SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

# ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION EN RED

## AÑO 2016

*El Documento **"Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, año 2016",** está conformado por:*

***Cuadernillo Nº1: "Bases conceptuales de la Planificación y Programación en Red"***

***Cuadernillo Nº2:"Matriz de Cuidados a lo largo del Curso de Vida"***

***Anexos página Web Minsal:***

1. *Promoción de la Salud*
2. *Participación ciudadana en Atención Primaria*
3. *Gestión de Recursos Humanos*
4. *Gestión de Recursos Financieros*
5. *Vigilancia Epidemiológica*
6. *Atención de Salud a Población Inmigrante no regulada*
7. *Salud Ocupacional*
8. *Línea de trabajo proceso Asistencial de Atención Ambulatoria*
9. *Norma Referencia- Contrarreferencia*
10. *Protocolos de Resolutividad en Red.*

## Contenido Cuadernillo 1

**CAPITULO I. BASES CONCEPTUALES ..... 6**

1.1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA..... 6

1.1.1. ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL .....6

1.1.2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) .....8

1.1.3. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA .....8

1.1.4. ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD .....9

1.1.5. GOBERNANZA.....10

1.2. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020 ..... 11

1.2.1. CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.....12

1.2.2. EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO .....12

1.3. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA ..... 18

**CAPITULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)..... 20**

2.1 ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED ..... 23

2.2 PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD..... 24

**CAPITULO III. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED ..... 26**

3.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PLANIFICACIÓN..... 26

3.1.1. ÁMBITOS Y ETAPAS DE LA PROGRAMACIÓN .....27

3.1.2. DIAGNÓSTICO GENERAL DE SALUD. .....27

3.1.3. PROGRAMACIÓN.....28

3.1.4. EJECUCIÓN .....29

3.2 ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED ..... 30

3.2.1. PROCESO DE PLANIFICACIÓN:.....30

3.2.2. CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA:.....30

3.2.3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA .....31

3.2.4. DISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL .....31

3.3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN..... 32

3.3.1. PROCESO DE EVALUACIÓN.....32

**CAPITULO IV. PROGRAMACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA..... 32**

4.1. PLAN DE SALUD COMUNAL, PRINCIPALES HITOS DEFINIDOS EN LA LEY 19.378. ..... 33

4.1.1. CONTENIDOS DEL PLAN DE SALUD COMUNAL: .....34

4.1.2. PLAN DE ACCIÓN .....36

4.1.3. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMÁTICO AÑO 2016". .....39

4.1.4. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCION PRIMARIA .....40

**CAPITULO V. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO. ..... 45**

5.1. RECOMENDACIÓN DE COORDINACIÓN..... 47

5.1.1. EJEMPLO DE COORDINACION EN RED: SALUD MENTAL. .....47

5.1.2. EJEMPLO DE COORDINACIÓN EN RED: SALUD RESPIRATORIA. .....52

**CAPITULO VI. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO ..... 54**

6.1. PROGRAMACIÓN DESDE LA DEMANDA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO ..... 54

6.1.1. DESDE LA ATENCIÓN SECUNDARIA: .....54

6.1.2. DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA: .....54

6.1.3. PRESTACIONES CON GARANTÍAS EXPLICITAS DE SALUD:.....54

6.2. PROGRAMACIÓN DESDE LA OFERTA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO..... 55

6.2.1. CRITERIOS TECNICOS PARA LA PROGRAMACION DE ATENCIÓN ABIERTA.....59

6.2.2. CRITERIOS TECNICOS PARA LA PROGRAMACION DE ATENCIÓN CERRADA .....68

6.3. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS: ..... 70

6.3.1. ORIENTACIÓN PROGRAMÁTICA PARA REHABILITACIÓN EN LA RED DE HOSPITALES DE ALTA Y MEDIANA COMPLEJIDAD .....70

6.3.2. ORIENTACIÓN PROGRAMÁTICA PARA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL.....76

6.3.3. ORIENTACIÓN PROGRAMÁTICA PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA SECUNDARIA .....85

Ilustración 1 Carta Deberes y Derechos de los Pacientes…….7

Ilustración 2 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario……..18

Ilustración 3 Ambitos de abordaje para sistematizar la implementación de la Red Asistencial de Salud……22

Ilustración 4 Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud……..25

Ilustración 5 Diseño General Sistema Sanitario en Red……..30

Ilustración 6 Pirámide Modelo Comunitario Equilibrado (basada en OMS,2009)……..48

Ilustración 7 Consultoría y enlace de equipos de especialidad territorializados en los establecimientos de APS……..49

Ilustración 8 Elementos  Principales de las Consultorías y Enlaces…….51

Ilustración 9 Flujograma Enfermedades Respiratorias Crónicas……..53

Ilustración 10 Procedimiento de Programación……56

Ilustración 11 Formato para Programación Semanal……63

Ilustración 12 Formato para Programación Anual …….64

# PRESENTACION

*Tal como está mandatado en la ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria, el Ministerio de Salud debe poner a disposición de los equipos profesionales, orientaciones de planificación y programación en red en el contexto del marco normativo existente para los diferentes programas de salud que se ponen en práctica en nuestra red sanitaria. Con lo anterior se busca contribuir a optimizar el modelo de gestión en red de los servicios de salud.*

*Manteniendo los énfasis asociados al Modelo de Salud Familiar y comunitaria, la continuidad de la atención, el buen trato al usuario, integralidad de las acciones y perspectiva de ciclo vital, es necesario destacar que desde el año 2015, se han realizado ingentes esfuerzos por relevar la iniciativa propuesta por OPS orientada a poner en práctica efectiva " Redes Integradas de Servicios de Salud" (RISS), que permitan optimizar el uso de los diferentes dispositivos de atención que se encuentran disponibles en los territorios de cada uno de esos Servicios.*

*En ese sentido, se hizo el esfuerzo de definir compromisos de gestión centrados en la lógica de las RISS, favorecer encuentros de los equipos directivos de los Servicios de Salud y definir acciones de complementariedad, que permitan una real integración de los equipos de salud locales, orientados al desarrollo de competencias que nos permitan enfrentar de mejor forma los desafíos de la situación epidemiológica actual.*

*Además, hemos querido relevar para el período programático 2016, la programación operativa en los diferentes establecimientos de la red, como un eje conductor de las acciones sanitarias, que marcan los énfasis de las diferentes actividades de las carteras de prestaciones, según nivel de atención y la estimación de producción de acciones directas en cada uno de ellos.*

*Lo anterior, representa el necesario complemento de los planes de salud, desarrollados a la luz de lo indicado en el citado Estatuto de Atención Primaria, pero que desde la perspectiva de red, hemos querido ampliar a toda la gama de establecimientos asistenciales de esa red.*
*Nos queda por delante el desafío a cada uno de los actores del sistema de salud público chileno; dar los pasos para lograr la efectiva integración de acciones entre niveles, favoreciendo con ello un mejor y más expedito tránsito de las personas que requieren algún tipo de atención o acción de salud por mínima que ella sea.*

*El presente documento, pretende ser un aporte para estimular esa integración, contribuyendo con ello a una mejor satisfacción de nuestros usuarios.*

*Sin duda, es menester agradecer a todos los profesionales tanto del Ministerio de Salud como de las redes de atención, que contribuyeron a la elaboración de este documento.*

***DRA. GISELA ALARCON ROJAS***
***SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES***

# CAPITULO I. BASES CONCEPTUALES

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

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

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

## *1.1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA*

### *1.1.1. ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL*

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

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

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

### a) Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes[1]

El 01 de octubre de 2012, entra en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud.

La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado.

Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios.

Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la ''**Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes**'' en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley.

Se establece que los prestadores institucionales o individuales, públicos o privados, en aplicación de las disposiciones del inciso penúltimo del artículo 8º de la Ley 20.584, deberán mantener en lugar público y visible, una impresión de la Carta de Derechos y Deberes, debiendo asegurarse que todas las personas que acceden a sus dependencias puedan visualizarla.

**Ilustración 1: Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.**

[1] Ley Nº 20.584

### *1.1.2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)*

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

### *1.1.3. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA*

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en el adulto mayor, y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, y disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación (Barker & Clark, 1997; Gluckman & Hanson, 2008).

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).

El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida (Lu & Halfon, 2003). Demanda también contar con sistemas de información confiables que permitan estudiar grandes cohortes de población para conocer la efectividad e impacto de los programas de salud implementados. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país.

Este enfoque, “considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida” (Minsal, 2010).

### *1.1.4. 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"[2].

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.

#### a) Equidad de Género en Salud

La incorporación del enfoque de género en la salud[3], busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida.

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género.

Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo: son atribuibles a la distinta exposición a riesgos de mujeres y hombres; y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables. Es decir, sólo se explican por factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. Por tanto, hay que considerar al género como un determinante social de la salud y diferenciar el perfil epidemiológico de cada sexo para el diseño de políticas sanitarias. La estrecha relación entre inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbimortalidad infantil, entre muchos otros problemas de salud (Marmot et al., 2008; Martine, 2000; Shedlin, 2002), hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial.

#### b) Interculturalidad y Pueblos Indígenas

La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de salud Integral Familiar y Comunitaria, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país y construir espacios de participación con las comunidades indígenas, siendo recomendable en

---

[2] Word Health Organization. "Equity in Health Care". Geneva, WHO, 1996

[3] "Equidad en la situación de salud desde la pespetiva de género" Washington DC.OPS 1999

algunos casos, la instalación de mesas de trabajo comunales, provinciales y regionales para abordar los problemas de salud que les atañen.

En el ámbito asociado a trabajo y planificación sanitaria, la Cultura es un elemento clave, porque se vincula con comportamientos, hábitos, estilos y formas de vida, lo que se relaciona, por una parte con la "etiología" o causas de las enfermedades y también con las prácticas y explicaciones que le atribuyen las personas a su proceso de enfermedad, las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud. De ahí que debe ser considerada en los procesos de atención de la salud de las personas.

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 que presenta una población, lo que implica que el modelo científico *occidental* no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena es integral y tiene un amplio desarrollo.[4]"

Considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones tales como: implementación de procesos de sensibilización que faciliten la comunicación, entre el personal de salud y las personas de comunidades indígenas; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías, que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud, adopción de enfoque intercultural en programas que tengan como beneficiarios a personas pertenecientes a pueblos indígenas, transversalización del enfoque intercultural en programas cuyos destinatarios pertenecientes a pueblos indígenas tengan perfiles epidemiológicos[5] con marcado daño en la salud, entre otras.

**c) Inmigrantes**

La inmigración a nuestro país es un fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. El acceso a empleos en condiciones precarias e informales somete a los migrantes, especialmente a los no regulados, a condiciones de vida deficientes. Las situaciones de discriminación y entornos de vulnerabilidad que afectan a la población migrante están documentadas e incluyen, las precarias condiciones de vida, la vulneración de derechos laborales, las desiguales oportunidades educativas para niños/as y jóvenes, y los obstáculos para acceder a atención de salud, entre otros.

### *1.1.5. 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.

---

[4]"Política de Salud y Pueblos Indígenas". Ministerio de Salud, 2006

[5] A través del desarrollo de Perfiles epidemiológicos diferenciados (2008-2013) efectuados en pueblos indígenas, ya sea han identificado ámbitos críticos en la morbi/mortalidad de las personas indígenas, por ejemplo enfermedades cardiovasculares, neoplasias, del sistema respiratorio, salud mental, mortalidad infantil y otros.

**a) Intrasectorialidad**

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

**b) Intersectorialidad**

Consiste en el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales e institucionales y organizaciones presentes en el territorio (sector público, sector privado y sociedad civil), mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población, desde el punto de vista de las determinantes sociales. Se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta.

## *1.2. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020*

El sector salud en su constante búsqueda de enfrentar los desafíos que afectan a la población, estableció en la década anterior una profunda reforma, en cuyos ejes establece la definición de Objetivos Sanitarios, los cuales guían el accionar del sector, así como el abordaje intersectorial.

De esta forma, se establece como imprescindible una visión amplia de la salud en la perspectiva de la producción social y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, de manera que los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD) sean una Política de Estado más que solo sectoriales.

Es así que para el periodo 2011-2020 se plantean como Objetivos Sanitarios:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir las desigualdades en salud
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Entre los aprendizajes que se establecieron con la implementación de los OSD 2000-2010, se destaca la necesidad de insertarlos en un sistema de planificación en el que se defina un plan de implementación, seguimiento y evaluación, que incluya la definición de indicadores, actividades, recursos y responsables; el que debe integrar a todos los niveles de la organización de salud para avanzar en la formulación y gestión efectiva de las metas.

Este aprendizaje es el fundamento de la formulación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) para el cumplimiento de los OSD 2011-2020. Durante fines del 2014 se inicia un proceso de mejora con el propósito de enfatizar la lógica de su diseño y así generar una mayor claridad en torno a la contribución que cada nivel tiene sobre las metas definidas. Este trabajo se traduce en la elaboración del documento “Salud de Todos” que esquematiza la cadena de resultados, utilizada en su diseño, en las diversas temáticas de salud que se abordan en la ENS.

De este modo se determina que para el logro de los 4 objetivos sanitarios existen 9 ejes estratégicos, desde los cuales se establecen metas de impacto y resultados esperados, las que se miden a través de indicadores, correspondiendo a su vez la selección de actividades, intervenciones clínicas o procesos organizacionales, los que permitan ir avanzando en el cumplimiento adecuado de los OSD.

Para avanzar en la consecución de los resultados formulados en la ENS, se establece la necesidad de construir un **plan operativo anual**, el cual corresponde en términos generales a la formulación de actividades que propicien el cumplimiento progresivo y oportuno de las metas establecidas en los distintos niveles del sector, lo cual permitirá vincular los procesos operacionales del sector, con la planificación estratégica.

De esta forma y considerando los perfiles epidemiológicos actuales, que imponen una alta exigencia a la eficiencia y eficacia de las políticas públicas de salud, será nuestra capacidad de adaptarnos y responder adecuadamente a estos requerimientos, la que en parte determinará también el cumplimiento de los OSD, estableciéndose por lo tanto la necesidad de una vinculación efectiva en los distintos niveles del sector, así como también con el intersector.

