debe la Entidad Administradora fijar la dotación?

A más tardar el 30 de septiembre de cada año.

¿Cuál es el proceso de aprobación de la dotación?

La Entidad Administradora propondrá al Servicio de Salud respectivo la dotación fijada, dentro de los 10 primeros días del mes de octubre de cada año. El Servicio de Salud tendrá 10 días, a contar de su recepción, para hacerle observaciones mediante resolución fundada. En ningún caso estas observaciones podrán llevar a un aumento del total de horas fijadas en la propuesta inicial.

¿Qué sucede si no hay acuerdo?

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

4F

Glosario de Planificación y Programación de la Atención de Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PLAN DE SALUD: Documento escrito en el cual se presentan en forma ordenada los diferentes tipos de actividades, sus cantidades y características (o atributos). Por ejemplo: consultas, hospitalizaciones, sesiones educativas, inspecciones, etc., a ser entregadas a una población determinada y de los recursos necesarios para su ejecución. Se formula sobre la base de un diagnóstico explícito de la población, sus características, situación

de salud y de atención de salud, así como de un análisis de los problemas de salud, sus factores condicionantes y las intervenciones posibles. Explicita los métodos a usar y sus fundamentos. Se acompaña del presupuesto correspondiente. Contiene asimismo un diseño de las evaluaciones a realizar.

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

Programación hospitalaria: atención cerrada y ambulatoria de especialidad

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

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

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

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

La Red de salud en el modelo sanitario chileno tiene sentido, pues las personas resuelven problemas de salud de diferentes complejidades en diferentes establecimientos; así un mismo proceso clínico por una enfermedad cualquiera tiene etapas que se desarrollan en el centro de salud familiar y etapas en que el paciente es derivado a especialidad, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizado. El proceso clínico es, entonces la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos o redes que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. En los procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etáreo, programa de salud o patología también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. Lo central siempre será la voluntad de llevar a cabo procesos completos, que culminen en un alta o estabilización y control de un paciente, usando al máximo los recursos para reducir brechas.⁷ El propósito de la programación hospitalaria, es implementar las soluciones que la red asistencial requiere para dar cumplimiento a las exigencias de manera planificada. El proceso de Programación, requiere de la participación de todas las personas y establecimientos involucrados en las acciones de atención, de un análisis y toma de decisiones en conjunto basado en la demanda y oferta de servicios. Este proceso es de especial relevancia en este momento en que a partir del 1° de Enero de 2009, los hospitales definidos como de mayor complejidad en el país serán Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), por el ministerio de la Ley.

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

- ❑ Revisar y validar los mecanismos de coordinación del proceso de referencia contrarreferencia entre la atención cerrada y ambulatoria
- ❑ Difundir las Guías Clínicas, levantar flujogramas y redes locales, cerrar brechas de recursos, mejorar el registro de la información y dimensionar la demanda más compleja a las macroredes, a objeto de asegurar el adecuado cumplimiento de la atención en las garantías explícitas y en el régimen general de garantías.
- ❑ Mejorar la gestión de la demanda de atención especializada, procurando una oportuna y fluida información entre establecimientos. Se requiere que la solicitud de atención sea oportuna y completa, tanto para los problemas de las garantías explícitas y en el régimen general de garantías y de la implementación de mecanismos como la asignación de responsables de la regulación en red de la demanda (priorización, tamizaje, normas de derivación, orientación, etc.), que permitan adecuar la entrega de cupos oportunamente.
- ❑ La información sobre el origen de la demanda, así como la demanda por establecimiento y por especialidad, y la tendencia creciente o decreciente de las listas de espera se constituyen en un gran valor para la programación, tanto en el corto como en el mediano plazo.
- ❑ Avanzar en la ambulatorización de la atención, lo que implica favorecer el estudio de pacientes en forma ambulatoria, incrementando la proporción de horas médicas asignadas a esta atención e incrementar la proporción de cirugías mayores resueltas en forma ambulatoria.
- ❑ Mejorar la gestión de camas, avanzando en la implementación del sistema de atención progresiva, organizando las camas en unidades según complejidad e intensidad de los cuidados (riesgo-dependencia del paciente), predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad. Con este objeto se utiliza la categorización de pacientes por riesgo dependencia.
- ❑ Asegurar a los pacientes hospitalizados un profesional de cabecera que coordine la atención e información para el paciente, sus familiares y el equipo de salud de atención primaria. Esta es una medida que mejora la calidad y eficiencia de la atención.
- ❑ Consolidar las estrategias de atención de urgencia: Conformación de la red local de urgencia en cada Servicio de Salud que se coordina planificadamente; Priorización de la atención en las UEH a través de la categorización de los consultantes; Orientación a los beneficiarios policonsultantes y consultantes habituales de las UEH a inscribirse y recurrir a los consultorios de APS para una atención integral.

ORIENTACION A RESULTADOS EN ATENCIÓN CERRADA

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

- ❑ % de personas en lista de espera por mas de 120 días
- ❑ % de garantías explícitas cumplidas en el establecimiento
- ❑ % de cesáreas
- ❑ Indicadores de infecciones intrahospitalarias

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

ETAPAS DEL PROCESO DE PROGRAMACION

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

1. De conocimiento del contexto que incluye:

- Dar a conocer a los equipos clínicos los objetivos y orientaciones 2010 como Red Asistencial.
- Socializar con los clínicos de atención cerrada el diagnóstico de salud del área territorial atendida.
- Definir la cartera de servicios (prestaciones) que realiza cada una de las unidades o centros de responsabilidad.
- Precisar los problemas de salud bajo el régimen de garantías explícitas y garantías generales (prestaciones valoradas) que corresponderá atender a cada unidad o centro de responsabilidad.
- Revisar y evaluar la producción de actividades o prestaciones del año precedente en cantidad y calidad, por cada unidad, así como las brechas de atención, expresadas en las listas de espera correspondientes

2. Estimación de la demanda de atención 2010, según origen

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

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

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

2.1. Cálculo de actividades o prestaciones

Son necesarias para la satisfacción de la demanda expresada (demanda potencial o corregida de prestaciones). Para resolver a demanda de atención cada centro de responsabilidad o unidad identifica tipo y número de actividades posibles de realizar, contrasta con la demanda expresada a objeto de determinar la brecha existente.

2.2. Los coeficientes técnicos

Son la expresión de la proporcionalidad con que se combinan las actividades para la resolución de una demanda de atención. Esta proporcionalidad o concentración de actividades se puede estimar de lo observado, tomando la proporcionalidad que se observe en los periodos precedentes (por ejemplo, por cada caso que accede al consultorio de especialidades, se producen en promedio “n” consultas, “n” procedimientos, “n” cirugías

ambulatorias). No obstante los coeficientes así obtenidos deben ser analizados críticamente. En el caso de los problemas de salud AUGÉ y aquellos que tienen guías clínicas, las actividades a realizar por problema de salud, en cuanto a cantidad y calidad están definidas en dichas guías.

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

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

2.3. Cálculo de Recursos Necesarios

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

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

Una parte importante del cálculo de recursos, es el cálculo de los recursos financieros para bienes y servicios (costo de los fármacos y otros insumos que varían en dependencia del volumen de prestaciones a realizar). En el caso de los problemas de salud priorizados (GES) y sus correspondientes actividades protocolizadas, es necesario hacer la estimación de recursos, teniendo en consideración que ellos se comporten en la resolución de problemas con garantías explícitas y régimen general de garantías.

2.4. Determinación de la oferta de recursos

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

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

2.5. Balance Recursos y Determinación de Brechas

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

2.6. Análisis de las Brechas

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

2.7. Formulación del programa y presupuesto anual por establecimiento

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

2.8. Implementación de la programación anual

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

2.9. Evaluación de la Programación Anual

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

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

Intervenciones Sugeridas para el Ajuste de la Programación

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

Intervenciones sobre la oferta	Intervenciones sobre la demanda
<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la estrategia de intervención • Cambiar la composición del instrumento o delegar en otro recurso • Modificar los rendimientos • Trasladar o reconvertir recursos dentro de la red • Aumentar los recursos a expensas de un incremento de presupuesto • Asociarse a otra red para derivar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la pertinencia de la demanda • Focalizar por riesgo • Disminuir concentración de actividades • Utilizar métodos de tamizaje, selección u orientación de la demanda • Capacitación gestionada

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

Es conveniente evaluar el cumplimiento de metas a mediados de año para introducir las modificaciones necesarias e iniciar la preparación del siguiente periodo de programación, teniendo en cuenta que el Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de Diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la Ley.