### *1.2.1. CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD*

| CADENA DE RESULTADOS | DEFINICIÓN | NIVEL DE PLANIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Impacto | Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren en el largo plazo de manera sostenible. Por ejemplo, una mejora de la situación sanitaria de la población, conseguida gracias a una disminución de la morbilidad y mortalidad, la eliminación o erradicación de una enfermedad, una disminución de la prevalencia de factores de riesgo, financiamiento equitativo, entre otros. | Estratégico (común para todos los actores y nivel de responsabilidad) |
| Resultado Esperado | Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren a corto o mediano plazo atribuibles a las intervenciones del sector o intersector, además de aquellos cambios que pueden afectar la capacidad y funcionamiento del sistema de salud, como la cobertura de vacunación, la cobertura de tratamiento o el acceso a la atención. | |
| Resultado Inmediato | Todo aquello que el sector e intersector pretende hacer para contribuir al logro de los resultados esperados y sobre lo cual tendrán que rendir cuentas. Se refiere a resultados relacionados directamente a los productos y servicios en cada nivel de responsabilidad. Por ejemplo; estándares normativos, intervenciones, Programas, directrices y otros. | Operativo (diferenciado según nivel de responsabilidad) |
| Actividad | Conjunto de acciones realizadas a fin de producir los resultados inmediatos. Deben estar claramente vinculadas a la consecución de cada uno de los resultados inmediatos. | |

### *1.2.2. EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO*

Se presenta a continuación los Ejes Estratégicos, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto.

| OE 1. REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| VIH/SIDA | Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA | Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. |
| Tuberculosis | Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública | Disminuir a 5 por 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis. |
| Enfermedades Transmisibles | Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación | Mantener en 0 el número de casos de enfermedades transmisibles en eliminación. |
| Infecciones Respiratorias Agudas | Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas | Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas. |

| OE2. REDUCIR LA MORBILIDAD, LA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD PREMATURA POR AFECCIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| Enfermedades Cardiovasculares | Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares | Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio |
| | | Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular |
| Diabetes Mellitus | Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus | Mantener en 15,9 por 100 mil habitantes la mortalidad por diabetes |
| Enfermedad Renal Crónica | Reducir la progresión de enfermedad renal crónica | Bajar de 8,2 a 6,8 por cada 100 mil habitantes los nuevos casos proyectados de tratados con hemodiálisis |
| Cáncer | Reducir la tasa de mortalidad por cáncer | Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer |
| Enfermedad Respiratorias Crónica | Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica | Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica |
| Trastornos Mentales | Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental | Disminuir 15% el promedio de días de licencia médica asociada a un trastorno mental |
| | | Disminuir 6,20 puntos porcentuales la prevalencia de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal |
| Discapacidad | Disminuir la discapacidad | Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad proyectada |
| Salud Bucal | Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables | Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años |
| | | Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal |
| Accidentes de Tránsito | Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito | Reducir de 1,19 a 0,7 por 100.000 habitantes la mortalidad por accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol. |

| | | |
|---|---|---|
| Violencia Intrafamiliar | Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida | Disminuir en un punto porcentual a 8% la cantidad de mujeres, entre 15 y 25 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses. |
| | | Disminuir en un punto porcentual a 6,8% la cantidad de mujeres, entre 26 y 65 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses. |
| | | Disminuir la tasa anual de femicidios en mayores de edad |

| **OE3. REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CARGA DE ENFERMEDAD, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES** | | |
|---|---|---|
| TEMA | **OBJETIVO** | META |
| Salud Óptima | Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud | Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores, en población mayor a 15 años. |
| Consumo de Tabaco | Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco | Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años |
| Consumo de Alcohol | Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años | Disminuir 10% la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años. |
| Sobrepeso y Obesidad | Mantener o Disminuir la obesidad infantil | Mantener o disminuir respecto de la línea de base, la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (en el sistema público) |
| Sedentarismo | Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en niños, adolescentes y jóvenes | Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 5 a 24 años. |
| Conducta Sexual | Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes | Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente |
| Consumo de Drogas Ilícitas | Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años | Disminuir 5% prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 15 a 24 años. |

| **OE4.REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL** | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| Salud Perinatal | Disminuir la mortalidad perinatal | Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal. |
| Salud Infantil | Disminuir el rezago infantil | Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años. |
| Salud del Adolescente | Disminuir la mortalidad por suicido en adolescentes | Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años. |
| Embarazo Adolescente | Disminuir el embarazo adolescente | Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años |

| | | |
|---|---|---|
| Accidentes del Trabajo | Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo | Disminuir 40% la tasa promedio de los últimos 3 años de mortalidad por accidentes del trabajo. |
| Enfermedades Profesionales | Mejorar la vigilancia de la enfermedades profesionales | Disminuir la tasa de días perdidos por riesgos específicos. |
| Salud de la Mujer Climatérica | Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica | Aumentar a 30% el porcentaje de mujeres climatéricas bajo control, con MRS aplicado, con puntaje menor a 15 puntos. |
| Salud del Adulto Mayor | Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores | Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años. |

| OE5. REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LA MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS QUE PRODUCEN LOS DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS EN LA SALUD | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| Salud Intercultural | Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas | Disminuir 0,2 % la mortalidad por TBC en población indígena en regiones seleccionadas. |
| Inequidad de Género | Contribuir al mejoramiento de la situación de salud con enfoque de género | Reducir la brecha de carga de enfermedad originada por inequidades de género. |

| OE6. PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| Contaminación Atmosférica | Mejorar la calidad de vida de las personas asociada a las condiciones sanitarioambientales | Disminuir el porcentaje de personas que identifica problemas de contaminación del aire en su localidad en 15%. |
| Residuos Sólidos | | Disminuir el porcentaje de personas que identifica problemas asociados a la presencia de microbasurales en su localidad en 10%. |
| Uso de Aguas | | Lograr que el 99% de la población cuente con acceso a agua potable reglamentaria. |
| | | Lograr que el 97% de la población cuente con acceso a disposición de aguas servidas reglamentaria. |
| Entorno Urbano | | Disminuir el porcentaje de personas que perciben la falta de áreas verdes en su barrio o localidad en 10%. |
| Enfermedades Transmitidas por Alimentos | Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos | Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote. |

| OE7.FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| Sistemas de Información | Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud | Aumentar a 70% los establecimientos que tributan información de manera efectiva a la Historia Clínica Compartida. |

| | | |
|---|---|---|
| Investigación en Salud | Aumentar la investigación en salud en Chile que genera mejor salud, equidad y eficiencia en las políticas públicas | Aumentar un 20% los proyectos de investigación financiados con fondos públicos (Fonis, Fondef, etc.) que presentan una traducción en políticas públicas. |
| Recursos Humanos | Mejorar la gestión del personal del sector salud | Aumentar la densidad de profesionales nucleares (médicos, matronas y enfermeras) de 23,9 a 32 por 10.000 beneficiarios a nivel país. |
| | | Lograr que el 80% de los funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública presenten "riesgo bajo" en las dimensiones de evaluación de riesgo psicosocial. |
| Financiamiento | Fortalecer el financiamiento del sector | Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud. |
| | | Lograr que un 100% de los Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno. |
| Infraestructura | Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud | Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición. |
| | | Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición. |
| Gobernanza y Participación | Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector | Lograr que todas las SEREMI y SS realicen al menos una consulta ciudadana anual sobre las políticas públicas de salud. |
| Efectividad de Procesos | Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles | Disminuir 10% la tasa de hospitalizaciones por Insuficiencia Cardíaca Congestiva. |
| | | Disminuir 10% la tasa de Hospitalizaciones por Infarto Agudo al Miocardio en hombres menores de 50 años. |
| Salud Internacional | Mantener la participación y cooperación internacional en salud | Mantener el 75% el porcentaje de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional. |

| OE8.MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN MARCO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| Seguridad de la atención | Aumentar la seguridad en la atención de salud | Disminución de 20% de la tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica. |
| Fármacos | Mejorar la calidad de medicamentos. | Al menos 90% de los fármacos priorizados cumplen con las características de calidad definidas. |

| | | |
|---|---|---|
| Satisfacción Usuaria | Mejorar la Satisfacción Usuaria | Mantener o disminuir el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de Centros de Atención Primaria igual o menor a 18,6%. |
| | | Mantener o aumentar el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en las Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias del Ministerio de Salud. |

| **OE9. FORTALECER LA RESPUESTA ADECUADA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS** | | |
|---|---|---|
| **TEMA** | **OBJETIVO** | **META** |
| Emergencias, desastres y epidemias | Fortalecer la respuesta del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias | Lograr que al menos un 70% de los desastres no alteren la tasa de mortalidad bruta más allá de los 3 meses posteriores al desastre. |

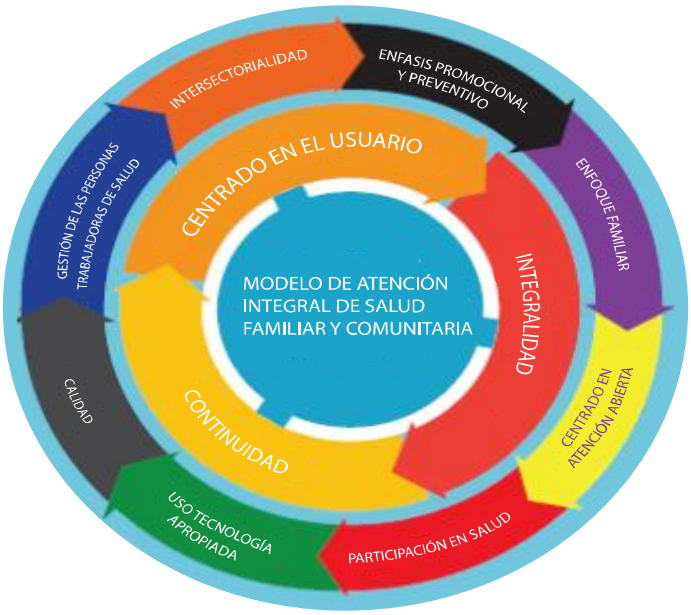
## *1.3. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA*

El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, ha sido definido como "*El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural*"[6].

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

Muchos de los principios del Modelo de Salud Integral, pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; "centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado"[7] (figura 2).

**Ilustración 2: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario**




[6] MINSAL. (2005). Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención Nº 1. Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

[7] Division de Atencion Primaria 2013. Orientaciones para la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Capitulo 1. Conceptos y elementos claves. http://minsal.uvirtual.cl/siminsal/

- **Principios del Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitaria**

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

1. ***Centrado en las personas***: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, "en su integralidad física, mental, espiritual y social". La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.

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

3. ***Continuidad del cuidado***: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional[8]. La continuidad del cuidado, significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

[8] OPS. (2010). La renovación de la Atención Primaria en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud; Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC.

## CAPITULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)[9]

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), son una iniciativa de la OPS que tienen como propósito, contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. Según OPS [10](10), un Sistema de Salud Basado en la APS supone:

***"Un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad".***

En el contexto de la planificación y programación, las RISS, permitirán a los equipos de salud avanzar en una programación entre niveles de atención. A continuación algunos elementos relevantes de las RISS.

Los Servicios de Salud, tienen la responsabilidad de la realización de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas, bajo la normativa vigente que emana del Ministerio de Salud.

La acción de los mismos, se desarrolla a través de una serie de actividades, cuya responsabilidad recae en los diferentes establecimientos que conforman la red asistencial de su territorio. Uno de los principales desafíos para lograr los objetivos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, es la efectiva coordinación de los diferentes equipos de trabajo.

Las redes integradas de Servicios de Salud (RISS) están definidas como:

***"una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS, 2010)".***

[9] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.

La definición anterior, impone la necesidad de organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio. Otros elementos que dan cuenta de esa fragmentación son:

- Segmentación institucional del sistema de salud;
- Predominio de programas focalizados en enfermedades,
- Riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria;
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.
- Trabajo intersectorial escaso y sin permanencia en el tiempo.

En el caso particular de Chile, el hecho de que la mayor parte de la atención primaria se encuentre bajo un régimen de administración municipal, impone la necesidad de redoblar los esfuerzos de coordinación y cuando corresponde, de abogacía, para que las acciones definidas por el Ministerio de Salud, tengan una adecuada ejecución en los diferentes establecimientos de APS que, aún con entidades administradoras diferentes, tienen la responsabilidad de la ejecución de programas nacionales que están diseñados para llegar a la población en la misma modalidad, cualquiera sea el sector geográfico en que se encuentre. Este riesgo de fragmentación, derivada de la dependencia administrativa, constituye un desafío para el gestor de red en cada territorio, en tanto la obtención de adecuados resultados sanitarios, es prácticamente imposible sin la atención primaria fortalecida.

***En este contexto las RISS contribuyen a superar los desafíos de la fragmentación tendiendo a:***

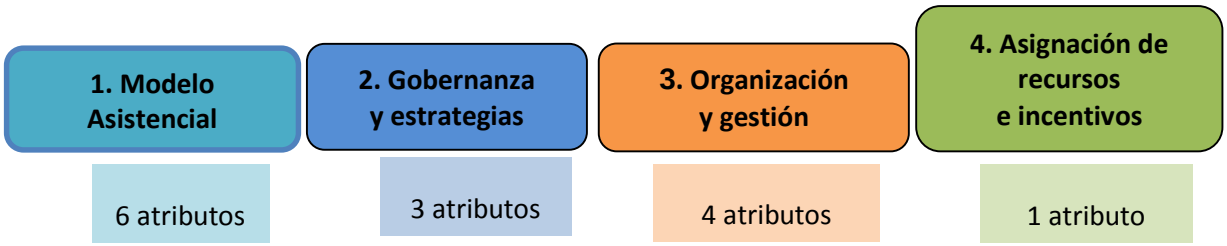
- Optimizar y garantizar el acceso a los servicios
- Mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios
- Propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles
- Mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud recibidos

La OPS identificó 4 ámbitos de abordaje para sistematizar la implementación en las Redes Asistenciales de Salud:

1. Modelo asistencial
2. Gobernanza y estrategias
3. Organización y gestión
4. Asignación de recursos e incentivos

Por su parte, cada ámbito considera una serie de atributos en base a una extensa revisión bibliográfica y diversas consultas realizadas en el marco del modelo RISS, como lo resume el siguiente esquema:

**Ilustración 3: Ámbitos de abordaje para sistematizar la implementación de las Redes Asistenciales de Salud**




Diversos estudios, sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

1. **Modelo Asistencial:**

a) Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud;

b) Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública;

c) Un primer nivel de atención multidisciplinario, que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población;

d) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;

f) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud; y

g) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

2. **Gobernanza y Estrategia:**

a) Un sistema de gobernanza único para toda la red;
b) Participación social amplia; y
c) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

3. **Organización y Gestión:**

a) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico;
b) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
c) Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, género, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes; y
d) Gestión basada en resultados.

4. **Asignación e Incentivos:**

a) Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

***Para profundizar en las RISS se recomienda revisar OPS Redes Integradas de Servicios de Salud. Serie Nº4 La renovación de la salud en las Américas. 2010***

## *2.1 ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED*

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

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

***MINISTERIO DE SALUD***

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

***SEREMI DE SALUD***

En su función de autoridad regional debe:

- Mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar Vigilancia Epidemiológica.
- Evaluar metas sanitarias de Atención Primaria.