ANEXO 6**CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA****6A****SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS Y FAMILIA****Área Estratégica: Promoción de la Salud Infantil, con énfasis en la salud mental**

Objetivo específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuentes del indicador
Promover la salud y el desarrollo integral de niños y niñas que asisten a salas cunas y jardines infantiles comunitarias, de JUNJI e Integra correspondientes al territorio del Centro de Salud	Realizar catastro y al menos una reunión con profesionales de cada establecimiento de cuidado infantil del territorio	Realizar al menos una reunión con profesionales del 50% de los establecimientos de cuidado infantil	Nº de establecimiento de cuidado infantil contactados / Nº Total de establecimiento de cuidado infantil del territorio X 100	Registro local
Aumentar el número de niños y niñas menores de tres años inscritos cuyos padres y/o cuidadores, asisten a Taller ¡Nadie es perfecto! o ¡Taller de autocuidado: estimulación y normas de crianza!	Taller ¡Nadie es Perfecto! ¡Taller de autocuidado: estimulación y normas de crianza!	Aumentar en un 15% el número de niñas y niños inscritos cuyos padres o cuidadores asisten al menos a tres sesiones del Taller ¡Nadie es Perfecto! o del ¡Taller de autocuidado: estimulación y normas de crianza!	Nº de padres y/o cuidadores de niños y niñas bajo control de 0 a 3 años que asisten a lo menos a tres sesiones de Taller / Nº total de padres y/o cuidadores de niños o niñas inscritos de 0 a 3 años de edad x 100 =	REM 27

Área Estratégica: Control de salud de niños y niñas para el logro del desarrollo integral con énfasis en Estimulación Temprana

Objetivo específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuentes del indicador
Aumentar la cobertura de niños/as que acceden a control de salud en las edades establecidas (Meta Cobertura DSM?: 90%)	Control de Salud en las edades establecidas	100% de los niños/as tienen su control de salud a los 2 años y seis meses de edad.	N° de niños de 2 años y seis meses de edad controlados / N° Total de niños de 2 años a 2 años y 11 meses bajo control x 100	REM 02 REM P2
		100% de los niños/as tienen su control de salud a los 4 años y seis meses de edad	N° de niños de 4 años y seis meses de edad controlados / N° Total de niños 4 años a 4 años y 11 meses bajo control x 100	
Aumentar el número de madres que recibe apoyo por presentar problema de salud mental que afecta la creación o manutención de un vínculo seguro con su hijo o hija	Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa	Al 90% de niños y niñas de 4 y 12 meses que asisten a control de salud se les aplica pauta de observación de calidad de apego on su madre/ padre o figura significativa.	N° de niños/as con control de salud a los 4 meses a quienes se aplica la pauta de observación de la calidad de apego / N° Total de niños/as de 4 meses bajo control x 100	REM 02 REM P2
			N° de niños/as con control de salud a los 12 meses a quienes se aplica la pauta de observación de la calidad de apego/N° Total de niños/as de 12 meses bajo control x 100	
	Control de salud a los 2 y a los 6 meses con aplicación de escala Edimburgo	Al 90% de las madres de niños y niñas que asisten al control de salud a los 2 y a los 6 meses de edad se les aplica escala de Edimburgo	N° de niños/as con control de salud a los 2 meses a cuyas madres se les aplica Escala de Edimburgo//Total de niños/as de 2 meses bajo control x 100	REM 02 REM P2
			N° de niños/as con control de salud a los 6 meses a cuyas madres se les aplica Escala de Edimburgo//Total de niños/as de 6 meses bajo control x 100	

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2010

Aumentar la detección de niños y niñas con rezago y déficit en su desarrollo integral	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurossensorial	100% niños/as de 1 mes con control de salud con protocolo neurossensorial aplicado	Nº de niños/as con controles de 1 mes con protocolo aplicado / Nº Total de niños y niñas de 1 mes bajo control x 100	REM 02 REM P2
	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo psicomotor.	90% niños/as de 12 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	Nº de niños/as con aplicación de pauta breve en el control de salud de los 12 meses de edad / Nº Total de niños y niñas bajo control de 12 meses de edad x 100	REM 02 REM P2
			Nº de niños/as con pauta breve alterada a los 12 meses de edad / Nº Total de niños/as con aplicación de pauta breve en el control de salud a los 12 meses de edad X 100	
	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de EEDP.	90% de niños y niñas de 18 meses de edad con aplicación EEDP en el control de salud	Nº de niños y niñas evaluados con EEDP de 18 meses de edad / Nº Total de niños y niñas bajo control de 18 meses de edad x 100 =	REM 02 REM P2
			Nº de niñas y niños evaluados con EEPD a los 18 meses con rezago / Nº total de niñas y niños evaluados con EEDP a los 18 meses X 100 =	
	Control de salud a los 3 años de edad con aplicación de TEPSI	90% de niños y niñas de 3 años de edad con aplicación TEPSI en el control de salud	Nº de niños y niñas evaluados con TEPSI a los 3 años / Nº Total de niños bajo control de 3 años de edad x 100	REM 02 REM P2
Nº de niñas y niños evaluados con TEPSI a los 3 años con rezago / Nº total de niñas y niños evaluados con TEPSI a los 3 años x 100				

Aumentar el número de niños y niñas que reciben apoyo para superar el déficit o rezago de su desarrollo (Falta IAAPS 2009: Porcentaje de niños y niñas con déficit del Desarrollo Psicomotor de 12 a 23 meses recuperados diagnosticados en el trimestre??) meta: 60%	Consulta del niño o niña con déficit en su desarrollo psicomotor	100% de los niños o niñas con déficit en su desarrollo psicomotor con derivación efectiva a consulta por déficit de desarrollo psicomotor.	Nº de niños/as con déficit en su desarrollo psicomotor detectado derivado a consulta por déficit de desarrollo psicomotor / Nº Total de niños/as con déficit en su desarrollo psicomotor detectado x 100 =	¿REM?
	Taller de intervención grupal a padres o cuidadores de niños con rezago en su desarrollo	100% de los niños y niñas con rezago con padres o cuidadores derivados efectivamente a taller	Nº de niños y niñas con rezago cuyos padres o cuidadores son derivados efectivamente a taller / Nº Total de niños y niñas con rezago x 100	Registro local
	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	100% de niños y niñas con déficit son derivados efectivamente a alguna modalidad de estimulación temprana	Nº de niños/as con déficit en su desarrollo derivados a alguna modalidad de estimulación / Nº Total de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo x 100	REM P2
	Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 6 años con déficit en su desarrollo recibe a lo menos una visita domiciliaria integral	Nº de niños/as menores de 6 años con déficit en su desarrollo que recibieron visita domiciliaria integral / Nº Total de niños/as menores de 6 años con déficit en su desarrollo x 100	REM P2
	Derivación efectiva a Talleres de Apego Seguro de las madres, padres o cuidadoras con apego inseguro con su hijo o hija, detectadas en controles de salud mediante pauta de observación	El 100% de madres padres o cuidador/a y niños o niñas con apego inseguro son invitados e incentivados a asistir taller de apego seguro.	Nº de niños/as menores de un año de edad que asisten con su madre, padre o cuidadora significativa a taller de apego seguro / Nº total de niños/as menores de un año con apego inseguro x 100	REM P2
	Derivación efectiva al GES de Depresión de las madres con sospecha de depresión post parto detectadas mediante aplicación de escala Edimburgo en los controles de salud de sus hijos/as los 2 y 6 meses de edad	El 90% de las madres con sospecha de depresión post parto son ingresadas efectivamente a GES	Nº de madres con sospecha de depresión post parto ingresadas a GES / Nº Total madres con sospecha de depresión post parto x 100	Registro GES REM 02
Aumentar el número de niños de 6 meses que son alimentados con lactancia materna exclusiva	Controles de salud hasta los 6 meses, según norma Consulta de Lactancia Materna Aplicar pauta de auto evaluación de la Inactiva de Centros de salud amigos del Niño de UNICEF	Aumentar en un 5 % el porcentaje de niños y niñas con Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses, respecto al año 2009	Nº niños de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva / Nº Total de niños de 6 meses bajo control x 100	REM P 02
Aumentar las competencias o capacidades de la familia para prevenir accidentes infantiles.	Control de salud con aplicación de Guía Anticipatoria de Accidentes	Aplicación de guía anticipatoria de accidentes infantiles al 100% de madres, padres y cuidadores de niños/as en controles de salud durante el primer año de edad.	Nº de niños/asas menores de 12 meses a cuyas madres, padre o cuidadoras se les aplica la guía anticipatoria de accidentes infantiles en los controles de salud /Nº Total de niños de 12 meses de edad bajo control x 100	Registro local

Área Estratégica: Inmunizaciones

Objetivo específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuentes del indicador
Aumentar el número de niños/as que reciben su tercera dosis de vacuna Pentavalente+Polio oral a los seis meses de edad Meta Sanitaria: 90%	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad.	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%	Nº de niños vacunados con Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad /Nº Total de niños de 6 meses de edad de la comuna correspondiente x 100	REM 13 REM 13
Aumentar el número de niños/as que reciben su primera dosis de vacuna SRP al año de edad.	Administración de la vacuna SRP a los 12 meses de edad.	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%.	Nº de niños vacunados con SRP a los 12 meses de edad con /Nº Total de niños de 12 meses de edad de la comuna correspondiente x 100	REM 13 REM 14

Área estratégica: Salud Buco Dental

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco-dentarias, por enfermera	80% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	Nº de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal / Nº Total de niños/s de 18 meses que asisten a control de salud x 100 =	REM 02 REM 09 Identificación de niños vulnerables a partir de registros de Chile Crece Contigo
	Control de salud de los 3 años y seis meses con aplicación de Pautas de evaluación buco-dentarias por nutricionista	80% de los niños/as de 3 años y seis meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal	Nº de niños/as de 3 años y seis meses que son evaluados en su salud bucal / Nº Total de niños/as de 3 años y seis meses que asisten a control de salud x 100 =	
	Atención odontológica integral a niños y niñas	30 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, beneficiarios o inscritos	Nº de niños de 2 años con alta odontológica total / Nº Total de niños/as de 2 años inscritos o beneficiarios x 100 =	
		Línea base de focalización en niños/as más vulnerables de la comuna.	Nº de niños/as de 2 años con vulnerabilidad según registro ChCC con alta odontológica total / Nº Total de niños/as de 2 años inscritos o beneficiarios con vulnerabilidad según ChCC x 100 =	
35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños y niñas de 4 años, beneficiarios o inscritos	Nº de niños/as de 4 años con alta odontológica total / Total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios x 100 =			
	Línea base de focalización en niños/as más vulnerables de la comuna	Nº de niños/as de 4 años con vulnerabilidad según ChCC con alta odontológica total / Total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios con vulnerabilidad según ChCC x 100 =		

Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 6 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años) IAAPS2009: Aumentar cobertura odontológica en menores de 20 años (6 años) meta: 70%	Atención odontológica integral según la evaluación de cada caso, de acuerdo a Guía Clínica GES	Alcanzar un 70 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, beneficiarios o inscritos	Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total / Total de niños/as de 6 años inscritos o beneficiarios con vulnerabilidad según ChCC x 100 = 100 =	REM 09
---	--	--	---	--------