***SERVICIOS DE SALUD***

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

- El Rol del Servicio de Salud, es la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas

enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la súper-vigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

- El Gestor de Red, dispone de distintas instancias para facilitar la Articulación de la Red Asistencial. Uno de ellos, es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA). Este Consejo, está constituido por representantes de establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados, que integren la Red Asistencial del Servicio y presidido por el Gestor de Red. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas la medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los establecimientos de Atención Primaria, sean estos de dependencia del Servicio o establecimientos de dependencia municipal. Asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas que presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

- Al Gestor de Red le compete gestionar las medidas necesarias para la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red, a fin de otorgar a la población que lo requiera continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención.

## *2.2 PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

En el marco de la función de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de articulación de la Red Asistencial del Sistema de Salud, se ha trabajado para avanzar en el desafío de instalación, consolidación y funcionamiento de las Redes Asistenciales.

Dentro de este contexto se encuentra el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud[11], actualizando el ordenamiento de sus componentes y su interacción, visualizando nodos críticos y anticipando su resolución, a través de la Planificación, Implementación y Evaluación.

Por los distintos grados de avance en la instalación de estas Redes Asistenciales y por el dinamismo intrínseco de las mismas, se hace necesaria la revisión continua del Diseño de la Red de cada Servicio de Salud, a través de un proceso metodológico, con el objetivo de evitar el uso inadecuado de los recursos de la Red y que repercutan en el usuario, a través de vacíos de cobertura y de tiempos de espera, entre otros.

En el año 2010, se elaboró el Documento "Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación", que entrega orientaciones para Diseñar la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, a través del desarrollo de una metodología que toma como unidad de análisis el Servicio de Salud, ya que considerando la articulación de sus Establecimientos o componentes, es una Red en sí misma.

La metodología utilizada para el Diseño de la Red, plantea el desarrollo de tres etapas: Planificación,

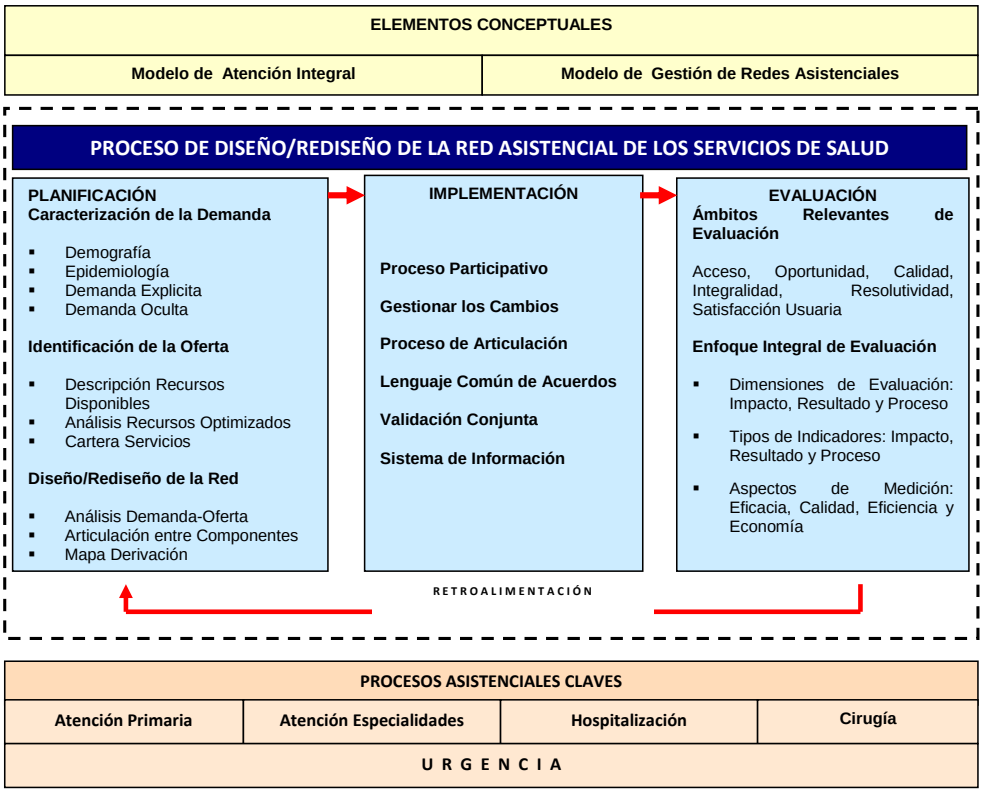
---

[11] Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De Red Asistencial, Departamento De Gestión De Servicios de Salud. Documento de Trabajo "Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud". Septiembre 2012.

Implementación y Evaluación. Estas etapas están en un proceso continuo y se retroalimentan entre sí, permitiendo asegurar la organización de los procesos asistenciales claves de atención primaria, especialidades, hospitalización, intervención quirúrgica y urgencia.

El siguiente esquema muestra estos elementos y el proceso metodológico a seguir, basado en el Modelo de Atención Integral y de Gestión de Redes Asistenciales.

**Ilustración 4: Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud**




La metodología de diseño de la Red Asistencial, fue aplicada, por los 29 servicios de salud el año 2010, a través de un proceso de aplicación metodológica conocido y validado por todos los integrantes de la Red.

El Diseño de la Red, se actualizará cada 5 años, aplicando nuevamente cada una de las etapas de la metodología, a través de un Plan Operativo que contempla la actualización en cada una de las Redes Asistenciales.

# CAPITULO III. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

## *3.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PLANIFICACIÓN*

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

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

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

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

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

La importancia de Programar en Red, se debe fundamentalmente a tres aspectos;

1. Los problemas y necesidades de la población son ilimitadas y los recursos escasos.
2. Los problemas de salud prevalentes van cambiando en el tiempo
3. Las acciones de salud son por naturaleza complejas.

A partir del 2013, cobra relevancia en la programación en red la coordinación con la Autoridad Sanitaria regional, en el marco del plan regional de salud enmarcado en el Plan Nacional de Salud y los Objetivos Sanitarios al 2020.

### *3.1.1. ÁMBITOS Y ETAPAS DE LA PROGRAMACIÓN*

La Programación se da en tres ámbitos:

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

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

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

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

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

### *3.1.2. DIAGNÓSTICO GENERAL DE SALUD.*

Se realiza de la siguiente manera:

i. El diagnóstico epidemiológico es entregado por la Seremi y /o Servicios de Salud y complementado con información local.

ii. El equipo local de salud rescata información que emana de otras instancias como municipios o de otras Políticas Públicas: sistema de protección social, otros.

iii. Se integra la información que tiene el equipo de su territorio obtenida en la relación con los usuarios a través de los programas de salud, en sus diferentes actividades.

- Interpretación diagnóstica: El equipo local analiza los datos obtenidos, establece correlaciones, identifica lo permanente y releva las brechas y prioridades.
- Diagnóstico participativo: El equipo local proporciona a la comunidad su interpretación diagnóstica, confrontando su visión con la de la propia comunidad local, utilizando metodologías de carácter participativo.

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

### *3.1.3. 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, cómo y con tiempos establecidos.

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

**En la Programación:**

- Se fijan las responsabilidades sectoriales (salud) y se identifican las responsabilidades intersectoriales (lo que se hará con otros) y comunitarias (corresponsabilidad en salud).

- Se seleccionan o adoptan protocolos, previamente elaborados por MINSAL y Servicios de Salud, los que constituyen instrumentos de apoyo al trabajo del equipo.

- Se determina el nivel de intervención en: promoción (factores protectores), prevención (factores de riesgo), tratamiento / intervención, curación y rehabilitación, individual o familiar, grupos, comunidades en conjunto con la comunidad local.

- Se establecen coberturas y rendimientos del equipo de salud a nivel local, en función de criterios visados por el Gestor de Red, de acuerdo a la realidad local.

- Se determina la dotación necesaria de recurso humano, según la programación de actividades definidas por las metas sanitarias, orientaciones técnicas, estructura de la demanda (situación de salud de la población) y prioridades locales.

- Se deben planificar actividades de capacitación tanto en área técnica como de gestión, teniendo en consideración la planificación estratégica, los objetivos sanitarios y las necesidades planteadas a nivel local como requisitos para avanzar en el Modelo de atención centrado en la familia.

- Asegurar sistemas de supervisión, control de calidad y evaluación de resultados. La supervisión permite apoyar a cada uno de los integrantes del equipo para su correcto desempeño.

- La fijación de metas de producción y la introducción de nuevas actividades, necesariamente debe incluir una evaluación a la capacidad de soporte administrativo y asistencial que posea cada establecimiento.

- La oferta de prestaciones, debe considerar el proceso completo de resolución de un problema de salud.

- En la práctica, esto implica, que el nivel de atención secundario y terciario, en la programación de oferta de atención de especialista hacia la Atención Primaria, debe resguardar la continuidad de atención que se materializa en el acceso a controles posteriores

a la primera consulta, realización de exámenes y/u hospitalización, de modo de no generar nudos o interfaces en los distintos niveles de la red.

- **Incorporar en la programación los tiempos necesarios para:**

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

### *3.1.4. EJECUCIÓN*

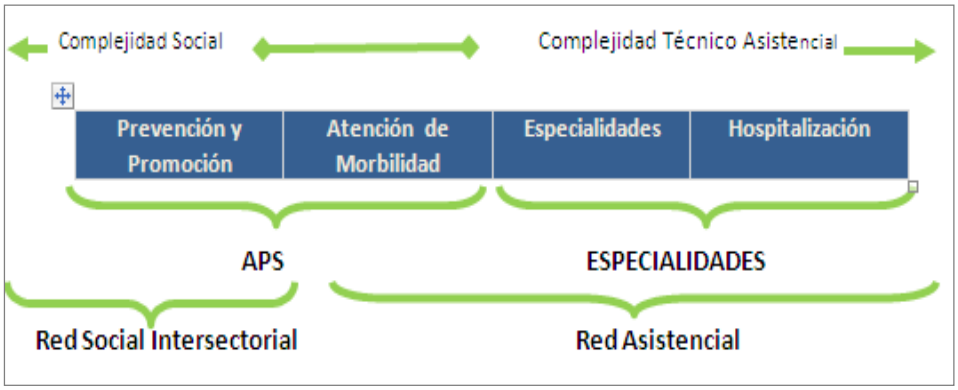
El equipo local de salud ejecuta su trabajo en el marco de lo programado. El proceso de planificación es cíclico y flexible, aspecto que se notará en la ejecución de las acciones, de tal manera que se harán las correcciones o modificaciones de acuerdo a la realidad y cultura locales.

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

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

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

**Ilustración 5: Diseño General del Sistema Sanitario en Red**




## *3.2 ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED*

### *3.2.1. PROCESO DE PLANIFICACIÓN:*

Implica realizar un diagnóstico que se construye con la caracterización de la Demanda de la población asignada, el cálculo de la Oferta de los distintos establecimientos de la Red y la comparación entre ellos, con el cálculo de la brecha existente.

Con esta información al identificar las brechas podemos rediseñar la Red, en busca de la complementariedad de sus establecimientos, que pueda dar respuesta a las necesidades de la población beneficiaria.

Las brechas aún presentes después de este ejercicio deberán ser trabajadas considerando la oferta pública o privada fuera de la Red.

### *3.2.2. CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA:*

La caracterización de la Demanda debe considerar un Análisis demográfico de la Población que implica:

- Determinar el Área Geográfica
- Crecimiento Poblacional
- Grupos etarios
- Distribución por sexo
- Nivel Socioeconómico
- Sistema de Seguro de Salud
- Población inmigrante y población flotante.
- Pueblos originarios/ Culturas relevantes

Luego realizar Proyección poblacional a 5 y 10 años.

***El Perfil Epidemiológico*** debe dar una orientación sobre el perfil de Salud que los establecimientos deben resolver.

- Factores condicionantes de la Salud (variables que condicionan el nivel de salud).
- Daño en Salud (tendencias de salud de la población y áreas geográficas y grupos de población con mayores problemas).
- Problemas de Salud Prioritarios (jerarquización problemas de salud cuantitativo y/o cualitativo).

***La Demanda Explicita*** se expresa en las prestaciones que la población solicita para cada una de las especialidades, esto se traduce en la suma de prestaciones realizadas, lista de espera y rechazo para cada una de las especialidades y prestaciones ofertadas y no ofertadas.

***La Demanda Oculta*** es aquella que no se explicita por no estar identificada, debido a la falta de respuesta.

### *3.2.3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA*

La caracterización de la Oferta de la Red requiere caracterizar los establecimientos de la Red. Desde su complejidad, su capacidad resolutiva, su Cartera de Servicio, osea el tipo de oferta de prestaciones.
***Cuantificar el Recurso Humano*** que entregará las distintas prestaciones, esto es la Dotación y la caracterización por estamento y Especialidad.

Aplicación de ***Coeficientes técnicos***, que corresponde a la cantidad de prestaciones que se requiere técnicamente para resolver un problema de salud.

Estandarización de ***rendimientos y Programaciones*** que darán como resultado la oferta final de prestaciones del establecimiento.

La ***optimización*** de la oferta realizando correcciones a la productividad y buscando soluciones a los nodos con estrategias de Red.

### *3.2.4. DISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL*

El Diseño y la optimización de la Red se traducen en generar un ***Mapa de Derivación de la Red Asistencial.***
Para esto, es necesario realizar un análisis comparativo de la Demanda Estimada y la Oferta calculada con lo cual obtendremos la Brecha a la cual la Red se debe enfrentar.
Con este diagnóstico debe realizarse un Mapa de Derivación que responda a esta realidad, el que incluirá a todos los establecimientos de la Red, pero que también puede incluir otros establecimientos de la Macrored del sistema público o privado, si fuera necesario, para dar respuesta a las necesidades de la población.

### *3.3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN.*

El proceso de implementación debe ser un proceso participativo de todos los actores involucrados de la Red, directivos, funcionarios y usuarios.
Debe tener un lenguaje común, que facilite los vínculos, articulaciones, coordinaciones y negociaciones necesarias para instalar los procesos clínicos y administrativos a través de la Red, que permita el fluido y seguro transito del paciente en la resolución de su problema de salud.
Esta tarea de implementación requiere necesariamente de la validación de la Red, la instancia más utilizada son los Consejos integradores de la Red Asistencial CIRA, pero pueden ser otros.

#### *3.3.1. PROCESO DE EVALUACIÓN*

Para evaluar los resultados del Diseño de la Red o del funcionamiento de ésta, se requiere de un sistema de información que asegure la calidad, el procesamiento y análisis de los registros de la Red.
Los principales ámbitos de evaluación son: el Acceso, Oportunidad, Calidad, Atención integral, Resolutividad y Satisfacción Usuaria.
Para cada uno de los ámbitos se deben generar indicadores que den cuenta de los procesos y actividades relacionadas.

## CAPITULO IV. PROGRAMACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

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 la Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, con las 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. 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 Plan de Salud Comunal, debe contener a su vez el Programa de Capacitación Municipal, el cual se

definirá sobre la base de los criterios establecidos por el Ministerio de Salud al efecto y será enviado a más tardar el 30 de Noviembre al Ministerio de Salud. Este último tendrá un plazo de 15 días para reconocer o hacer observaciones al Programa de Capacitación, emitiendo la resolución de aprobación correspondiente la que será firmada por el/la Subsecretario(a) de Redes Asistenciales. De existir discrepancias en la aprobación del Programa, deben ser resueltas a más tardar el día 30 de diciembre de cada año.

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

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

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

### *4.1. PLAN DE SALUD COMUNAL, PRINCIPALES HITOS DEFINIDOS EN LA LEY 19.378.*

| ACTIVIDADES/AÑO 2016 | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|
| a) MINSAL comunica orientaciones | 10 | | | |
| b) Entidad administradora fija dotación | 30 | | | |
| c) Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud | | 10 | | |
| d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación | | 10 | | |
| e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva | | 10(*) | | |
| f) Alcalde remitirá el Programa Anual al Servicio de Salud | | | 30 | |
| g) ) Servicio de Salud remite Programa de Capacitación Comunal aprobados a Ministerio de Salud | | | 30 | |
| d) Servicio de Salud entrega observaciones al Alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud | | | 30 | |
| e) Entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre. | | | | 30 |

Nota:(*): Contados desde la recepción

### *4.1.1. CONTENIDOS DEL PLAN DE SALUD COMUNAL:*

a) Diagnóstico de la situación comunal.
b) Plan de cuidados de salud de la población.
c) Programación de actividades.
d) Dotación personal.
e) Programa de capacitación.
f) Propuesta plan de trabajo "Proceso Programático año 2016".

**a) Diagnóstico de la situación comunal**

- El Diagnóstico de salud de tipo participativo, es una metodología de identificación de problemas y situación de salud de una comunidad, ejecutada a través de un trabajo conjunto con la comunidad organizada y sus líderes.

En la etapa propiamente diagnóstica, incluye los siguientes elementos:

- Identificación, análisis y priorización de problemas.
- Selección de intervenciones.
- Evaluación de resultados e impacto, también en conjunto con las organizaciones comunitarias.
- Se espera que esta tarea sea de tipo sistemática en el trabajo con la comunidad, de manera de no llevar a cabo procesos sin etapas claras, con riesgo de frustración tanto de parte del equipo como de la comunidad.
- La frecuencia de actualización de diagnóstico dependerá de lo cambiante de la realidad y de la necesidad de nuevos datos, en todo caso es importante que la recopilación de datos no se transforme en un proceso tedioso, sino que tenga claramente estipulada la información que se requiere para un trabajo productivo.

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

| 1. DESCRIPCIÓN DEL NIVEL O SITUACIÓN DE SALUD | |
|---|---|
| **Mortalidad** | **Morbilidad** |
| • Mortalidad General<br>• Mortalidad Infantil<br>• Mortalidad Materna<br>• Mortalidad por Causas<br>• Esperanza de vida<br>• Índice de *Swaroop*<br>• AVISA (años de vida saludable que se pierden por muerte o incapacidad)<br>• AVPP (años de vida potencialmente perdidos). | • Exámenes de Salud<br>• Encuestas de Morbilidad (Encuesta Nacional de Salud, análisis locales)<br>• Consultas Médicas (tasa de consulta)<br>• Egresos Hospitalarios (información indispensable para la Atención Primaria y la programación en red)<br>• Enfermedades de Notificación Obligatoria<br>• Licencias Médicas |

| 2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES | |
|---|---|
| **Población:**<br>• Volumen<br>• Estructura según grupos etarios, sexo y género (susceptibilidad)<br>• Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)<br>• Población inmigrante regulada y no regulada | **Medio Cultural:**<br>Desarrollo Económico, Educación, Vivienda y Saneamiento, Alimentación, Transporte y Comunicaciones, Consumo y Ahorro, Recreación, Trabajo, Vestuario, Seguridad Social, Libertades Humanas Características Culturales, pueblos originarios, Desarrollo comunitario, etc. |
| **Medio Natural:**<br>Clima – Naturaleza – Situación Geográfica | **Sector Salud:**<br>Política de Salud<br>Organización de la red asistencial, identificar los flujos de derivación etc.<br>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.<br>Se realiza análisis de la magnitud de los factores condicionantes y se evalúa la consecuencia o responsabilidad del Sector Salud en el nivel de salud. | |
| **4. APRECIACIÓN** | |
| Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo Normativo (metas nacionales, regionales, del Servicio de Salud y locales). | |
| **5. PRONÓSTICO** | |
| Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes. | |

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

### b) Plan de Cuidados de Salud de la Población

De acuerdo al diagnóstico de salud, se procede a la priorización de los problemas de salud y a la formulación del plan de acción, recogiendo la visión del equipo, los contenidos del diagnóstico participativo y las propuestas de solución realizadas por la comunidad local. Se recomienda vincular las actividades formuladas a los resultados establecidos en la ENS, de forma tal de establecer la contribución que se realiza al logro de los Objetivos Sanitarios de la Década en los distintos niveles, y poder establecer una alineación más concreta de las planificaciones anuales.

El plan de Acción debe contener los siguientes elementos. Señalados en el Formato:

### *4.1.2. PLAN DE ACCIÓN*

**a) Programación de Actividades**

- Utilizar Plantilla programática (Instrumento de programación de Actividades que contiene cartera de prestaciones).
- Respecto a la Atención Primaria, los Productos de la Programación esperados en la Red son los siguientes:

- **Estimación de cuidados primarios:**
  - ✓ Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de patología crónica por grupo de edad.
  - ✓ Estimación de controles de salud y de crónicos según concentraciones y rendimientos.
  - ✓ Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud
  - ✓ Estimación del PNI.
  - ✓ Estimación del PNAC y PACAM.
  - ✓ Estimación de procedimientos.
  - ✓ Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad.

- **Estimación de recursos necesarios:**
  - ✓ Horas técnico-profesionales para cuidados primarios.
- **Oferta de recursos**
  - ✓ Oferta de horas técnico-profesional para cuidados primarios.
- **Brechas de Recursos** Brecha de horas técnico-profesional para cuidados primario

**b) Dotación de Personal**

Registrar de acuerdo a formato adjunto el RRHH disponible.

| CATEGORIA | Nº FUNCIONARIOS | Nº HRS. SEMANALES | Nº HORAS POR HABITANTE INSCRITO |
|---|---|---|---|
| Médico/a | | | |
| Odontólogo/a | | | |
| Químico - Farmacéutico/a | | | |
| Enfermero/a | | | |
| Matrón/a | | | |
| Nutricionista | | | |
| A. Social | | | |
| Psicólogo/a | | | |
| Kinesiólogo | | | |
| Laboratorista Dental | | | |
| Profesor Ed. Física | | | |
| Terapia Ocupacional | | | |
| Ed. Párvulos | | | |
| Téc. Paramédico/a | | | |
| TPM farmacia | | | |
| TPM dental | | | |
| Of. Administrativo/a | | | |
| Otros (especificar) | | | |

### c) Programa de Capacitación

El Programa de Capacitación debe ser consistente con los lineamientos estratégicos de los programas de Formación de Recursos Humanos entregados por el Ministerio de Salud, con las prioridades del Programa de Salud Municipal y con las necesidades de Capacitación del personal especialmente orientado al fortalecimiento del Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

El Programa de Capacitación comunal, debe presentar a lo menos los contenidos que se detallan y ser formulado de acuerdo al esquema:

1. Lineamientos estratégicos.: Lineamientos entregados cada año por el Ministerio de Salud para la Formulación de los Planes y Programas de Capacitación (contenido obligatorio).
2. Actividades de Capacitación: Precisar el nombre de la actividad de capacitación.
3. Objetivos educativos: objetivos de aprendizaje para el logro de las competencias de desempeño (contenido obligatorio).
4. Contenido y metodología educativa.
5. Número de participantes por categoría (contenido obligatorio).
6. Duración en horas pedagógicas de cada una de las actividades de capacitación. (contenido obligatorio).
7. Financiamiento: Señalar en el ítem Capacitación el monto en pesos enviado anualmente a la comuna por el Ministerio de Salud para el desarrollo del Programa. (contenido obligatorio).

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2016 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVCIO DE SALUD..... COMUNA.....

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES DE CAPACITACION | OBJETIVOS EDUCATIVOS | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA | | | | | | | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | FINANCIAMIENTO | | | | ORGANISMO EJECUTOR | COORDINADOR | FECHA DE EJECUCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | A (Médicos, Odont, GF,etc.) | B (Otros Profesio-nales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Adminis-trativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL | | ITEM CAPACITACION | FONDOS MUNICIPALES | OTROS FONDOS | TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Totales | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### *4.1.3. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMÁTICO AÑO 2016".*

**COEFICIENTES TECNICOS PROPUESTOS;** a modo de recomendaciones se precisan para algunas prestaciones, cobertura, concentración y rendimiento.

| ACTIVIDAD | COBERTURA | CONCENTRACIÓN | RENDIMIENTO |
|---|---|---|---|
| Consulta morbilidad | 100% | Infancia 2<br>Otros 1 | 4-5 |
| Morbilidad odontológica adulto, adulto mayor | 20% | 1 | 3-4 |
| Control de salud menor de 1 año | 100% | 8 | 1,5 -3 |
| Control de Salud Integral de Adolescentes (10 a 19 años) | 100% | 1 | 1,5-2 |
| EMP | 33%<br>100% | Adulto 1<br>Adulto mayor 1 | 2-3<br>1-2 |
| Control de crónicos * | 100%<br>100%<br>100% | DM 5<br>HTA 4<br>Asma EPOC 3 | 3-4<br>3-4<br>2-3 |
| Visita domiciliaria integral | 25% | 1 | 1-2 |
| Control prenatal | 100 % Ingreso<br>100% seguimiento | 1<br>6 | 1,5-2<br>3-4 |
| Control ginecológico preventivo (20 -64 años) considera EMP | 33% | 1 | 2-3 |
| Consulta Tratamiento Odontológico | Grupos priorizados | Diferenciar preventivo o integral, según grupo etario (ceo=0) y observado año anterior. | 2-3 |
| Urgencia Odontológica | 3% | 1 | 3-4 |
| Consejería familiar | 20% familias en riesgo | 3 | 2-3 |
| Consulta kinésica | 100% Infancia<br>100% Adulto mayor | 3,25<br>8 | 3-4<br>2-3 |
| Consulta nutricional | 100% adulto según prevalencia u observado | 1 | 3-4 |
| Consejería Salud Sexual Reproductiva | 100% Adolescentes 10 a 19 años que presentan riesgo en salud sexual reproductiva | 2 | 2-3 |
| Intervención Psicosocial Grupal | 17% de la población potencial con trastornos mentales. | 4-6 | 1-0,66 |
| Consulta de Salud Mental | 17% de la población potencial con trastornos mentales. | 6-8 | 1,5-2 |

* De acuerdo a la prevalencia observada

### *4.1.4. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCION PRIMARIA* [12]

- ***Metodología del Programa.***

Se consignan las formas de abordaje de los problemas y tratamiento, según el modelo de atención acordado. Especial atención en este aspecto, debe tener las orientaciones acerca del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario y que hacen énfasis en la adaptación de las acciones locales para la consecución del modelo.

- **Actividades**: identifica qué se va hacer.

Las actividades corresponden a las acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos.

Deben ser pensadas para abordar integralmente el problema de salud.
Se pueden clasificar:

**1. Actividades de Promoción de la salud**

Algunos ejemplos:

- Educación para la salud ( individual y grupal )
- Visita Domiciliaria
- Consulta Social
- Reuniones con vecinos, usuarios, comisiones, asociaciones, instituciones educativas, deportivas otras,
- Eventos masivos (ferias, programas radiales, campañas, entre otras).
- Talleres promocionales en establecimientos educacionales, que instalen o fortalezcan estilos de vida saludable y de autocuidado en niños/niñas y adolescentes.

**2. Actividades de Prevención y Protección Específica. Ejemplos.**

- Vacunaciones
- Consultas o controles (Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Social, Odontológica, Regulación de la Fertilidad, etc.)
- Educación grupal e individual a población de riesgo.
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el auto cuidado y autoestima de los usuarios de riesgo
- Consejerías individuales y familiares
- Creación de grupos de autoayuda
- Reuniones con usuarios, grupos comunitarios.

[12] Adaptado a partir de "Proceso de Programación. Apuntes docentes Escuela de Salud Pública – Universidad de Chile". Prof. Lic.Enf. Pilar González et al.

3. **Actividades de curación y rehabilitación. Ejemplos**.

- Diferentes consultas para atender la morbilidad por cada profesional del equipo de salud en consultorio o domicilio.
- Educación grupal e individual a los portadores del problema de salud.
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el auto cuidado y autoestima de los pacientes con problemas de salud.
- Creación de grupos de autoayuda

**4. Actividades de participación y generación de auto responsabilidad individual y comunitaria**

- Reuniones vecinales y comunales
- Educación individual y grupal de usuarios portadores de los procesos mórbidos y población general.
- Campañas de difusión y sensibilización del problema.
- Creación de brigadas de apoyos.
- Conformación de Consejos Consultivos de Jóvenes
- Creación de grupos de autoayuda. Otros.

**5. Actividades Complementarias y de apoyo a la gestión del Programa**

- Campaña de difusión del Programa en el servicio y en la población
- Reuniones de coordinación en los niveles estratégicos, tácticos y operativos.
- Reuniones de Planificación, seguimiento y evaluación .Otras.

**Las actividades deben ser:**

- Definidas conceptualmente , es decir estar especificado que se entiende por cada una de ellas,
- Describir la manera cómo se realizarán
- Normas y procedimientos. Esto es lo que se conoce como protocolo.

**El protocolo establece para cada actividad:**

1. A quién se dirige la actividad ( sano o enfermo )
2. Cómo la definimos conceptualmente
3. Quién la ejecuta: como recurso principal (Medico, Enfermera u otro), como recurso alterno, como recurso simultaneo, etc.
4. Cómo se debe realizar (Descripción del procedimiento)
5. Cuántas veces se ejecuta. Por ejemplo el número de controles al mes. Esto es lo conocido conceptualmente como concentración de la actividad. En el caso del Control del Recién Nacido la concentración es 1. Esto quiere decir que el niño debe tener un control de salud en el periodo de neonato.
6. Se debe también determinar el rendimiento de la actividad de acuerdo a estándares ya definidos o readecuados a nuestra población.