Área Estratégica: Nutrición

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Detener el aumento de la tasa de obesidad en la población de niños y niñas menores de 6 años. Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control. Meta 2009: 8à9,7% Nº de niños/as menores de 6 años obesos bajo control a diciembre 2009 x 100 / Población total de niños/as menores de 6 años bajo control a dic 2009	Consulta nutricional al 5º mes de vida con refuerzo de la lactancia materna exclusiva y educar en alimentación al destete.	Cobertura de consulta nutricional del 85% de niños/as menores de un año bajo control	Nº de niños/as con consulta nutricional al quinto mes de vida / Nº Total de niños/as en control menor de un año (niños de 6 a 11 meses) x 100	REM P 02
	Consulta nutricional a los 3 años y seis meses con refuerzo de estilos de vida saludable.	Cobertura de consulta nutricional del 85% de los menores bajo control entre 3 y 4 años.	Nº de niños de 3 años y seis meses con consulta nutricional / Nº Total de niños/as de 3 a 4 años bajo control x 100 =	
	Taller para niños y niñas menores de 6 años con obesidad	Línea base de cobertura de niños/as menores de 6 años con obesidad que asiste a taller	Nº de niños/as menores de 6 años con obesidad que asiste a taller / Nº Total de niños menores de 6 años con obesidad x 100 =	

Área Estratégica: VIH/SIDA

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar el número de niños y niñas con sospecha de Sífilis al nacer que completen su estudio, seguimiento y tratamiento si corresponde, de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS ⁸	Controles de salud de recién nacidos/as y lactantes con sospecha de Sífilis al nacer con incentivo a completar el estudio, seguimiento y tratamiento (si corresponde) en el nivel secundario.	100% de los recién nacidos/as y lactantes con sospecha de sífilis congénita con madres, padres y cuidadores que son informados e incentivados para a completar el estudio, seguimiento y tratamiento (si corresponde) en el nivel secundario.	Nº de recién nacidos/as y lactantes con sospecha de sífilis congénita que completan el estudio diagnóstico / Nº Total de RN y lactantes inscritos con sospecha de sífilis congénita x 100 Nº de recién nacidos/as y lactantes diagnosticados con sífilis congénita que reciben tratamiento y seguimiento en el nivel secundario / Nº Total de recién nacidos/as lactantes diagnosticados con sífilis congénita inscritos x 100	Registro local ENO Vigilancia de la sífilis en la embarazada y congénita Auditorias de caso

8 Norma General Técnica Nº 103, , Normas de Manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual aprobada por Decreto Exento Nº 424, del 17 de Julio de 2008 del MINSAL

Área Estratégica: Salud Mental

Objetivo Específico	Actividad	Metas	Indicadores	Fuentes del Indicador
Apoyar el desarrollo biopsicosocial de niños y niñas	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a niños y niñas que presentan uno o mas factores de riesgo para su desarrollo psicosocial	El 10% de niños/as menores de 5 años inscritos o beneficiarios, que presentan al menos un factor de riesgo para su desarrollo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Nº de niños y niñas con uno o mas factores de riesgo para su desarrollo que reciben VDI / Nº de niños y niñas con uno o mas factores de riesgo para su desarrollo x 100 =	REM
	Visita domiciliaria integral a niños, niñas que presentan dos o más factores de riesgo psicosocial para su desarrollo (definido en el convenio PADBP2009)	10% de niños/as menores de 5 años inscritos, que presentan dos o más factores de riesgo para su desarrollo psicosocial reciben visita domiciliaria integral (Aumentar en un 10% las VDI realizadas 2009, según lo definido en convenio PADBP2009)	Nº de niños/as menores de 5 años inscritos, que presentan dos o más factores de riesgo para su desarrollo psicosocial que reciben visita domiciliaria integral / Total de niños/as menores de 2 años inscritos, que presentan dos o más factores de riesgo para su desarrollo psicosocial	

Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos de salud mental	Control de salud de niños menores de 6 años con aplicación de instrumento para la Detección de Maltrato Infantil y/o abuso sexual	El 100% de los niños y niñas menores de 6 años inscritos o beneficiarios que acceden a control de salud son evaluados para la detección de maltrato infantil y abuso sexual	Nº de niños/as menores de 6 años que son evaluados para detección de maltrato infantil y/o abuso sexual en controles de salud / Total de niños/as menores de 6 años bajo control X 100 =	REM
	Consulta Médica para Diagnóstico de niñas y niños con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual	100% de niñas/s menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual con diagnóstico médico realizado	Nº de niñas/os menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual con diagnóstico médico realizado / Total de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual X 100 =	REM
	Visita Domiciliaria Integral a familias de niños/as con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual	100% de familias de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben visita domiciliaria integral (VDI)	Nº de familias de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben VDI / Total de familias de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual X 100 =	REM
	Intervención psicosocial familia	90% de familias de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben al menos una intervención psicosocial familiar	Nº de familias de familias de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual que reciben al menos una intervención psicosocial familiar / Total de familias de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual X 100 =	REM
	Consulta médica para exploración diagnóstica de niñas y niños con Trastornos Hipercinéticos y de la Atención.	El 100% de los niños/as derivadas del Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB tienen exploración diagnóstica	Nº de niñas/s derivados del Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB por sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención con exploración diagnóstica / Nº Total de niñas/s derivados del Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB por sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención X 100 =	REM
	Tratamiento Integral de niños y niñas con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hipercinético y de la Atención, según Guía Clínica	El 80% de los niños y niñas con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinéticos y de la Atención reciben Tratamiento Integral según Guía Clínica	Nº de niños y niñas con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinéticos y de la Atención que recibe Tratamiento Integral según Guía Clínica / Nº total de niñas y niños con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinéticos y de la Atención X 100 =	REM

Área Estratégica: Rehabilitación

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Contar con información de las familias de niños y niñas beneficiarios de ChCC que tiene un integrante cercano (madre, padre, hermano/a) en situación de discapacidad	Control de salud de niños y niñas beneficiarios de ChCC con detección de familiar/es en situación de discapacidad	Línea base de niños/as beneficiarios de ChCC. con un familiar cercano en situación de discapacidad	Nº de niños/as beneficiarios de ChCC. con un familiar cercano en situación de discapacidad	REM

6B

SALUD DEL ADOLESCENTES Y FAMILIA

Área Estratégica: Salud Integral

Objetivos Específicos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Aumentar el Nº de adolescentes que ejercen su derecho al cuidado anticipatorio e integral de su salud, a través de un control de salud anual	Control de salud anual del adolescentes, según protocolo	Aumentar en un 5% respecto al año 2009	Nº de adolescentes con control de salud / Nº Total de adolescentes inscritos x 100 = % de adolescentes controlados año 2010 / % de controlados año 2009 x 100	REM P
Aumentar la adherencia y valoración de los centros de salud por adolescentes y jóvenes fortaleciendo el trabajo comunitario, territorial e intersectorial	Tardes jóvenes, según protocolo	Realización de tardes jóvenes al menos una vez al mes por comuna y/o por centro de salud	Nº de adolescentes participantes en actividades del consultorio Nº de horas destinadas de los profesionales a trabajo intersectorial, comunitario, y territorial, incluidas las tardes jóvenes	Informe de línea base
Diseño participativo de un plan para la disminución, eliminación o control de las principales barreras de acceso identificadas en el diagnóstico regional año 2008, y local 2009, e inicio Plan acción	Realización de actividades de participación de adolescentes en metodología para definir las barreras de acceso a servicios de salud para ello/as y sus posibles formas de solución	Al menos 2 de las barreras identificadas cuentan con una propuesta para su disminución, control y/o eliminación en el Plan de Acción	Existe Plan de Acción de disminución, control y/o eliminación de barreras de acceso a servicios para adolescentes en atención primaria diseñado en forma participativa	Documento Plan de Acción

Área Estratégica: Salud Sexual

Objetivos Específicos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Aumentar el número de adolescentes que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, sin restricciones asociadas a edad, estado civil, sexo, u otras derivadas de razones culturales, sociales o religiosas	<p>Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en las distintas etapas del desarrollo de los y las adolescentes. regulación de la fertilidad</p> <p>Control de regulación de la fertilidad</p>	<p>Aumentar en un 10% la cobertura de anticoncepción en población menor de 20 años, respecto a línea de base (Población bajo control 2009)</p> <p>Aumentar en un 20% las consejerías en SSR realizadas respecto a año 2009</p>	<p>Nº Adolescentes usuarias de MAC menores de 15 años al 31 de diciembre de 2010 / Nº Adolescentes menores de 15 años usuarios de MAC en control al 31 de diciembre de 2009 x 100 =</p> <p>Nº Usuarías de MACs entre 15 y 19 años al 31 de diciembre de 2010 / Nº Usuarías de MACs entre 15 y 19 años al 31 de diciembre de 2009 x 100 =</p> <p>Nº de Consejerías en SSR realizadas a personas adolescentes en el año 2010 / Nº de Consejerías en SSR realizadas a personas adolescentes en el año 2009</p>	REM P

<p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis</p>	<p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo en adolescentes.</p> <p>Confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento hasta el parto a casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente 9</p> <p>Citación / Visita domiciliaria a gestantes con VDRL (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.</p>	<p>100% de las adolescentes embarazadas en control acceden a tamizaje para sífilis</p> <p>100% de las adolescentes gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS</p> <p>100% de las adolescentes gestantes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda. son visitadas /citadas</p>	<p>Nº de adolescentes gestantes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato con VDRL o RPR tomado durante el control prenatal /</p> <p>Nº total de adolescentes gestantes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato x100 =</p> <p>Nº adolescentes gestantes con VDRL (+) tratadas y seguidas / Nº total de adolescentes gestantes con VDRL (+) X100</p> <p>Nº visitas - citaciones domiciliarias efectivas realizadas a adolescentes gestantes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento / Nº de adolescentes gestantes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda.</p>	<p>REM</p>
--	--	--	--	------------