El rendimiento generalmente expresa el tiempo que utiliza el recurso humano para realizar la actividad. Por ejemplo en la Consulta de morbilidad está establecido que el médico vea a 4 paciente

por hora o que le destine 15 minutos por usuario, no obstante ese rendimiento debe tener relación con la posibilidad de ofrecer una solución efectiva al problema de salud que motiva la consulta.

En la educación grupal generalmente está establecido desarrollar una actividad educativa en una hora.

7. Se determina la cobertura, porcentaje de población que se atenderá.
8. Se determina el lugar/es en que se desarrollará la actividad.

Los estándares de concentración, rendimiento y cobertura, tradicionalmente están definidos en documentos nacionales (normas, orientaciones técnicas, guías clínicas entre otros) y en su adaptación al nivel local se debe cuidar el no comprometer el acceso equitativo de la población a las prestaciones que se definan como prioritarias.

**El protocolo es un instrumento que permite:**

- La unificación de criterios para desarrollar una determinada actividad.
- La estimación de recursos ( anual y mensual )

Por ejemplo. Programa de salud del niño

Población: Recién Nacidos ingresados en un año
Total de R.N por mes 40

**Actividad**

Control de salud del Recién Nacido
Recurso Humano (Médico o matrona)
Concentración: 2 (1)
Rendimiento: 4 por hora (2)

Cobertura 100% de los Recién Nacidos

Si usted multiplica la concentración de la actividad por el total de R.N obtendrá el total de controles que se deben realizar en un mes = 80 controles de R.N., realizados por médico y matrona con 1 de concentración cada uno.

Si el total de actividades las divido por el rendimiento, obtengo las horas totales en el caso del Médico = 10 horas mensuales. Lo mismo para la matrona.

Si yo tuviera que administrar por semana estas horas pensando que la actividad de mi servicio va de lunes a viernes entonces para atender a los 40 R.N realizándole 2 controles, necesito un médico 2 horas por día en una semana y una matrona 2 horas por día en una semana.

De esta forma puedo estimar el total de recursos humanos por actividad mensual y anual para el Programa.
Para esta actividad se necesita un centro de salud con su capacidad instalada y materiales de consumo.

- **Evaluación, selección de los indicadores, determinación de monitoreo**

Evaluar es emitir un juicio de valor sobre el grado de cumplimiento de lo realizado y efectuado de un programa según lo planificado.

**Los objetivos de la evaluación son:**

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

Se determinan:

- Los criterios e indicadores que se emplearán para evaluar el programa.
- La secuencia o momentos de los cortes de evaluación y final.

**Matriz de programación de las actividades.**

Describe la actividad relacionada a:

- Población a la que va dirigida
- Cobertura: % de población a asistir
- Concentración : Nº de veces que se realiza la actividad
- Rendimiento: El tiempo destinado para realizar la actividad

**Ejemplo:** **MATRIZ BASICA DE PROGRAMACIÓN**

| Actividad | Grupo Objetivo | Pob.a atender | Cobertura | Concentración | Nº Actividades | Rendimiento | Médico % | Nº Act. | Nº Hrs | Matrona % | Nº Act. | Nº Hrs |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CICLO VITAL INFANTIL** | | | | | | | | | | | | |
| **Control de Salud binomio 0d - 27 d** | binomio 0d - 27 d | 465 | 100 % | 1 | 465 | 2 | | | | 100% | 465 | 1,06 |
| **Educación grupal** | binomio 0d - 27 d | 465 | 100 % | 1 | 58 | 1 | | | | | | |
| **Control de Salud** | 1 mes | 465 | 100 % | 1 | 465 | 2 | 100 % | 465 | 1.06 | | | |

Ref.: * Centros de Salud con su capacidad instalada para realizar el control de salud del R.N y los recursos de consumo necesarios para la Atención.

El ejemplo presentado aborda sólo una actividad, usted debe incorporar a la matriz todas las actividades del establecimiento.
Luego de concretar la matriz se determina la organización del trabajo de los recursos humanos.
Por ejemplo, la modalidad de atención del box en la que se desarrolla la actividad es de lunes a viernes, de 8 a 17 hrs.

Podemos plantear diferentes alternativas en la sistematización del trabajo del médico y la matrona o los otros profesionales que vayan apareciendo como parte de la acción en cada programa.

En el ejemplo se necesitan 1,06 horas de médico y 1,06 horas de la matrona, para cubrir esta actividad se necesita 5 horas de cada profesional a la semana.
Reconocer por anticipado esta carga horaria permitirá por ejemplo, definir la forma de construcción de la agenda, considerando el rendimiento definido para cada actividad.

# CAPITULO V. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO.

La Atención Primaria es la base del proceso de atención en salud, donde se programa de acuerdo a Planes de Salud previamente establecidos, tratando de dar respuesta a los requerimientos generales de salud a la población desde el punto de vista del ciclo vital y la continuidad de la atención, con una mirada de promoción y prevención pero también desde el punto de vista curativo y rehabilitación en patologías generales.

Esta atención más general pero no menos resolutiva y compleja en su dimensión, necesita coordinarse estrechamente con el nivel secundario de especialidad, que si bien tiene una lógica de programación un poco diferente donde no existe un plan de salud, sino una respuesta quizás más reactiva a los problemas que se escapan del ámbito primario. Si debe considerar y basar su Programación en la demanda de Atención Primaria.

Ambos niveles deben construir un modelo que dé respuesta real, resolutiva con seguridad y calidad a los problemas de salud de la población a cargo y esto implica una estrecha relación e interdependencia.

Existen estrategias de comunicación que forman parte de nuestra normativa, que deben ser utilizadas y potenciadas como el **Sistema de Referencia y Contrarreferencia** que se describe a continuación:

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

**Referencia (sinónimo de derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivada de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad, para a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

**Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

La **Contrarreferencia** puede ejecutarse idealmente en dos momentos, siendo obligatoria la segunda.

1.- Respuesta a la Interconsulta: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva) donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.

2.- Contrarreferencia propiamente tal: En el momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

**El documento de contrarreferencia debe contar con los siguientes datos:**

1.- Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.
2.- Datos del establecimiento que contrarrefiere.
3.- Datos del establecimiento de referencia.
4.- Diagnóstico.
5.- Tratamiento realizado
6.- Plan o indicaciones para APS.
7.- Datos del médico especialista que contrarrefiere:
Nombre, Rut y especialidad.
8.- Fecha.

Para que exista una adecuada comunicación entre los distintos niveles de atención deben existir **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia**: que son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

Estos instrumentos deben ser construidos en conjunto considerando las carteras y la capacidad resolutiva de los distintos establecimientos y dispositivos de la RED.

Deben ser el resultado de un "Acuerdo de RED" para dar la respuesta más resolutiva a un problema de salud de la población a cargo.

Para evaluar si la referencia está siendo pertinente esta debe ser monitorizada para generar las estrategias de mejora necesarias.

Definiremos y mediremos como Pertinencia a la derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red.

**Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:**

1.- La no pertinencia por el no cumplimiento de las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en el mapa de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.

2.- La no pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación, que sería la más relevante.

La No pertinencia debe generar que la RED realice las mejoras ya sea en capacitaciones, reuniones de coordinación, implementación de nuevas estrategias, etc. que asegure la segura y expedita resolutividad.

Fortalecer la integración de la Red Asistencial Pública, bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, permite coordinar los diferentes niveles de atención, garantizando el acceso de toda la población a los servicios sanitarios y optimizar la calidad técnica de las prestaciones, contribuyendo así a una mejor satisfacción de los ciudadanos.

Existen ejemplos valiosos que reflejan el trabajo coordinado en Red como son el Programa Respiratorio y las consultorías de Salud Mental, ambas son el fiel reflejo de lo que esperamos lograr a mediano y largo plazo.

## *5.1. RECOMENDACIÓN DE COORDINACIÓN*

### *5.1.1. EJEMPLO DE COORDINACION EN RED: SALUD MENTAL.*

Desde la perspectiva de continuidad de los cuidados, se distingue la continuidad clínica, entendida como el grado en que el cuidado del usuario/a está coordinado a nivel horizontal (intra e inter establecimientos del mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red)[13]. En el caso de salud mental, esta continuidad clínica requiere la coordinación con los equipos especializados de salud mental, ubicados en los Centros de Salud Mental Comunitaria, o aún radicados en Servicios de Psiquiatría hospitalarios.

Estudios en diversos países y contextos permitieron construir una propuesta de cómo deben distribuirse los servicios de salud mental para la población, que considera la integración de la comunidad, el nivel primario, el nivel secundario de atención y el acceso a hospitalización. Para el adecuado funcionamiento de los diversos niveles de atención se requiere de recursos, claridad en los roles de cada uno, buenos canales de comunicación e interrelación y adecuado nivel de formación de los equipos que los conforman[14]. En la ilustración siguiente se muestra el esquema propuesto por la OMS.

[13] MINSAL, OPS. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a equipos de salud. 2013 [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 1]. Available from: http://buenaspracticasaps.cl/wp-content /uploads /2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelode-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-comunitaria_DIVAP_2013.pdf

[14] Minoletti, A. Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2013;77 (6):32-45.

**Ilustración 6: Pirámide de Modelo Comunitario Equilibrado (Basado en OMS, 2009)[15].**

La alta prevalencia de los trastornos mentales y los altos requerimientos de los pacientes con mayor severidad, exige que los sistemas sanitarios asuman como un factor crítico la forma en que se relacionan los niveles primario y especializado, en lo que respecta a salud mental y psiquiatría[16].

Se distinguen 4 modalidades de interacción entre el nivel primario y el especializado: Capacitación al equipo de APS, Consultoría y enlace, Cuidado colaborativo y Acoplamiento[17]. La consultoría y enlace es la modalidad que cuenta con mayor evidencia respecto a su efectividad en nuestro país. Recientes estudios muestran una fuerte asociación entre una mayor densidad de consultorías que cumplen criterios de calidad y una disminución de la tasa de hospitalizaciones por causas psiquiátricas[18]. Asimismo las redes sanitarias organizadas según el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en los cuales la atención especializada de salud mental se organiza en equipos territorializados por Comuna y se efectúa un activo trabajo de consultoría y enlace, logran significativos indicadores de éxito: reducción de las tasas de hospitalización y re-hospitalización, y

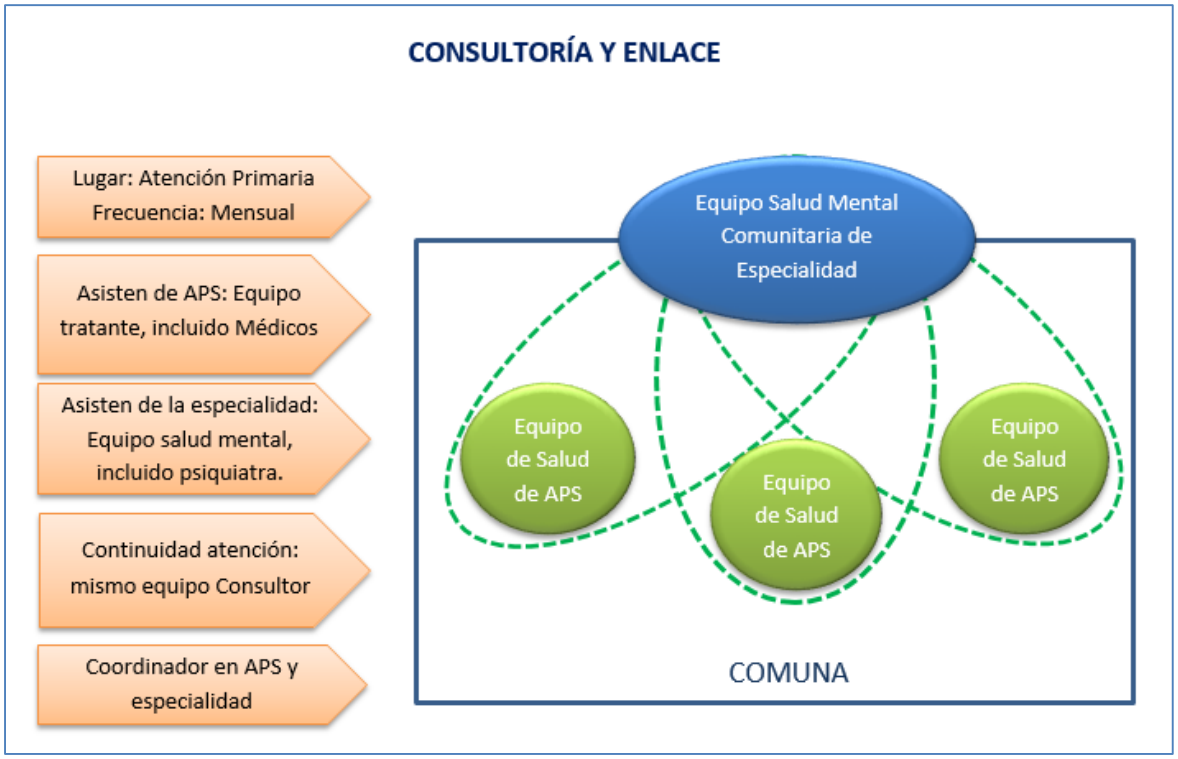
[15] Sepúlveda, R. Consultoría de salud mental en atención primaria de salud: Integrando la red y asegurando la continuidad de cuidados. [Internet]. Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria.; 2014; Universidad de Chile. Available from: http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/index.php/organizacion-experiencias

[16] Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2010 Jun; 32(3):246–54.
[17] Sepúlveda, R., Alvarado, R., Zitko, P. Escuela Salud Publica, Universidad de Chile, 2015.
[18] Zitko, P, Norambuena, P, Ramirez, J., Alvarado, R. Asociación entre el desarrollo del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MCASM) y la tasa de consultas de urgencia y egresos hospitalarios por causa psiquiátrica. 2014.

de consultas y re consultas psiquiátricas en urgencias[19].

La consultoría y enlace es una instancia que involucra una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo junto al de especialidad, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con la APS para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios. Estos equipos especializados de salud mental están ubicados en Centros de Salud Mental Comunitaria o aún radicados en CDTs o CRSs vinculados a hospitales generales, pero siempre organizados en relación a un territorio comunal.

**Ilustración 7: Consultoría y enlace de equipos de especialidad territorializados en los establecimientos de la APS**.




En las consultorías el equipo de salud del centro de APS presenta aquellos casos de mayor complejidad para definir en conjunto con el equipo de especialidad, ya sea la pertinencia de su derivación al Centro de Salud Mental Comunitaria, o en su defecto retroalimentar al equipo de APS en relación a aclarar diagnóstico y sugerencias para un mejor manejo del tratamiento del usuario en el establecimiento de atención primaria. Asimismo se puede alcanzar a definir un cuidado compartido del usuario en el que cada nivel tenga un rol que cumplir, estableciendo canales de coordinación interdisciplinarias entre miembros de cada equipo, estableciendo responsables, plazos

[19] Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Modelo de gestión del centro de salud mental comunitaria. 2015.

y objetivos por cada caso. En las consultorías se convienen en forma conjunta los criterios de referencia y contrarreferencia, se revisan los casos más complejos y se concuerda cuál es el mejor lugar de tratamiento para esa persona, respetando la voluntad de la persona. Así se va potenciando la capacidad resolutiva del equipo de atención primaria, se refuerzan los criterios de derivación al nivel de especialidad, de manera de lograr una adecuada pertinencia, que permita un flujo claro para el usuario y la optimización de los recursos del nivel secundario[20].

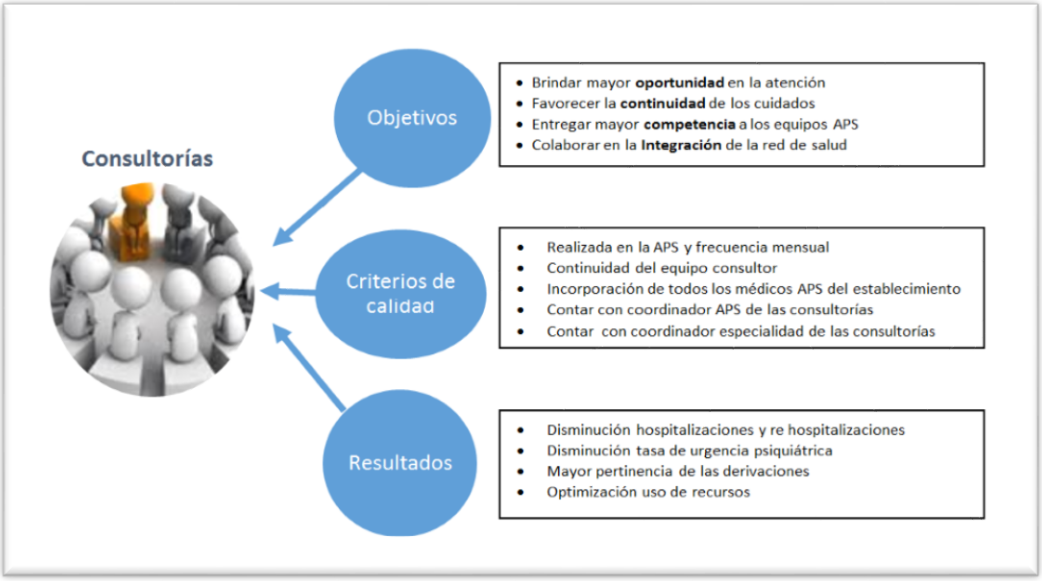
La modalidad de Consultoría y Enlace es la modalidad que en el momento actual de desarrollo del sistema sanitario chileno constituye un nivel de logro deseable y exigible, ya que constituye un impulso a la profundización de ambos modelos; Modelo de atención de salud familiar y comunitario en la APS y el Modelo comunitario de salud mental.

La Consultoría de salud mental, actividad incluida en el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, se ha extendido progresivamente en los últimos años. La mayoría de los centros de Atención Primaria (84% a 91%) tienen interacciones, al menos una vez al mes, con profesionales del nivel de especialidad de salud mental y psiquiatría, especialmente en la forma de Consultorías de salud mental, con excepción de los consultorios generales rurales (CGR) y los CECOSF, donde estas se realizan solo en el 65% a 67% de estos centros. Sin embargo, el porcentaje de médicos de APS que participan en estas consultorías es relativamente bajo (32% a 52%). Sus características son aún muy variables entre uno y otro centro[9].

Dada esta variabilidad, es importante dejar establecidos los criterios de calidad que constituyen la modalidad de Consultoría y Enlace, los que no se remiten simplemente a la concreción del acto de la Consultoría. En lugares con dificultades de disponibilidad de RRHH y/o de accesibilidad las estrategias de teleconsultoría son una excelente alternativa que evaluar.

[20] MINSAL. WHO-AIMS. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS. [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 2]. Available from: http://www.who.int/mental_health/ who_aims_country_reports/ who_aims_report_chile.pd

**Ilustración 8: Elementos principales de las consultorías y enlace.**




La Consultoría y enlace óptimo debe cumplir las siguientes condiciones[15]:

a) Consultoría efectuada en el centro de Atención Primaria, 1 vez al mes o con mayor frecuencia. Con la participación presencial de los médicos y equipo tratante en APS de cada uno de los pacientes incluidos en esa consultoría, presencialmente o a través de revisión de ficha clínica. Cabe destacar que en el contexto del enfoque familiar en la APS se debe avanzar en que todos los médicos del establecimiento puedan acceder a las consultorías según la planificación local, sus recursos y el sector al cual están integrados en el CESFAM.

b) La consultoría debe ser efectuada regularmente por los mismos miembros del equipo de salud mental especializado, esto es, un mismo psiquiatra consultor y los profesionales de ese equipo.

c) Atención especializada de los pacientes referidos desde el Centro APS al nivel secundario efectuada en el Centro de Salud Mental Comunitaria (o en donde se localice la atención ambulatoria de especialidad en las redes menos desarrolladas) efectuada por el mismo Psiquiatra Consultor y el equipo territorializado de especialidad al cual pertenece.

d) Definición de un profesional del Centro de Atención Primaria, responsable de la coordinación continua con el Equipo territorializado de especialidad en salud mental, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el período entre ellas, para todas las necesidades emergentes o programadas que surjan en este tema. El profesional responsable de la coordinación debe además asesorar a los jefes de sector y director (a) del establecimiento.

e) Definición de un profesional del Equipo territorializado de especialidad en salud mental como Coordinador con el centro de Atención Primaria, para cada uno de los que se sitúan en el territorio

asignado a este Equipo, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el período entre ellas, como forma de resolver expeditamente los requerimientos surgidos de la necesidad de dar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios que residen en el territorio.

La consultoría que cumple con los criterios de calidad logra favorecer la satisfacción de las necesidades atención los usuarios de manera más oportuna, resolviendo dichas necesidades en la APS y disminuyendo el nivel de derivaciones a la especialidad. En segundo lugar, la consultoría óptima logra aumentar las competencias del equipo APS en la detección de los trastornos de salud mental, su correcto manejo disminuyendo la necesidad de hospitalización. Asimismo mejora el conocimiento que tiene el Psiquiatra y el Equipo Consultor respecto al contexto real de desempeño del Equipo de APS y por la tanto hace cada vez más pertinente sus aportes al trabajo conjunto. Por último, que el mismo médico psiquiatra que realiza la consultoría en un establecimiento APS sea el mismo que tiene que brindar eventual atención en el nivel de especialidad, favorece la continuidad de la atención y la pertinencia de la derivación. Para el éxito de las consultorías se debe desarrollar una relación horizontal entre el equipo de APS y especialidad, esto ha permitido que esta actividad se instale como un recurso y no como amenaza. Por otro lado, es importante consensuar su calendarización anual, oficializarla a través del Director del Servicio de Salud y difundirla a todos los establecimientos, así como confirmar previamente su realización e insistencia en la necesaria participación de los médicos APS[19].

### *5.1.2. EJEMPLO DE COORDINACIÓN EN RED: SALUD RESPIRATORIA.*

En el año 1990 y con el propósito de disminuir la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas, se crea el Programa IRA, el cual pone en práctica un modelo de gestión diseñado con la finalidad de mejorar el acceso a la red asistencial de la población, normar la atención de las infecciones respiratorias agudas y establecer un modelo coordinado de trabajo entre los equipos sanitarios de la Atención Primaria y Secundaria.

Nacen así las salas IRA en los centros de salud de atención primaria, las que aseguran la atención de los pacientes crónicos respiratorios con reagudización de sus cuadros. Estas salas cuentan con un médico IRA que cumple la función de ser el enlace entre los niveles primarios y secundarios y es quien tiene a cargo la atención de la población de todos los establecimientos de salud de una comuna asignada y cuya labor es otorgar atención a los casos clinicos respiratorios complejos, educar al equipo de salud del establecimiento de APS y a la comunidad, formando asi monitores de salud comunitaria, además debía establecer un trabajo permanente con los médicos especialistas dando respuesta en forma más expedita a la resolución de los casos clínicos complejos.

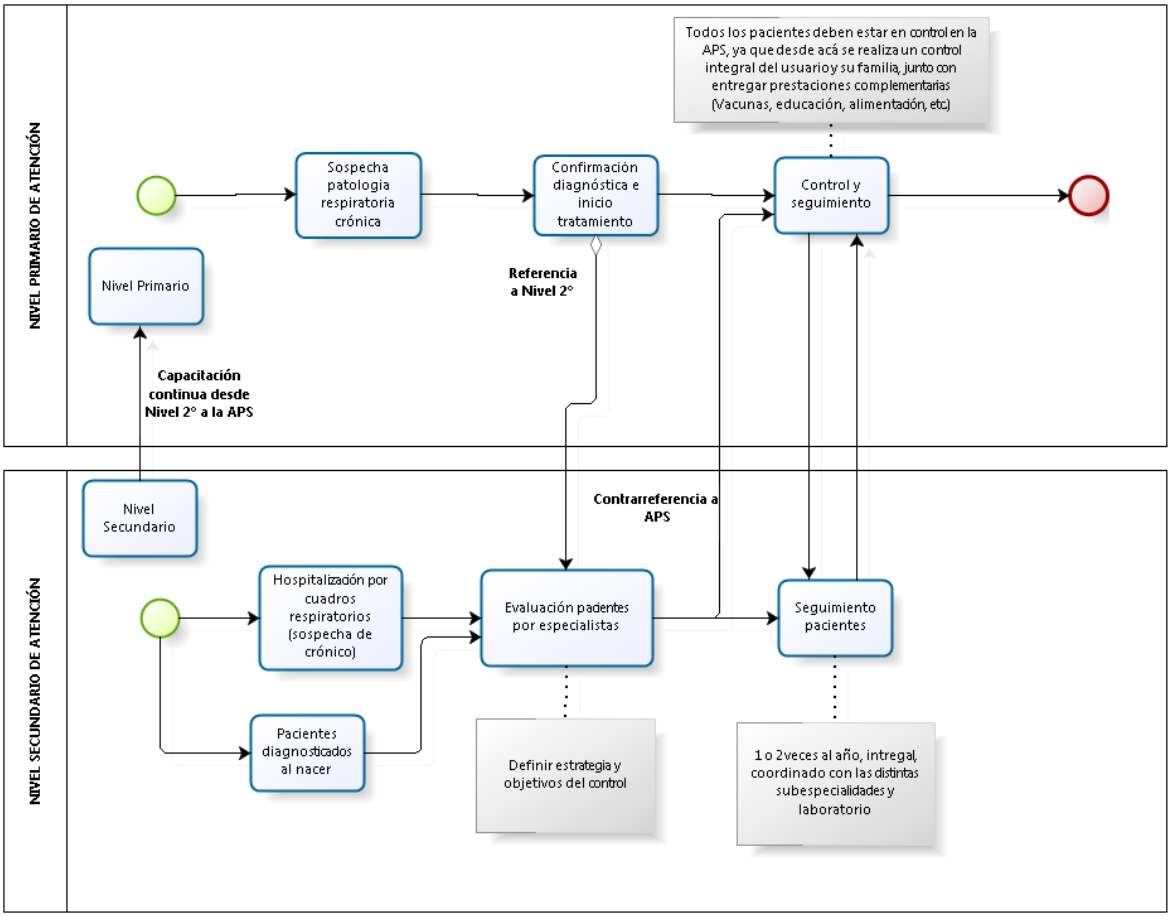
Desde el nivel secundario, los especialistas por su parte, mantenían en permanente formación y capacitación a los médicos a cargo del programa IRA en las comunas.

A 25 años de la puesta en marcha del Programa IRA, y como resultado de este, se ha observado una disminución significativa de la mortalidad infantil por causa de enfermedades respiratorias agudas.

No obstante los cambios epidemiológicos observados en Chile, ahora nos llevan a poner énfasis en las patologías respiratorias crónicas, las que agrupan al mayor porcentaje de la población infantil .

El modelo utilizado por el Programa IRA, es entonces, una buena práctica para replicar, dando enfásis al trabajo coordinado entre atención primaria y el nivel secundario. La propuesta planteada es que, la atención primaria debe activamente lograr mantener a la población bajo control, y esta derivar de acuerdo a la severidad del cuadro para evaluación por especialista en nivel secundario, quien debe definir estrategia de manejo y contrareferir al nivel primario. La entrega de medicamentos y los controles periódicos deben realizarse en atención primaria, pero para ello debe existir instancia de comunicación entre ambos niveles de atención, organizadas por los equipos de salud.

**Ilustración 9: Flujograma Enfermedades respiratorias crónicas**




El Flujograma planteado para enfermedades respiratorias crónicas hace necesario que la atención en salud cuente con una lógica que sea coherente y congruente con las necesidades del usuario, por ejemplo, la entrega de los farmacos inhalatorios que indica el médico especialista de nivel secundario y son retirados por el paciente en su CESFAM, disminuyendo el gasto de bolsillo y fortaleciendo la relación con atención primaria.

Dentro de los elemento a fortalecer de este modelo se encuentra el proceso de referencia y contrareferencia efectiva y la capacitación continua del nivel secundario al primario, manteniendo al equipo de salud actualizado, proceso que estrecha lazos, permite conocerse en la red y genera confianzas y trabajo en equipo en post de los usuarios.

# CAPITULO VI. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

## *6.1. PROGRAMACIÓN DESDE LA DEMANDA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO*

En el nivel secundario la programación de la Demanda si bien debe considerar de alguna manera los aspectos demográficos y epidemiológicos, estos no se observan en forma tan evidente como en la programación de la Atención Primaria ya que es la puerta de entrada de los beneficiarios.

La Demanda explícita es el aspecto más relevante a considerar en el cálculo, es así que la **Demanda de Consulta** se calculará con la **sumatoria** en **cada especialidad** de:

### *6.1.1. DESDE LA ATENCIÓN SECUNDARIA:*

1. El requerimiento de Consulta de la Población Bajo control de la especialidad:

Es necesario conocer al menos las 10 patologías más frecuentes de la especialidad y multiplicar por la concentración de controles recomendados al año.
Con este cálculo se puede extrapolar al resto de la población bajo control (PBC).