9 Norma General Técnica Nº 103, aprobada por Decreto Exento Nº 424, de 2008 del MINSAL, Normas de manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Disminuir la transmisión vertical del VIH	<p>Consejería para VIH a adolescentes gestantes. Oferta de Test VIH ¹⁰</p> <p>Derivación de las adolescentes gestantes VIH (+) al programa de VIH/SIDA del Nivel Secundario</p> <p>Citación / Visita domiciliaria a adolescentes gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la respectiva confidencialidad ¹¹</p>	<p>100% de las adolescentes gestantes que aceptan realizarse el test reciben consejería pre y post test para detección de VIH/SIDA</p> <p>100 % de las adolescentes gestantes VIH(+) ingresan al programa de VIH/SIDA</p> <p>100% de las adolescentes gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo son visitadas /citadas para derivación al programa de VIH/SIDA</p>	<p>Nº de consejerías pre test para VIH en adolescentes gestantes / Nº de adolescentes embarazadas en control x 100</p> <p>Nº de consejerías post ñ test para VIH en adolescentes gestantes / Nº de adolescentes embarazadas en control x 100</p> <p>Nº adolescentes gestantes que se realizan el test de detección para VIH/ Nº Total de adolescentes embarazadas</p> <p>Nº de adolescentes gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/SIDA/ Nº total de adolescentes gestantes VIH (+) confirmadas por el ISP x 100</p> <p>Nº visitas domiciliarias realizadas a adolescentes gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo / Nº Total de adolescentes gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo para derivación al programa VIH/SIDA del Nivel Secundario</p>	REM 11 REM 19 Registro ISP
---	---	---	---	----------------------------------

10 Resolución Exenta MINSAL Nº 622, 17 octubre 2005, Norma Técnica Nº 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH;

11 Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial el 14.12.01 que Establece Normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea Bonificación Fiscal para Enfermedades catastróficas; Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia humana, Decreto Nº 182 de 2005, del Ministerio de Salud.

Área Estratégica: Salud Reproductiva

Objetivos Específicos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Aumentar el número de adolescentes gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo bio psico social durante su gestación	Derivación efectiva de adolescentes gestantes en que se ha detectado sospecha VIF Aplicación en el control prenatal de ingreso de pauta de detección de riesgo psicosocial	Lograr que al 20% de gestantes derivadas por sospecha de VIF se le realice entrevista diagnóstica en el programa VIF de APS del establecimiento	Nº de gestantes con sospecha de VIF a las que se les realiza entrevista diagnóstica en programa VIF de APS / Nº total de gestantes derivadas por sospecha de VIF x 100	
	Detección y consejería a adolescentes gestantes consumidoras de tabaco detectadas en el control prenatal de ingreso	Establecer línea de base	Nº de adolescentes gestantes fumadoras que reciben consejería antitabaco/ Nº total de adolescentes gestantes fumadoras X 100	REM
	Detección, consejería y derivación efectiva de adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas en el control prenatal de ingreso	Establecer línea de base	Nº de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas que reciben consejería motivacional para la suspensión consumo/ Nº total de adolescentes gestantes X 100 Nº de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas que acuden a entrevista de evaluación equipo derivado/ Nº total de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas derivadas a equipo especializado X 100	REM REM

Disminuir las adolescentes con malnutrición durante su gestación	<p>Talleres de autocuidado (CHCC)</p> <p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición</p> <p>Evaluación nutricional de mujeres al 6^a mes post parto¹² y derivación a consulta nutricional de las que presentan malnutrición.</p>	<p>Línea base de cobertura de consulta nutricional de las adolescentes gestantes con malnutrición.</p> <p>100% de las adolescentes con malnutrición acceden a una consulta nutricional.</p>	<p>Numero de gestantes bajo control con consulta nutricional por malnutrición / N° total de gestantes con diagnóstico de malnutrición x 100</p> <p>N° de madres adolescentes 6 to mes post-parto controladas/ / N° total de madres adolescentes inscritas 6to mes post-parto X 100</p> <p>N° de mujeres con sobrepeso u obesidad al 6° mes posparto tienen consulta por nutricionista / N° Total de mujeres evaluadas al 6° mes posparto que presentan sobrepeso u obesidad X 100</p>	REM P01
Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente	<p>Evaluación post-parto a los 6 meses por matrona en el cual se desarrolle:</p> <p>Evaluación de indicación, uso correcto y adherencia control de regulación de la fertilidad en madres adolescentes</p> <p>Visita Domiciliaria Integral (VDI) por matrona a adolescentes gestantes, madres puérperas y madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial con énfasis en prevención de 2do embarazo</p>	<p>Establecer línea de base</p> <p>Establecer línea de base</p>	<p>N° de madres adolescentes 6 to mes post-parto controladas/ / N° total de madres adolescentes inscritas 6to mes post-parto</p> <p>N° de adolescentes gestantes en riesgo y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año con VDI realizada / N° Total adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año en riesgo psicosocial X 100</p>	REM 03

12 Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares

<p>Gestantes, madres y padres adolescentes con habilidades parentales y apoyo para la crianza</p> <p>Falta IAAPS2009. Ingreso precoz a control de embarazo (Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control/ Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)x100. Meta: 85%</p>	<p>Actividades del Programa NADIE ES PERFECTO</p>	<p>Establecer línea de base</p>	<p>Nº de padres adolescentes que asisten al 60% de los talleres Programa NADIE ES PERFECTO / Nº total de padres adolescentes derivados a Programa NADIE ES PERFECTO x 100 =</p> <p>Nº de adolescentes gestantes y madres adolescentes que asisten al 60% de los talleres del Programa NADIE ES PERFECTO / Nº total de adolescentes gestantes y madres adolescentes derivadas a Programa NADIE ES PERFECTO/ X 100 =</p>	<p>REM 27 REM P01</p>
---	---	---------------------------------	--	---------------------------

Área Estratégica: Salud Nutricional

Objetivos Específicos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
<p>Detectar, diagnosticar y derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Obesidad.</p>	<p>Control de Salud Adolescentes Consulta de Morbilidad Consejería en Salud Adolescentes Consulta Nutricional</p>	<p>100% de los y las adolescentes con obesidad son derivados/as a consulta nutricional</p> <p>Generar línea de base</p>	<p>Nº adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional / Nº Total de adolescentes con obesidad x 100 =</p>	<p>REM</p>

Área Estratégica: Salud Buco Dental

Objetivos Específicos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
<p>Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.</p> <p>Faltan IAAPS Coberturas alta odontológica en primigestas(75%) y no primigestas(25%)</p>	Consulta odontológica integral	<p>Alcanzar o superar el 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o inscritos en SNSS. (en metas2009 sale 65%)</p> <p>10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo</p>	<p>Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x 100 =</p> <p>Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben Consejería breve en tabaquismo / Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total x 100</p>	REM 09

Área Estratégica: Salud Mental

Objetivos Específicos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Mejorar la calidad de la atención aumentando el uso las iOrientaciones técnicas para la Atención Primaria de Salud en Salud Mental y Adolescencia: Prevención y Tratamientoi por los equipos de atención primaria	Difusión y capacitación documental iOrientaciones técnicas para la Atención Primaria de Salud en Salud Mental y Adolescencia: Prevención y Tratamientoi	Meta: 60% de los equipos usan las Orientaciones Técnicas	<p>Nº de equipos capacitados en documento/ Nº total de equipos de atención primaria</p> <p>Supervisión técnica a los equipos de atención primaria</p>	Informe proceso de capacitación y supervisión de uso del protocolo.

Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Derivación efectiva de adolescente en que se detecta problema/s y/o sospecha de trastornos de salud mental en el Examen de Salud Anual y consulta de morbilidad	Establecer línea de base N° de adolescentes pesquisados con problemas y sospecha de trastornos de salud mental	N° de adolescentes con problemas de salud mental detectados que son evaluados por equipo de salud mental / N° total de adolescentes con problemas de salud mental detectados que fueron derivados a equipo de salud mental X 100 =	REM
			N° de adolescentes con sospecha de trastornos de salud mental que son evaluados por equipo de salud mental para confirmación o descarte del probable trastorno de salud mental / N° total de adolescentes con probable trastorno de salud mental que fueron derivados a equipo de salud mental X 100 =	
	Detección y Derivación efectiva de adolescente en que se detecta de consumo riesgoso o problemático de alcohol y drogas en controles en el Examen de Salud Anual y en consultas de morbilidad	100 % de los adolescentes inscritos y detectados con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol y/o drogas reciben intervención que corresponda	N° de los adolescentes inscritos detectados con consumo riesgoso de alcohol y drogas que reciben intervención preventiva o terapéutica / N° total de adolescentes inscritos detectados con consumo riesgoso de alcohol y drogas X 100 =	REM 6
	Intervención Preventiva para adolescentes con consumo riesgoso de alcohol y droga.		N° de adolescentes inscritos detectados con consumo perjudicial leve a moderado que ingresan a plan ambulatorio básico / N° total de adolescentes inscritos detectados con consumo perjudicial leve a moderado X 100	SIGGES
	Intervención Terapéutica adolescentes con consumo en riesgo de alcohol y droga.			
	Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas			

Tratamiento integral en atención primaria de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave	100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico con de depresión reciben tratamiento y	Nº de adolescentes de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión que reciben tratamiento integral / Total adolescentes de 15 años y más inscritas con diagnóstico de depresión x 100 =	SIGGES REM 6 REM P6
Derivación a especialidad a aquellos con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, según Guía Clínica (GES)	derivación según corresponda	Nº de adolescentes > de 15 años derivados por depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida en tratamiento por especialista/ Nº de adolescentes derivados X 100	SIGGES REM 6 REM P6
Visita Domiciliaría Integral y/o Consejería Familiar para completar evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda según guía clínica GES	50% de familias de adolescentes de 15 años y más con depresión en tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar	Nº de familias de adolescentes de 15 años y más con Depresión en tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Total familias de adolescentes de 15 años en tratamiento por depresión x 100	SIGGES REM P6 Registros propios
Derivación efectiva de adolescentes con síntomas de sospecha de un primer episodio de EQZ para diagnóstico y tratamiento psiquiátrico	100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados para exploración por psiquiatra	Nº adolescentes inscritas con sospecha de primer episodio EQZ derivados son evaluados por psiquiatra / Nº Total de adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a atención psiquiátrica x 100	SIGGES REM 6 REM P6

6C

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS Y FAMILIA

Área Estratégica: Examen Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años con el fin de detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad, para su tratamiento.	Coordinación con Vida Chile Comunal para la difusión e incentivo al EMPA, focalizadas en hombres en edad productiva y en lugares de trabajo, organizaciones deportivas	Al menos una actividad, en conjunto con Vida Chile para difusión e incentivo del EMPA	Actividad realizada	Informe
	Informe de análisis, semestral, de los EMPA realizados, según pauta de protocolo.	Cuenta Pública contiene información de EMPA realizados y casos de enfermedades detectadas	Informe semestral de EMP Realizado. Cuenta Pública	Cuenta Pública
	Examen de Medicina Preventiva del Adulto	Contar con información para diseñar estrategias para aumentar la cobertura del EMP. Para ello integrar y pesquisar, a través, de una pregunta integrada al formulario del EMP sobre cómo se enteró de este examen	Número de usuarios que se enteran del EMP a través de organizaciones comunitarias/ N° total de EMP realizados.	Registro Local
Examen de Medicina Preventiva del Adulto (IAAPS2009 Cobertura de Examen de medicina preventiva. Hombres de 20 a 44 años meta: 25% Cobertura de Examen de medicina preventiva. Mujeres de 45 a 64 años meta: 25%		Incrementar en un 25% la cobertura de EMPA respecto al 2009	N° de EMPA realizados a población beneficiaria FONASA / Población beneficiaria FONASA x 100	REM 04, Sección A

Área Estratégica: Enfermedades Cardiovasculares

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar el número de usuarios, particularmente, de hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular	Control de Salud cardiovascular	Aumentar cobertura de hombres bajo control en el PSCV (establecer línea de base)	Nº de hombres bajo control en el PSCV / Nº total de usuarios bajo control en el PSCV x 100	REM P04, Sección A Población beneficiaria Fonasa
Aumentar el número de personas con riesgo CV alto y muy alto que están compensadas	Control de Salud cardiovascular	Establecer línea base	Nº de personas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / Nº total de personas con riesgo CV alto y muy alto.	Registro local.
Mejorar la adherencia al PSCV.	Análisis de las tarjetas/fichas de la cohorte de personas ingresadas al PSCV con más de 1 año de antigüedad en Programa.	Establecer línea de base y caracterizar a la población que abandona, de acuerdo a protocolo.	Nº de personas ingresadas al PSCV con más de 1 año de antigüedad en el Programa, con al menos 1 control o consulta en los últimos 12 meses / Nº total de personas ingresadas al PSCV con más de 1 año de antigüedad en Programa x 100	Estudio de la cohorte de pacientes ingresados al PSCV.

Área Estratégica: Enfermedades Cardiovasculares: Hipertensión Arterial

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión, bajo control en el Programa Salud Cardiovascular (PSCV)	EMPA, consulta de morbilidad: Detección de personas hipertensas.	Establecimientos con cobertura de personas con hipertensión bajo control PSCV menor a 55%; aumentar en 3 puntos porcentuales esta cobertura	Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control, en PSCV / Nº total de personas adultas con hipertensión en población inscrita o beneficiaria estimada según prevalencia	REM P04; Sección A
	IAAPS(Cobertura HTA en personas de 15 y mas años Meta: 65%	Establecimientos con cobertura de personas hipertensas bajo control PSCV mayor de 55%, alcanzar o mantener esta cobertura sobre el 60%		
Aumentar la proporción de personas hipertensas bajo control compensadas (presión arterial inferior a 140/90 mmHg en el último control)	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento Meta San. Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y mas años. Meta: 51%	Al menos 60% de los hipertensos bajo control con más de 6 meses en Programa logra mantener su presión arterial bajo 140/90 mmHg	Nº de personas hipertensas en control con presión arterial bajo 140/90mmHg/ Nº total de personas hipertensas en control x 100	REM P04; Sección B

Área Estratégica: Enfermedades Cardiovasculares: Diabetes tipo 2

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar el cobertura de personas de 20-64 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV	EMPA, Consulta de Morbilidad: pesquisa IAAPS Cobertura DM2 en personas de 15 y mas años Meta: 85%	En establecimientos con coberturas menores de 35%, de personas diabéticas tipo 2 bajo control en el PSCV, aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura En establecimientos con coberturas mayores de 35%, alcanzar o mantener cobertura sobre 40%, según corresponda.	Nº de personas diabéticas tipo 2 bajo control en PSCV / Nº total de personas diabéticas tipo 2 en la población inscrita, estimada según prevalencia x 100 =	REM 04; Sección A
Aumentar el número de personas con diabetes tipo 2 con buen control.	Control de Salud Cardiovascular :Tratamiento Meta San. Compensación de personas diabeticas bajo control de 20 y mas años. Meta: 35%	50% de las personas con diabetes bajo control logra niveles de HbA1c <7%. 60% de las personas con diabetes bajo control logra niveles de presión arterial bajo 130/80 mmHg.	Nº de personas diabéticas bajo control en PSCV con niveles de HbA1c <7% / Nº de personas diabéticas bajo control en PSCV x 100 Nº de personas diabéticas bajo control en PSCV con niveles de presión arterial bajo 140/90 mmHg/ Nº de personas diabéticas bajo control x 100	REM P04; Sección B
Aumentar la calidad de la atención de las personas con diabetes tipo 2 bajo control.	Control de Salud Cardiovascular: Aplicación del instrumentoQUALIDIAB-Chile a personas con diabetes bajo control.	QUALIDIAB-Chile aplicado al 100% de las personas diabéticas recién diagnosticadas y cada 3 años a los pacientes con más de 1 año de tratamiento	Informe de análisis de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos bajo control.	REM P04; Sección C. QUALIDIAB-Chile

Prevenir o postergar las complicaciones invalidantes de la diabetes a través de una detección y tratamiento oportuno.	Control de Salud Cardiovascular: Evaluación anual del pie diabético (Formulario Evaluación del pie en el paciente diabético).	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les realiza una evaluación de los pies. 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Nº de personas con diabetes bajo control en el PSCV a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses / Nº de personas con diabetes bajo control en el PSCV x 100 Nº de personas con diabetes bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie x 100	REM P04; Sección C. QUALIDIAB-Chile
	Fondo de ojo por oftalmólogo.	Al 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les ha realizado fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso en el nivel primario y secundario de atención.	Nº de personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso / Nº total de ingresos a PSCV por diabetes tipo 2 x 100	REM P04; Sección B SIGGES

Área Estratégica: Enfermedades cardiovasculares: Dislipidemias

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar el número de personas con dislipidemia compensadas	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento de la dislipidemia	40% de los dislipidémicos bajo control alcanzan la meta terapéutica de colesterol LDL según corresponda al nivel de riesgo CV.	Nº de personas con dislipidemia bajo control en PSCV con el colesterol LDL en la meta terapéutica según el nivel de riesgo CV / Nº total de personas dislipidémicas bajo control en PSCV x 100	REM P04; Sección A

Área Estratégica: Obesidad y Actividad Física

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV que realiza actividad física de moderada intensidad, al menos 30 minutos diarios, la mayoría de los días de la semana.	Control de Salud Cardiovascular: Evaluar la proporción de personas obesas en PSCV que realiza actividad física según lo descrito.	Lograr que al menos un 25% de las personas obesas en PSCV realice actividad física moderada, durante 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana.	Nº de personas obesas en PSCV que realiza actividad física moderada, durante 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana / Nº total de personas obesas en control en PSCV x 100 =	REM P04 Registro de actividad física en la ficha y/o tarjetero.
Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV, que logra bajar de peso	Sesiones educativas grupales, consejería individual, sesiones de actividad física.	Porcentaje de personas obesas en PSCV que logran reducir, al menos un 5% de su peso al ingreso.	Nº de personas obesas bajo control en PSCV que bajan al menos 5% de su peso inicial al ingreso / Nº total de personas obesas bajo control en PSCV x 100	REM P04; Sección C

Área Estratégica: Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas en riesgo.	Aplicar de la «Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica» al 100% de las personas diabéticas en PSCV.	100% de las personas en PSCV con «Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica» aplicada y clasificadas según etapa de la ERC.	Informe con la clasificación según etapa de la ERC de las personas diabéticas en PSCV	REM

Área Estratégica: Atención Personalizada en Salud Sexual y Reproductiva

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuentes del Indicador
Aumentar el número de personas adultas que toman de decisiones respecto a su sexualidad y reproducción ejerciendo sus derechos sexuales y reproductivos, sin restricciones asociadas a edad, estado civil, sexo, u otras	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	100% de personas que soliciten servicios de Regulación de la Fertilidad, incluida la anticoncepción de emergencia reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Nº de personas que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva / Nº Total de personas que solicitan servicios de Regulación de la Fertilidad X 100 =	REM P
	Control de regulación de la fertilidad según Normas Nacionales Vigentes	100% de personas que solicitan métodos de regulación de la fertilidad reciben método seleccionado	Nº de personas que solicitan servicios de Regulación de la fertilidad acceden al método elegido / Nº Total de personas que solicitan servicios de Regulación de la fertilidad X 100 =	
Aumentar el número de mujeres gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo bio psico social	Control prenatal de ingreso con aplicación en el de pauta de detección de riesgo psicosocial	Al 20% de gestantes derivadas por sospecha de VIF se le realiza entrevista diagnóstica en el programa VIF de APS del establecimiento	Nº de gestantes con sospecha de VIF a las que se les realiza entrevista diagnóstica en programa VIF del establecimiento / Nº total de gestantes derivadas por sospecha de VIF x 100 =	REM Registro local
Falta IAAPS2009. Ingreso precoz a control de embarazo (Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control/Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)x100. Meta: 85%	Derivación efectiva de mujeres en quienes se ha detectado sospecha de Violencia Intrafamiliar (VIF) al Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en Establecimientos de Atención Primaria del establecimiento	100% de mujeres con VDRL positivo en el control prenatal ingresadas al programa ITS	Número de gestantes con VDRL (+) ingresadas al programa ITS / Nº Total de gestantes con VDRL (+) derivadas al programa ITS x 100 =	REM Registro local
	Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL en el control prenatal	90% de las gestantes con psicosocial con VDI	Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera X 100 =	REM 27 Registro local
	Visita Domiciliaria Integral por matrona a gestantes y familia en riesgo psicosocial, según evaluación matrona y/o del equipo de cabecera			