### *6.1.2. DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA:*

***LISTA DE ESPERA:***

Se debe considerar a los pacientes en lista de espera de la especialidad y aplicar la misma concentración de controles por patología y número de pacientes en espera.

***PROGRAMAS DE CRÓNICOS:***

En funcionamiento en atención primaria que generarán demanda de atención, por ejemplo Programa Cardiovascular. Considerar las concentraciones de consultas médicas y de otros profesionales de acuerdo a la normativa o recomendaciones del programa.

### *6.1.3. PRESTACIONES CON GARANTÍAS EXPLICITAS DE SALUD:*

De acuerdo al histórico y la proyección anual.

La consulta es la prestación índice en la **Atención ambulatoria** de especialidad, a partir del cálculo de la totalidad de consultas por especialidad y de acuerdo a coeficientes técnicos se realizará el cálculo del número de otras prestaciones: procedimientos, cirugías y atenciones

de otros profesionales.
Recibe el nombre de Coeficiente Técnico a la proporcionalidad en que se combinan las prestaciones para dar respuesta a un problema de salud.

**Algunos ejemplos de Coeficientes técnicos son:**

- Números de Controles por cada consulta nueva.
- Número de Altas por cada consulta nueva
- Número de Procedimientos por cada consulta nueva.
- Número de Cirugías ambulatorias por cada consulta nueva.

En el caso de la **Atención Cerrada** la prestación índice que es el producto final es el Egreso.

**Coeficientes técnicos en la atención cerrada son:**

- Nº Promedio de días cama por cada egreso.
- Nº Promedio de días UCI por cada egreso.
- Nº Promedio de días UTI por cada egreso.
- Nº de Procedimientos hospitalarios por cada egreso.
- Nº de Cirugías hospitalarias por cada egreso.
- Nº de Exámenes de Laboratorio por cada egreso.
- Nº de Exámenes de Imagenología por cada egreso.

Con el cálculo total de demanda se podrá realizar el cálculo del Recurso Humano, equipamiento e insumos necesarios para cada una de las prestaciones calculadas.

## *6.2. PROGRAMACIÓN DESDE LA OFERTA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO*

a) **Definición:**

La Programación de la oferta profesional es la **Metodología** con que se efectúa el cálculo de las actividades que debe cumplir un profesional de acuerdo a las horas contratadas y los requerimientos de la especialidad, en este proceso deben aplicarse ciertos criterios técnicos y administrativos previamente definidos por la jefatura y el equipo Directivo para dar respuesta a las necesidades de los beneficiarios y en concordancia con la normativa Ministerial.

**b) Objetivo de la Programación:**

1. Estandarizar el cálculo de las prestaciones a ofertar por la especialidad durante el año a programar, de acuerdo a estándares definidos por la normativa ministerial y del establecimiento.
2. Definir la oferta real de la especialidad en los distintos tipos de prestaciones.
3. Determinar la brecha existente.
4. Evaluar el cumplimiento cuantitativo y objetivo del rendimiento de los profesionales.
5. Evaluar el cumplimiento del establecimiento en su rol en la Red.

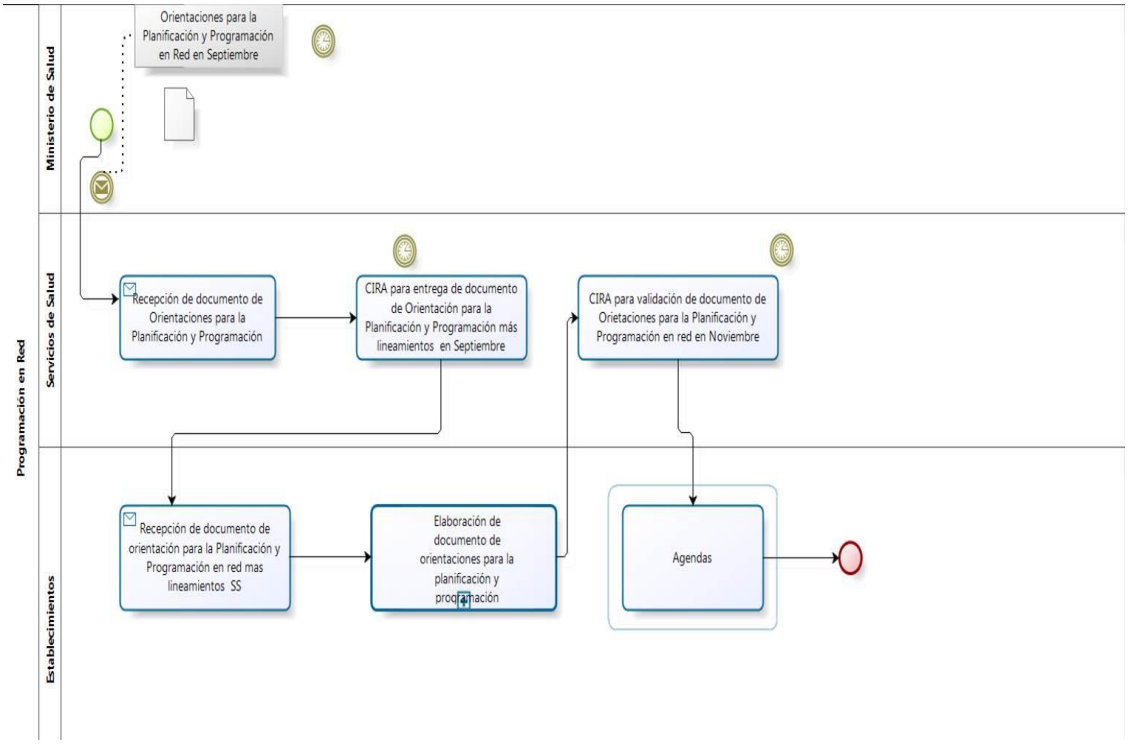
### c) Procedimiento de Programación:

El Proceso de Programación se inicia en septiembre de cada año con la recepción en los Servicios de Salud de las Orientaciones para la Planificación y Programación enviadas desde el Ministerio de Salud.

Estas orientaciones deben ser difundidas a la totalidad de establecimientos de la RED, la responsabilidad de la difusión recae en el Director de Servicio, que además debe entregar los lineamientos para el proceso de Programación de toda la Red a su cargo, considerando la capacidad resolutiva y complementariedad de carteras de los establecimientos que permita la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo.

Cada establecimiento trabajará su programación según las Orientaciones y lineamentos entregados por el Gestor de Red, que será presentada en el Consejo integrador de la Red Asistencial (CIRA) a más tardar en noviembre del mismo año. Es así que dicha programación quedará validada por el Gestor y toda la Red.

**Ilustración 10: Procedimiento de Programación**



**Responsabilidad del Procedimiento:**

En los establecimientos la responsabilidad de la programación recae en múltiples actores.

1. Responsable final Director del Establecimiento.
2. Responsable de la Gestión Subdirector Médico.
3. Responsable operativo Jefe de Servicio de la especialidad o de las distintas Unidades de Gestión.
4. Otros involucrados en el proceso: Jefatura Unidad Personal, Jefatura de admisión y jefatura de control de gestión o sus equivalentes.

El Subdirector Médico convocará a todos los Jefes de Servicio y Jefaturas Médicas y de los otros profesionales a una Reunión de programación donde se les entregará las Orientaciones Ministeriales y lineamientos de la Red y del Establecimiento.

**i. Insumos para esta reunión serán:**

- Horas Contratadas de especialistas y profesionales por Servicio o Unidad
- Lista de Espera por Especialidad
- Garantías GES por especialidad
- Prestaciones Valoradas
- Cumplimiento de Programación del año anterior.
- Formato estándar de programación

Cada Jefe de Servicio o Unidad se reunirá con su equipo de trabajo y realizará la programación general e individual de cada especialista y profesional.

Esta programación deberá ser validada posteriormente con la Subdirección Médica y su equipo asesor.

Una vez validada será informada a los equipos en general y en forma individual, generando así un compromiso de cumplimiento de actividades programadas para el año.

Validada la programación esta deberá traducirse en agendas de atención para consultas, procedimientos y otros, y en programación de pabellones.

La producción de las actividades programadas deberá ser registrada diariamente por el profesional que ejecuta la actividad, éste registro será consolidado por la Unidad de Estadística del establecimiento, con lo que se obtendrá la producción mensual que deberá ser monitorizada e informada a los referentes (Subdirector Médico, Jefes de Servicio, Jefe de Unidad de Control de Gestión) con la finalidad de realizar los ajustes preventivos necesarios para obtener el cumplimiento comprometido.

Trimestralmente deberá realizarse una reunión con los equipos clínicos para informar los cumplimientos obtenidos y acordar con ellos las acciones tendientes a mejorar éstos cuando los resultados no sean los esperados.

### ii. Consideraciones sobre la agenda:

La agenda profesional si bien no es el objetivo de este documento, debemos recalcar que para el cumplimiento de la programación es fundamental que exista absoluta concordancia entre lo programado y la agenda ofertada por cada uno de los profesionales y por la especialidad a la que pertenecen.

El cumplimiento de lo programado también requiere de estrategias implementadas por los establecimientos tendientes a la reducción de la inasistencia, como la confirmación de la asistencia del paciente a través de sistema de llamado previo y reposición del cupo con otro paciente cuando el cupo no sea confirmado.

La agenda debe mantenerse abierta a lo menos durante 6 meses en forma continua y rotatoria, para dar la posibilidad de agendar los controles de los pacientes en forma inmediata post atención.

El proceso operativo de la programación requiere algunas consideraciones generales, que incluye también un marco normativo.

Se considerará para este proceso 52 semanas anuales, a las cuales debemos descontar días que no serán hábiles según los siguientes criterios:

- **En general** a los 365 días anuales que corresponde a 52 semanas se descontará:
  - ✓ Sábados y domingos
  - ✓ Feriados anuales de carácter general del año a programar lo que corresponde a 2 semanas al año (9 a 10 días hábiles)
  - ✓ Tarde de los días 17 de Septiembre, 24 y 31 de Diciembre.

- **En Forma Individual:**

  Feriado Legal:

| ANTIGÜEDAD FUNCIONARIO | DÍAS DE FERIADO |
|---|---|
| Menos de 15 años | 15 días hábiles |
| De 15 a 20 años | 20 días hábiles |
| Más de 20 años | 25 días hábiles |
| Descanso Compensatorio (Ley de Urgencia) | 10 días hábiles |

**Permisos Administrativos:**

| LEY | DÍAS ADMINISTRATIVOS |
|---|---|
| **19.664** | 6 semestrales |
| **18.834** | 6 anuales (fraccionables en medios días) |

- **Capacitación:**
  - 3 días al semestre (acumulables) para perfeccionamiento o capacitación, que pueden ser postergados por la autoridad por razones de buen servicio.

### *6.2.1. CRITERIOS TECNICOS PARA LA PROGRAMACION DE ATENCIÓN ABIERTA*

**Definiciones Técnicas:**

Actividades Clínicas:
Aquellas relacionadas con la atención directa del paciente y familia, en los ámbitos de la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Actividades No clínicas:
Aquellas relacionadas con la gestión clínica, organizacional, de recursos, de investigación y docencia tendientes apoyar el desarrollo de las actividades clínicas y de la institución.

**Actividades Clínicas:**

**1. Consulta de especialidad:** Atención profesional otorgada por un médico especialista a un paciente en un lugar destinado para estos fines.

**2. Consulta nueva:** Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud. Cada primera atención de un paciente generada por una interconsulta es una consulta nueva por la especialidad que realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
**3. Control de especialidad:** Son las atenciones posteriores a la primera consulta por un mismo problema de salud cuya finalidad es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento.

**4**. **Procedimiento:** Corresponden a acciones de salud, identificadas por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, que según de que se trate, utilizan equipos, instrumental, instalaciones o salas de procedimientos.

**5. Cirugía Mayor Ambulatoria:** Corresponde a todo acto quirúrgico mayor, que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un período de

recuperación, vuelve a su domicilio el mismo día. Se considerarán también CMA los casos en que el paciente pernocte en el establecimiento siempre que su estadía sea menor o igual a 12 horas y que ésta se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin, y no en una cama hospitalaria.

**6. Cirugía Mayor:** comprende procedimientos quirúrgicos complejos, implica manipulación de órganos vitales y/o cuya incisión permite acceder a grandes cavidades (incluye cirugía Máxilo - facial). Requiere de un equipo quirúrgico y anestesista especializado, se realiza siempre en pabellón quirúrgico. Demanda preparación pre-operatoria, sedación, anestesia general y/o regional, eventualmente local. Utiliza recuperación post quirúrgica, puede necesitar apoyo a funciones vitales.

**7. Cirugía Menor:** Comprende procedimientos quirúrgicos sencillos y habitualmente de corta duración, realizados sobre tegumentos o estructuras fácilmente accesibles. Puede ser realizada con anestesia local, requiriendo mínima medicación pre-operatoria, puede ser realizada en pabellón habilitado para estos fines, es de bajo riesgo vital y presenta escasas complicaciones.

**8. Visita a sala:** Es la atención de médicos especialistas que realizan a pacientes hospitalizados, en sala. Para ello se utilizará como fuente de información, los registros de Hospitalizados que mantienen las Unidades Funcionales. Dicha actividad no puede ser considerada como Consulta médica ambulatoria con fines de facturación, ya que su valor se incluye en el día cama.

**9. Interconsulta:** Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

**10. Consultoría:** Corresponde a un sistema de capacitación continua basado en la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de atención de pacientes con problemas de salud. Incluye la revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones clínicas, reuniones de coordinación y atención conjunta de pacientes en forma presencial o a distancia a través del uso de Tecnologías de Comunicación e Información (TIC). El cronograma de frecuencia y fechas de consultorías se debe planificar conjuntamente, entre los equipos que reciben la actividad (Nivel Primario) y el que las otorga (Nivel de Especialidad).
Orientación Técnica se definen 3 tipos de Consultorías: Tutorial, Grupal y en Terreno, donde es importante destacar que bajo la modalidad de atención directa a pacientes presencial o por Telemedicina la consulta realizada se debe egresar de lista de espera bajo la causal nº1 de atención realizadas.

**11. Visita Domiciliaria:** Es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de “relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre

uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en qué la necesidad de identificar los elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un traba o de apoyo acompañamiento al grupo familiar". Esta actividad debe ser acordada con la familia. En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. No son Visitas Domiciliarias las verificaciones de domicilio y las citaciones.