Aumentar el número de mujeres que son acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según decisión de la mujer	Difusión, por medios locales y a las organizaciones integrantes de los Comités Vida Chile Comunales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto Información, en el SOME, a las mujeres que solicitan control prenatal que tienen derecho a ser acompañadas por quien ella decidan	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.	Nº de controles prenatales con acompañante / Nº Total de controles prenatales realizados X 100 =	REM 01
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes ¹⁴ ChCC	80% gestantes en control participan en taller para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales / Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal x 100 =	REM 27 REM P01
Aumentar el número de mujeres gestantes y acompañantes que viven el parto con menos ansiedad	Coordinación de la continuidad de las actividades educativas a gestantes y sus pareja o acompañante en la maternidad (talleres en la maternidad)	90% de gestantes en control participan inactividades en maternidad	Nº de gestantes que participan inactividades en la maternidad / Nº total de gestantes en control prenatal x 100 =	

Área Estratégica: VIH – ITS

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para sífilis	Nº de gestantes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato con VDRL o RPR tomado durante el control prenatal /	
	Tratamiento a casos que correspondan	100% de las gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS	Nº de gestantes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato x100 = Nº gestantes con VDRL (+) tratadas y seguidas / Nº total de gestantes con VDRL (+) X100	
	Consejería para VIH a gestantes	100% de las gestantes que aceptan realizarse el test	Nº de consejerías pre test para VIH en gestantes / Nº de embarazadas en control x 100 =	
	Oferta de Test VIH	reciben consejería pre y post test para detección de VIH/SIDA	Nº de consejerías post ñ test para VIH en gestantes / Nº de embarazadas en control x 100 =	
	Derivación de gestantes VIH (+) al programa de VIH/SIDA	100 % de las gestantes VIH(+) ingresan al programa de VIH/SIDA	Nº gestantes que se realizan el test de detección para VIH/ Nº de embarazadas totales	
	Consejería en el pre parto a gestantes que no se hayan realizado el examen en control prenatal.	100% de las gestantes que no se hayan realizado el examen en control prenatal reciben consejería pre y post test para oferta del Test de Elisa o Test Rápido, en el pre parto	Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/SIDA/ Nº de gestantes VIH (+) confirmadas por el ISP x 100	
	Consejería post test a gestantes que se realizan el examen en el pre parto.		Nº de gestantes que reciben consejería pre - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ Total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto x 100	
			Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ Total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto x 100	

Garantizar la realización del examen de detección del VIH/SIDA con consejería pre y post test de acuerdo a normativa vigente	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/SIDA	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test	Nº de consejerías pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años / Nº test de Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años X 100 = Nº de consejerías post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años / Nº test de Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años X 100 =	REM 11 REM 19
Estimular la asistencia de personas que ejercen el comercio sexual a control preventivo.	Control de Salud Sexual ¹⁵	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	Nº de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ Nº total de personas ingresadas voluntariamente a control de salud sexual en el período X 100 =	Tarjetero local de bajo control de personas que ejercen el comercio sexual Censo semestral bajo control
Detectar co - infección VIH /TBC	Consejería para VIH a las personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años ¹⁶ Solicitud de Rx de Torax y PPD a personas VIH (+) en control.	100 % de los casos nuevos de personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años reciben consejería para el test de detección de VIH. 100% de personas VIH (+) se realizan Rx. de Torax y PPD	Nº consejerías para VIH a casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años ¹⁷ / Nº total casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años = Nº de casos nuevos de TBC pulmonar o extra pulmonar en personas >15 años y < de 49 años que se realizan Test de Elisa para VIH / Nº de casos nuevos de TBC pulmonar o extrapulmonar pulmonar en personas >15 años y < de 49 años en control x 100 = Nº de personas VIH (+) con Rx Torax y PPD/ Nº de Personas VIH (+) en control x 100 =	REM 19 Tarjeta tratamiento Censo semestre de pacientes en control

15 Norma General Técnica Nº 76, Manual de Organización y Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta Nº 444, del 4 de Agosto del 2005.del MINSAL

16 Guía Clínica Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida GES. MINSAL 2009 y Norma General Técnica Nº 76, Manual de Organización y Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta Nº 444, del 4 de Agosto del 2005.del MINSAL

17 Norma General Técnica Nº 76, Manual de Organización y Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta Nº 444, del 4 de Agosto del 2005.del MINSAL

Área Estratégica: Salud Nutricional de la Gestante

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Cautelar el aumento de peso excesivo durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición. Participación de embarazadas en talleres de Chile crece contigo.	Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	Numero de gestantes bajo control con consulta nutricional por malnutrición / N° de gestantes con diagnóstico de malnutrición * 100	Numerador y Denominador en REM P01
Mantener o disminuir el % de mujeres que presentan con malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) al 6° mes posparto	Evaluación nutricional de mujeres al 6ª mes post parto ¹⁸ y derivación a consulta nutricional de las que presentan malnutrición	Mantener o disminuir el 55%, de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 6ª mes post parto	N° de mujeres con obesidad en el control al 6º mes posparto / N° de mujeres controladas de 6º meses post parto x 100 =	REM 03
	Consulta nutricional de mujeres que presentan problemas de malnutrición por exceso al 6º mes post parto		N° de mujeres con diagnóstico de obesidad al 6º mes posparto que acceden a consulta nutricional / N° de mujeres evaluadas al 6º mes posparto que presentan obesidad X 100	

18 Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares

Área Estratégica: Salud Buco Dental

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar el número de mujeres gestantes, con prioridad en primigestas, con salud bucal recuperada	Consulta odontológica integral	Al menos el 75% de cobertura en altas odontológicas totales en gestantes primigestas inscritas en el establecimiento	N° de primigestas con alta odontológica total / N° de primigestas inscritas X 100 =	REM
	IAAPS Coberturas alta odontológica en primigestas(75%)	Al menos el 20% de cobertura en altas odontológicas totales en gestantes no primigestas inscritas en el establecimiento	N° de gestantes no primigestas con alta odontológica total/ Total de gestantes no primigestas inscritas x 100 =	
Aumentar el número de mujeres gestantes en Riesgo de Parto Prematuro derivadas del control prenatal a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental	Consulta odontológica integral: Tratamiento de «Desinfección bucal total» (TDBT)	Alcanzar un 90 % de Cobertura en Tratamiento de «Desinfección bucal total» (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud	N° de mujeres gestantes con riesgo de parto prematuro reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total / Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas del control pre natal x 100 =	
Aumentar el número de mujeres gestantes que reciben Consejería Breve en Tabaquismo para protección de su salud buco dental	Consejería Breve en Tabaquismo	El 15% de las mujeres gestantes con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo	N° de mujeres gestantes con alta odontológica total que reciben CBT / Total de embarazadas con alta odontológica x100 =	

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Aumentar el número de mujeres gestantes, con prioridad en primigestas, con salud bucal recuperada	Consulta odontológica integral	Al menos el 75% de cobertura en altas odontológicas totales en gestantes primigestas inscritas en el establecimiento	N° de primigestas con alta odontológica total / N° de primigestas inscritas X 100 =	REM
	IAAPS Coberturas alta odontológica en primigestas(75%)	Al menos el 20% de cobertura en altas odontológicas totales en gestantes no primigestas inscritas en el establecimiento	N° de gestantes no primigestas con alta odontológica total/ Total de gestantes no primigestas inscritas x 100 =	
Aumentar el número de mujeres gestantes en Riesgo de Parto Prematuro derivadas del control prenatal a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental	Consulta odontológica integral: Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT)	Alcanzar un 90 % de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud	N° de mujeres gestantes con riesgo de parto prematuro reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total / Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas del control pre natal x 100 =	
Aumentar el número de mujeres gestantes que reciben Consejería Breve en Tabaquismo para protección de su salud buco dental	Consejería Breve en Tabaquismo	El 15% de las mujeres gestantes con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo	N° de mujeres gestantes con alta odontológica total que reciben CBT / Total de embarazadas con alta odontológica x100 =	

Área Estratégica: Puerperio y período de Recién Nacido/a

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Apoyar a mujeres puérperas que presentan condiciones de riesgo Psicosocial	Visita domiciliaria integral al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera	¿90%? de las gestantes con riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral	Nº de puérperas y familia con riesgo psicosocial con VDI realizada / Total de puérperas y familia con riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera x 100 =	REM 27 Registro local
Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguros y fomentar la lactancia materna y derivación por problemas de salud de la madre y de la o el recién nacido	Primer Control de Salud de la Puérpera y Recién Nacido en APS por matrona	100% de las Puérperas y Recién Nacidos son atendidas por matrona antes de los 10 días de vida, en el centro de salud	Nº Puérperas y Recién Nacidos con control de salud antes de los 10 días de vida/ Total de partos* 100	REM A01 - REM 05
Alcanzar, mantener o disminuir el % de mujeres que presentan con malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) al 6º mes posparto (Referencia: promedio nacional)	Evaluación nutricional de mujeres al 6ª mes post parto ¹⁹ y derivación a consulta nutricional de las que presentan malnutrición Consulta nutricional de mujeres que presentan problemas de malnutrición por exceso al 6º mes post parto	Alcanzar, Mantener o disminuir el 55%, de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 6ª mes post parto	Nº de mujeres con obesidad en el control al 6º mes posparto / Nº de mujeres controladas de 6º meses post parto x 100 = Nº de mujeres con diagnóstico de obesidad al 6º mes posparto que acceden a consulta nutricional / Nº de mujeres evaluadas al 6º mes posparto que presentan obesidad X 100 =	REM 03
Climaterio: Mas mujeres en etapa de climaterio tiene mejor calidad de vida	Consulta matrona: Atención de salud integral de la mujer en el climaterio	Incrementar en un 7% el número de mujeres en climaterio en	Nº de mujeres bajo Control de Climaterio / Nº de mujeres de 45 a 64 años inscritas en el establecimiento	REM A 05