**12. Consulta Abreviada**: Corresponde a la ejecución de acciones destinadas a repetir receta de pacientes que se están atendiendo en el establecimiento, o a la lectura de exámenes. Dicha actividad no es considerada como Consulta de morbilidad propiamente tal ya que, por lo general, no existe atención médica directa y el rendimiento de ésta es de 12 consultas por hora médico.

**13. Consulta de Morbilidad:** Corresponde a una atención profesional otorgada por un odontólogo (una sesión), con el objetivo de dar solución a un problema de salud oral específico por solicitud del paciente. Esta prestación incluye anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. Un paciente puede recibir una o más consultas de morbilidad odontológica en un año. Se deberán registrar las actividades realizadas en la Consulta de Morbilidad Odontológica en la Sección B.

**14. Primera Consulta en la Especialidad**: Corresponde a la primera evaluación del paciente derivado a consulta de especialidad, en la cual el especialista evaluará el ingreso a tratamiento de especialidad según la pertinencia, de acuerdo a los criterios de Referencia previamente definidos. El paciente podrá tener una consulta nueva en especialidad por cada especialidad y motivo por el cual sea derivado en el año.

**15. Ingreso a tratamiento en la Especialidad**: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico en el nivel secundario o terciario, y debe culminar en el Alta de Tratamiento de Especialidad. Se asocia al ingreso luego de a evaluación realizada en una primera consulta de un paciente que ha sido referido a especialidad (ya sea desde la red o derivado internamente desde otras especialidades).

**16**. **Consulta Repetida en la Especialidad**: Son las consultas de especialidad que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue ingresado a tratamiento, se registra tantas veces como sesiones requiera para dar el alta.

**17. Consulta de Enfermera:** Es la atención proporcionada por el profesional Enfermera(o) en el nivel secundario de atención que comprende: valoración, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, evaluación, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ella aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

**18. Control y Consulta por Matrón(a):** Es la atención de seguimiento realizada por Matrón(a) proporcionada en Centros Especializados (CDT, Consultorios Adosados de hospitales, CRS, etc.) a la embarazada derivada del nivel primario que presenta alguna patología o factor de riesgo materno-perinatal derivada a Alto Riesgo Obstétrico (ARO), o a

otros pacientes derivados a consultas de ginecología, o ITS/ SIDA, o consultas de Infertilidad.

**19. Consulta por Nutricionista:** Es la atención proporcionada en Centros Especializados (CDT, Consultorios Adosados a hospitales, CRS, etc.) por Nutricionista, a un paciente derivado por profesional Médico al presentar algún tipo de alteración nutricional.

**20. Consulta por Psicólogo(a)**: Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades por Psicólogo (a), a un paciente derivado por profesional Médico, por problemas no incluidos en el Programa de Salud Mental con el propósito de recuperar o rehabilitar la salud, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

**21. Consulta por Fonoaudiólogo(a):** Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades, por Fonoaudiólogo(a), a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de recuperar o rehabilitar la salud, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

**22. Consulta por Kinesiólogo(a):** Es la atención proporcionada, en un Consultorio de Especialidades, a un paciente que ha sido derivado por profesional Médico en la que el (la) kinesiólogo(a) realiza, antes de iniciar el tratamiento, una evaluación kinésica del paciente y confecciona el plan de trabajo que realizará. No constituyen consultas la realización de los procedimientos establecidos en el plan terapéutico.

**23. Consulta por Terapeuta Ocupacional:** Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades, por terapeuta ocupacional, a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

**24. Consulta por Tecnólogo Médico:** Es la atención proporcionada por tecnólogo médico en Vicios de Refracción, Cataratas, Retinopatías, etc.

**25. Consulta por Asistente Social:** Es la atención social que se realiza a las personas en un Consultorio de Especialidades, con fines de fomento, protección y recuperación de la salud, a través del diagnóstico e identificación de factores de riesgo sociales que inciden en la morbimortalidad de las mismas.

**26. Reunión clínica:** discusión entre miembros del equipo sobre un caso con aporte de la historia clínica del paciente, para toma de decisiones u orientación, o actualización de conocimientos sobre el tema.

**27. Rendimiento**

Se define rendimiento como el número de actividades (consultas, actividades u otro) a realizar por hora cronológica. El rendimiento es variable y particular para cada tipo de actividad, tipo de profesional y especialidad.

- **<u>Del Proceso de Programación Individual:</u>**

Para cada profesional se realizará una programación de actividades semanal, que será la base de la programación anual.
Se realizará la distribución de horas semanales por Actividades Clínicas y No Clínicas.

Esta asignación de horas semanales por actividad será multiplicada por el rendimiento definido para ésta, dando como resultado el número de actividades semanales por tipo de prestación para ese profesional.
Con este cálculo realizado se completará la planilla anual donde previamente se restarán de los 365 días anuales, en forma general los sábados y domingos, los feriados del año, las tardes del 17 de Septiembre, 24 y 31 de Diciembre.

Con estos descuentos se trabajará en forma estándar con 50 semanas anuales.
Y en forma particular para cada profesional se restarán además los feriados legales según antigüedad del funcionario, los días administrativos y de capacitación.
Se multiplicará la actividad semanal programada por las semanas calculadas para cada profesional.
La sumatoria de las actividades de la totalidad de profesionales de una especialidad, mostrará la oferta total de la especialidad, que también será insumo para el cálculo de la brecha.

A Continuación se propone un formato estándar para programación, el primer formulario para la programación semanal de las actividades del Profesional y el segundo donde se realizan los ajustes para la programación anual con los descuentos correspondientes.

<u>Nota</u>: este formato es sólo una sugerencia, los establecimientos pueden desarrollar formatos propios que contengan la totalidad de la información requerida.

**Ilustración 11: Formato para Programación Semanal**

| | | | | | PROGRAMACIÓN SEMANAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Distribución Semanal de Actividades Clinicas y Administrativas por Profesional | | | Hrs Semana contrato | Hrs Semana Programada | CONSULTA AMBULATORIA | | | | PROCEDIMIENTOS | | | | CIRUGIAS | | | | VISITA A SALA | | | | INTERCONSULTA | | | | CONSULTAS ABREVIADAS | | | | Actividades Administrativas y Reuniones | |
| Nombre del Profesional | | Especialidad o Programa | | | % hrs. | Hrs /semana | Rto. | Nº Pacientes/ semana | % hrs. | Hrs /semana | Rto. | Nº Pacientes / semana | % hrs. | Hrs /semana | Rto. | Nº Pacientes / Semana | % hrs. | Hrs /semana | Rto. | Nº Pacientes / Semana | % hrs. | Hrs /semana | Rto. | Nº Pacientes / Semana | % hrs. | Hrs /semana | Rto. | Nº Pacientes / Semana | % hrs. | Hrs /semana |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Ilustración 12: Formato para la Programación Anual**

| | | Descuento de Feriados Legales, Permisos Administrativos y Capcacitación | | | | | PRODUCCIÓN ANUAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Programación Anual de actividades por Profesional | | Vacaciones | Dias de permisos Administrativo | Dias de Congreso o capacitación | Total días no trabajados | | Nº consultas | | Procedimientos | | Visitas a sala | |
| Nombre del Profesional | Especialidad o Programa | Dias Anuales | Dias Anuales | Dias Anuales | En Dias Anuales | En Semanas Anuales | Nº Pacientes Anuales (En 50 sem) | Nº Pacientes Anuales descontando dias FL, Cap y PA | Nº Procedimientos Anuales (En 50 sem) | Nº Procedimientos Anuales descontando dias FL, Cap y PA | Nº Visitas Anuales (x Hr) | Nº Visitas Anuales descontando dias FL, Cap y PA |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | 0 | 0 | | | | |

- **<u>Rendimientos en Atención Ambulatoria.</u>**

Un aspecto importante a considerar es la definición del porcentaje de horas de especialidad asignadas a la atención ambulatoria. Siendo consecuente con el modelo de atención que apunta a resolver los problemas de salud lo más eficientemente para evitar la hospitalización y que sólo un % bajo de pacientes descompensados o de mayor complejidad lo requieran.

Este porcentaje de asignación a la atención ambulatoria varía de acuerdo al tipo de especialidad si es de tipo médica o quirúrgica, teniendo las especialidades quirúrgicas un porcentaje ambulatorio menor que va de un 10 a un 50% existiendo cierta relación con la especificidad y complejidad de la especialidad.

Las especialidades quirúrgicas si bien un porcentaje importante de su programación debe ser para pabellón, esta programación no debe superar la oferta real de pabellón para esa especialidad, para así evitar la pérdida de horas médicas.

Las especialidades médicas deben tener mayor porcentaje de horas ambulatorias, dejando sólo horas de visitas o interconsultas a la atención cerrada.

Existen algunas especialidades que son esencialmente ambulatorias como Dermatología y Cuidados Paliativos, cuyo porcentaje a atención cerrada será muy bajo.

| ESPECIALIDAD MÉDICA ADULTO | SUGERENCIA ESTÁNDAR | ESPECIALIDAD QUIRÚRGICAS ADULTO | SUGERENCIA ESTÁNDAR |
|---|---|---|---|
| **Broncopulmonar** | 40 | **Cardiocirugía** | 10 |
| **Cardiología** | 50 | **Cirugía Oncológica (Cab, cuello, mama)** | 30 |
| **Cuidados Paliativos** | 80 | **Cirugía Digestiva Alta** | 30 |
| **Dermatología** | 90 | **Cirugía Digestiva Baja (Coloproctología)** | 30 |
| **Diabetes** | 60 | **Cirugía General** | 40 |
| **Endocrinología** | 60 | **Cirugía Plástica** | 30 |
| **Gastroenterología** | 50 | **Cirugía Tórax** | 20 |
| **Geriatría** | 50 | **Cirugía Vascular** | 40 |
| **Infectología** | 40 | **Ginecología** | 50 |
| **Fisiatría** | 50 | **Neurocirugía** | 30 |
| **Medicina Interna** | 50 | **Obstetricia** | 50 |
| **Nefrología** | 50 | **Oftalmología** | 60 |
| **Neurología** | 50 | **Otorrinolaringología** | 50 |
| **Nutrición** | 50 | **Traumatología** | 30 |
| **Oncohematología** | 50 | **Urología** | 40 |
| **Psiquiatría** | 60 | | |
| **Reumatología** | 60 | | |

| ESPECIALIDAD MÉDICA PEDIATRÍA | SUGERENCIA DE ESTÁNDAR | ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA PEDIATRÍA | SUGERENCIA DE ESTÁNDAR |
|---|---|---|---|
| **Broncopulmonar Infantil** | 50 | **Cardiocirugía Infantil** | 10 |
| **Cardiología Infantil** | 50 | **Cirugía Infantil** | 40 |
| **Cuidados Paliativos Pediátricos** | 80 | **Cirugía Plástica Infantil** | 40 |
| **Diabetes Infantil** | 60 | **Neurocirugía Infantil** | 30 |
| **Endocrinología Infantil** | 60 | **Traumatología Infantil** | 40 |
| **Gastroenterología Infantil** | 60 | **Urología Infantil** | 40 |
| **Ginecología Infantil** | 60 | | |
| **Infectología Infantil** | 50 | | |
| **Fisiatría** | 50 | | |
| **Pediatria** | 40 | | |
| **Nefrología Infantil** | 50 | | |

| | |
|---|---|
| **Neurología Infantil** | 60 |
| **Nutrición Infantil** | 60 |
| **Oncohematología Infantil** | 30 |
| **Psiquiatría infantil** | 70 |
| **Reumatología Infantil** | 70 |
| **Genética** | 80 |
| **Adolescencia** | 70 |

- **Rendimientos estandarizados:**

Definido el rendimiento como el número de prestaciones realizadas en una hora cronológica, es fundamental fijar el rendimiento para cada actividad o prestación para cada especialidad.
En la tabla se observa el rendimiento para consulta por especialidad, este rendimiento se obtiene de los promedios observados a nivel de los ambulatorios de todo el país, lo que parece ser bastante ajustado a los requerimientos técnicos.

| ESPECIALIDAD MÉDICA ADULTO | RENDIMIENTO CONSULTA | ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA ADULTO | RENDIMIENTO CONSULTA |
|---|---|---|---|
| **Broncopulmonar** | 4 | **Cardiocirugía** | 3 |
| **Cardiología** | 4 | **Cirugía Oncológica (Cab, cuello, mama)** | 5 |
| **Cuidados Paliativos** | 3 | **Cirugía Digestiva Alta** | 5 |
| **Dermatología** | 5 | **Cirugía Digestiva Baja (Coloproctología)** | 5 |
| **Diabetes** | 4 | **Cirugía General** | 5 |
| **Endocrinología** | 4 | **Cirugía Plástica** | 4 |
| **Gastroenterología** | 4 | **Cirugía Tórax** | 4 |
| **Geriatría** | 3 | **Cirugía Vascular** | 6 |
| **Infectología** | 3 | **Ginecología** | 4 |
| **Fisiatría** | 3 | **Neurocirugía** | 4 |
| **Medicina Interna** | 4 | **Obstetricia** | 4 |
| **Nefrología** | 4 | **Oftalmología** | 6 |
| **Neurología** | 3 | **Otorrinolaringología** | 5 |
| **Nutrición** | 4 | **Traumatología** | 5 |
| **Oncohematología** | 3 | **Urología** | 4 |
| **Psiquiatría** | 2 | | |
| **Reumatología** | 4 | | |

| ESPECIALIDAD MÉDICA PEDIÁTRICA | RENDIMIENTO CONSULTA | ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA | RENDIMIENTO CONSULTA |
|---|---|---|---|
| **Broncopulmonar Infantil** | 3 | **Cardiocirugía Infantil** | 3 |
| **Cardiología Infantil** | 3 | **Cirugía Infantil** | 5 |
| **Cuidados Paliativos Pediátricos** | 2 | **Cirugía Plástica Infantil** | 4 |
| **Dermatología** | 5 | **Neurocirugía Infantil** | 3 |
| **Diabetes Infantil** | 3 | **Traumatología Infantil** | 5 |
| **Endocrinología Infantil** | 3 | **Urología Infantil** | 4 |
| **Gastroenterología Infantil** | 4 | | |
| **Ginecología Infantil** | 3 | | |
| **Infectología Infantil** | 3 | | |
| **Fisiatría** | 3 | | |
| **Pediatria** | 4 | | |
| **Nefrología Infantil** | 4 | | |
| **Neurología Infantil** | 3 | | |
| **Nutrición Infantil** | 3 | | |
| **Oncohematología Infantil** | 3 | | |
| **Psiquiatría infantil** | 2 | | |
| **Reumatología Infantil** | 3 | | |
| **NINEAS** | 2 | | |
| **Genética** | 3 | | |
| **Adolescencia** | 3 | | |
| **Seguimiento de prematuros** | 2 | | |