19 Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares

Área Estratégica: Cáncer de Mama y Cuello de Útero

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Disminuir las muertes de Mujeres por cáncer de mamas	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar la cobertura de mamografía a mujeres de 50 a 54 años	Nº de mujeres de 50 a 54 años con Mamografía Vigente / Nº de mujeres de 50 a 54 años inscritas x 100 =	REM-P 12
Disminuir las, muertes de mujeres por cáncer de cuello de útero ²⁰	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE Metas San: Cobertura PAP Meta: 70%	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas x 100 =	Citoexpert REM ñP 12

Área Estratégica: Salud Bucal

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes (Piloto GES 2009).	Consulta odontológica integral	60% de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público	(Nº de embarazadas con alta odontológica total / total de embarazadas inscritas o beneficiarias)* 100	REM 09
Proteger la salud bucal de la gestante y de hijo/a	Consulta odontológica integral: Aplicar el protocolo de desinfección bucal total a las gestantes en riesgo de parto prematuro. Consejería breve de tabaco o salud bucal, integrando esta actividad promocional dentro de las actividades diarias del profesional.	Alcanzar un 90 % de Cobertura en Tratamiento de iDesinfección bucal totalí (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud 15% de las embarazadas (primigestas y no primigestas) con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo.	(Nº de embarazadas en riesgo de parto prematuro egresadas de Tratamiento de Desinfección Bucal Total / Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas desde la Unidad Maternal)* 100 (Nº de embarazadas primigestas y no primigestas ,con alta odontológica total que reciben CBT/Total de embarazadas con alta odontológica)*100.	REM 09

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

GES : Salud Oral Integral del adulto de 60 años	Consulta odontológica integral	50 % de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el Sistema Público.	(Nº de adultos de 60 años ,con alta odontológica total /Total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en SNSS) x100	REM 09
---	--------------------------------	--	---	--------

Área Estratégica: Salud Mental

Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador
Intervenir tempranamente en los factores de riesgo psicosocial en las familias con integrantes entre 20 y 64 años	Aplicación de Instrumento para la evaluación del riesgo psicosocial familiar	50% de familias inscritas con evaluación de riesgo psicosocial	Nº de familias inscritas con evaluación de riesgo psicosocial/ Total de familias inscritas x 100	REM
	Visita domiciliaria a familias de alto riesgo psicosocial	10% de las familias de alto riesgo psicosocial reciben al menos 1 visita domiciliaria	Nº de familias de alto riesgo psicosocial que reciben al menos una visita domiciliaria /Total de familias de alto riesgo psicosocial x 100	REM Registro local
	Intervención psicosocial en familias con alto riesgo psicosocial y crisis normativa (formación de pareja, reorganización familiar, nido vacío, etc.)	10% de las familias de alto riesgo psicosocial y crisis normativa reciben al menos una intervención psicosocial familiar.	Nº de familias con alto riesgo psicosocial y crisis normativa que reciben al menos una intervención psicosocial familia/Total de familias con alto riesgo psicosocial y crisis normativa	REM Registro local

Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Aplicación del Cuestionario de Salud General de Golberg a todos los usuarios en la totalidad de las actividades regulares del centro de salud, incluyendo las consultas de morbilidad, nutricionales, sociales, de control sano, etc.	40% de la prevalencia estimada (10% para mujeres y 4% para hombres) es pesqui-sada y diagnosticada	Nº de personas de 20 años y más inscritas, diagnosticados con de-presión / Total de per-sonas de 20 años y más inscritas con posible depresión según preva-lencia estimada x 100	SIGGES REM P6
	Derivación a consulta médico a toda persona con puntaje igual o superior a 5 en Cuestionario de Salud General de Golberg			
	Consulta médica para diagnóstico a toda persona con puntaje 5 o más en Cuestionario de Salud General de Golberg	100% de personas de 20 años y más, inscritas y diagnosti-cados con depresión leve, moderada o grave reciben trata-miento integral	(Nº personas de 20 años y más inscritas y diagnosticados con de-presión leve, moderada o grave que reciben tra-tamiento integral / Total personas de 20 años y más inscritas) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
	Tratamiento integral en atención pri-maria a toda persona con diagnós-tico de depresión leve, moderada o grave, según Guía Clínica (GES)			
	Derivación a especialidad a toda per-sona con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida.			
	Consulta psiquiátrica a toda perso-na con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida derivada desde atención primaria, en un plazo de 30 días desde emitida la SIC	100% de personas de 20 años y más, inscritas y diagnosti-cados con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida deriva-das desde atención primaria reciben tra-tamiento integral de especialidad	Nº de personas de 20 años y más con de-presión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida derivados desde APS que reciben tratamiento integral de especialidad / Total de personas de 20 años y más con depresión psicótica, bipolar, refrac-taria o con alto riesgo suicida derivadas desde APS	SIGGES REM 6 REM P6
	Tratamiento integral de especiali-dad a toda persona con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida derivada desde atención primaria, según Guía Clíni-ca (GES)			

<p>Visita Domiciliaría Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda</p>	<p>50% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar</p>	<p>Nº de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Total familias con miembro con Depresión ingresados a tratamiento</p>	<p>SIGGES REM P6 Registros propios</p>
<p>Sesiones de psicoeducación para comprensión de la enfermedad y fomento del apoyo terapéutico</p>	<p>100% de las madres inscritas que presentan depresión postparto reciben visita domiciliaría integral</p>	<p>Nº de madres inscritas y con depresión postparto que reciben VDI / Total de madres inscritas y con depresión postparto *100.</p>	<p>SIGGES REM P6</p>
<p>Derivación a consulta médica a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico</p>	<p>100% de personas inscritas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia son derivadas a especialidad.</p>	<p>Nº personas inscritas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados / Total personas inscritas entre 20 y 40 años x 100</p>	<p>SIGGES REM 6 REM P6</p>
<p>Consulta médica para confirmación de sospecha de primer episodio esquizofrenia a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico</p>			
<p>Derivación a especialidad a toda persona con sospecha de primer episodio de esquizofrenia</p>			
<p>Consulta y control con psiquiatra a personas de 20 años y más con primer episodio de esquizofrenia (nivel secundario)</p>	<p>100% de las personas de 20 y más años con primer episodio de esquizofrenia derivadas desde APS reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica GES</p>	<p>Nº de personas de 20 años y más con primer episodio de esquizofrenia derivadas desde APS que reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica GES / Total de personas de 20 años y más con primer episodio de EQZ derivadas desde APS x 100</p>	<p>SIGGES REM 6 REM P6</p>
<p>Consulta Salud Mental por otros profesionales a personas de 20 años y más con primer episodio de esquizofrenia (nivel secundario)</p>			
<p>Intervenciones psicosociales (psicoeducación, familia, psicoterapia, etc.) a personas de 20 años y más con primer episodio de esquizofrenia (nivel secundario)</p>			
<p>Hospitalización diurna y/o de corta estadía cuando corresponda</p>			
<p>Seguimiento y Mantenimiento de tratamiento a personas de 20 años y más con primer episodio de esquizofrenia (nivel secundario)</p>			

	Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas	100 % de las personas inscritas de 20 años más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben	N° de personas inscritas de 20 años y más detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención	REM 06 REM P6 Registros locales
	Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos por equipo especialidad	intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda	preventiva, intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas inscritas de 20 años y más x 100	

6D

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

Área Estratégica: Apoyo a la mantención de la Funcionalidad

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas adultas mayores (AM) que realiza actividad física en forma habitual	Campaña comunicacional de promoción de actividad física para adultos mayores centradas en caminar, bailar, subir escalas, yoga, tai chi chuan, bicicleta estática, hidrogimnasia y natación.	20% de los adultos mayores realiza algún tipo de actividad física	Nº de Adultos/as mayores que realiza actividad física / Nº Total de AM inscritos x 100 =	REM
	Caminatas diarias en duplas			
	Actividad física recreativa grupal en espacios comunitarios y al aire libre, de acuerdo al clima			
Aumentar el número de personas que tienen conocimientos y habilidades para mantener una alimentación saludable	Comprando juntos en la feria local	20% de los adultos mayores participa en actividad educativa de alimentación saludable	Nº de AM que realiza actividades para una alimentación saludable / Nº Total de AM inscritos x 100 =	REM
	Talleres prácticos de PACAM en organizaciones de AM			
Aumentar el número de personas que participan en organizaciones sociales y comunitarias (OSC)	Detectar e invitar, motivar e incentivar a AM que no participan para que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses	20% de los AM participan en (OSC)	Nº de AM que participa en organizaciones sociales y comunitarias / Nº Total de AM inscritos x 100 =	REM

Área Estratégica: Apoyar a las personas adultas mayores que los presentan factores de riesgo que pueden alterar su funcionalidad

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas a los que se ha realizado el EMPAM en el año precedente	Realización del Examen Anual de Medicina Preventiva Cobertura de Examen de medicina preventiva. Adultos de 65 y más años. meta: 75%	> 5% respecto al año 2009	Nº de AM con EMP al día / Nº de AM inscritos x 100	REM
Realizar actividades de apoyo a AM identificados con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato	Consulta de morbilidad con Aplicación de la Guía Clínica de Fragilidad para el diagnóstico, tratamiento y plan de seguimiento	100% de AM detectados con riesgo de dependencia (según EFAM), carentes de redes o sospecha de maltrato con tratamiento y plan de seguimiento	Nº total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato con tratamiento y plan de seguimiento/Nº total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato x 100	REM
	Visita domiciliaria IAAPS Tasa de visita integral (Nº visitas integrales realizadas/Nº de familias (población inscrita/4)) meta: 0,1%	100% de AM detectados con riesgo de dependencia (según EFAM), carentes de redes o sospecha de maltrato tienen visita domiciliaria	Nº total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato y Visita Domiciliaria / Nº de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato x 100	
Detectar tempranamente a las personas en riesgo o que presentan una insuficiencia renal crónica (ERC)	En controles de salud cardiovascular Aplicar de la iFicha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica	100% de las personas en PSCV con iFicha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica aplicada	Nº de personas en control en PSCV con iFicha Prevención ERC aplicada / Nº de personas en control en PSCV x 100	Registro PSCV

Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan úlceras activas, retinopatía diabética	Evaluación del pie a los 3 meses del ingreso al PSCV	Al 100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV se les evalúa los pies a los 3 meses	Nº de personas diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie x 100 =	REM P04; Sección C. QUALIDIAB-Chile
	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos)	90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Al 100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV se les ha realizado fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso en el nivel primario y secundario de atención	Nº de personas diabéticas ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso / Nº total de ingresos a PSCV por diabetes x 100 =
Aumentar el número de AM con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera que reciben tratamiento en Atención Primaria	Tratamiento médico del dolor	100%	Nº de AM con artrosis en tratamiento del dolor / Nº de AM inscritos con diagnóstico de artrosis x 100 =	REM
	Ejercicios kinésicos en grupo	100%	Nº de AM con artrosis que realizan ejercicios kinésicos / Nº de AM inscritos con diagnóstico de artrosis x 100 =	REM

Aumentar el número de AM con Depresión que reciben tratamiento	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión	100%	Nº de AM con exploración diagnóstica por sospecha de depresión / Nº de AM inscritos con sospecha de depresión x 100 =	SIGES REM
	Visita domiciliaria y Consejería familiar IAAPS Tasa de visita integral (Nº visitas integrales realizadas/Nº de familias (población inscrita/4)) meta: 0,1%	100%	Nº de AM en tratamiento por depresión con visita domiciliaria / Nº de AM en tratamiento por depresión x 100 =	
Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más (AM) con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 65 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos con equipo especialidad.	100 % de AM inscritos con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda	Nº de AM detectados con consumo en riesgo de alcohol que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados / Nº total de adultos mayores inscritos x 100	REM 06 REM P6

Area Estratégica: Rehabilitación de adultos mayores con pérdida de funcionalidad

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas con dependencia que reciben rehabilitación integral con base comunitaria	Organizar grupos de pacientes con dependencia (parkinson, ACV, ciegos) para realizar grupales actividades de rehabilitación	30%	Nº de AM con dependencia integrados a grupos de rehabilitación / Nº de AM inscritos con dependencia x 100 =	REM

Área Estratégica: Apoyo al adulto mayor con dependencia severa y demencia y a sus cuidadores

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas cuidadoras de AM que están capacitadas y reciben apoyo	Actividades grupales para capacitación y apoyo, de preferencia en espacios comunitarios Falta IAAPS Tasa atención en domicilio a paciente postrado (den: Nº total de postrados excluidos postrados de cuidados cancer terminal) Meta: 6,5%	60%	Nº de de personas cuidadoras capacitadas en grupos en la comunidad / Nº de personas cuidadoras x 100 =	REM

Área Estratégica: Pesquisa y Tratamiento de la Tuberculosis

Objetivo Específico	Actividad	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas mayores con baciloscopia si son sintomáticos respiratorios según norma.	Solicitar baciloscopia a los a personas adultas inmigrantes S.R. identificados en cualquier atención en el establecimiento	100% de las personas inmigrantes S.R. identificados	Nº de baciloscopías solicitadas y realizadas.	Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios
	Solicitar baciloscopia a los a SR identificados en las consultas de morbilidad, control sano, consulta maternal y consulta crónicos del consultorio.	100% de los SR. identificados	Nº de BK solicitadas y realizadas.	Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios
	Realizar visitas a hogares y clubes de adultos mayores y solicitar baciloscopia a todos los S.R. de más de 15 días identificados	Visita al 100% de los hogares y clubes de AM identificados Baciloscopia al 100% de los Adultos mayores S.R. de más de 15 días identificados en la visita	Nº de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio visitados / Nº de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio x 100 = Nº de baciloscopías realizadas a S.R. de más de 15 días en los Hogares y Clubes de AM / Nº de S.R. de más de 15 días en los Hogares y Clubes de AM x 100 =	Libro de seguimiento de Sintomáticos respiratorios
	Solicitar baciloscopia a los a SR identificados que consultan en Salas ERA.	100% de los SR. identificados	Nº de BK solicitadas en Salas ERA	Libro de seguimiento de Sintomáticos respiratorios Registro de la Salas ERA
	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia o cultivo).	100% de los contactos estudiados censados	Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados	Evaluación del programa

Aumentar el número de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento (85 %)	En el tratamiento de personas con TBC, Aplicar Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	100% de los pacientes con identificación del Store de Riesgo	Nº de pacientes con store de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento	Tarjeta de tratamiento
	Control mensual por medico de los casos en tratamiento según norma técnica	Control mensual por medico al 100% de los pacientes	Nº de controles médicos registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
	3 consultas por enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento, según norma técnica	3 consulta por enfermera al 100% de los pacientes	Nº de consulta de enfermera registrada en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente.	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
	Realizar consulta de enfermera a paciente inasistente	El 100% de los pacientes inasistente tengan una consulta de enfermera	Nº de consultas de enfermera registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente.	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
Lograr Tasa de abandono menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate por enfermera del paciente que abandona tratamiento	100% de los pacientes que abandonan tratamiento con visita domiciliaria	Nº de visitas de rescate / nº de abandonos.	Tarjeta de Tratamiento
	Realizar auditoria de Abandono a todos los casos que abandonan tratamiento.	100% de los abandonos con auditoriareaalizada	Nº de auditorias realizads / Nº de abandonos.	Auditorias de AB. enviadas al PCTB MINSAL.
Lograr una tasa de mortalidad menor de 3% en la cohorte	Realizar auditoria de muertes a todos los casos que mueren durante el tratamiento de TBC.	Auditoria al 100% de los casos fallecidos	Nº de auditorias de muertes realizadas/Nº de casos fallecidos durante el tratamiento	Auditorias de Muerte enviadas al PCTB MINSAL.

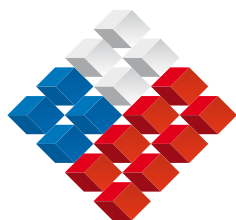
ANEXO N° 7

ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS. COMPRA CENTRALIZADA 2010

Nº	Programa	Cobertura	Cobertura según protocolo o guía clínica
1	SALUD DE LA MUJER anticonceptivos	Lo establece el programa MINSAL Debería incluirse levonorgestrel 75 mg en cumplimiento de la ley 20.066	
4	EPILEPSIA anticonvulsivantes	No hay orientación sobre cobertura desde MINSAL. Investigar dato pacientes bajo control 2008 o 2009 en los niveles 1º y 2º en el SS. FONASA informa a partir de las prestaciones realizada el 2008, un estimado de 16.889 pacientes /pais	50% pacientes en tratamiento con carbamazepina de acción convencional 30% con ácido valproico 20 % con fenitoina 10% con fenobarbital 10 % con clonazepam
		No hay orientación sobre cobertura desde MINSAL. Investigar dato pacientes bajo control 2008 o 2009 en los niveles 1º y 2º en el SS	
5	SALUD CARDIOVASCULAR: insulinas	Nº pacientes BC 2010: 600.000 Nº insulino requirentes (14% al 20 % BC) : 84.000	Nº FA insulina NPH año/ paciente :15 Nº jeringas insulina año/paciente: 365 % FA insulina cristalina crisis : 10%
6	SALUD ADULTO MAYOR: lentes presbicia	100% de adultos mayores evaluados en el programa de salud, el 70% tiene problemas visuales de los cuales solo el 20% corresponde a presbicia 30% población AM C/presbicia pura: lente 2,5 dioptrías/paciente cada 2 años 40% población AM c/presbicia pura: + 3 dioptrías/paciente cada 2 años.	Las cartillas no son necesarias, ya que cuando se aplica Minimal en el EMP Se les hace hacer un dibujo en ese momento se evalúa la visión de cerca.
7	PARKINSON: antiparkinsonianos	No hay orientación sobre cobertura desde MINSAL. Investigar dato pacientes menores 60 años bajo control 2008 en los niveles 1º y 2º en el SS	52,5% pacientes con indicación L-Dopa carbidopa 17,5% pacientes con indicación L-Dopa benseracida 50,0% pacientes con indicación pramipexole 35 % con trihexifenidilo
		No hay orientación sobre cobertura desde MINSAL. Investigar dato pacientes mayores 60 años bajo control 2008 en los niveles 1º y 2º en el SS	75 % pacientes con indicación L-Dopa carbidopa 25% pacientes con indicación L-Dopa benseracida 25% pacientes con indicación pramipexole 20% con trihexifenidilo 25% con quietapina
8	ARTROSIS: antiinflamatorios y analgésicos	No hay orientación sobre cobertura desde MINSAL. Investigar dato pacientes bajo control adulto mayor 2008 en los niveles 1º y 2º en el SS	80% pacientes indicación paracetamol Celecoxib esta destinado a pacientes con alto riesgo GI y sin riesgo cardiovascular (HTA, ICC) Tramadol: solo paciente con HTA mal controlada, antecedentes ulcera péptica o sangramiento digestivo ultimo año, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal entre otros

SERIE CUADERNOS DE REDES N° **26**

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED AÑO 2010



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES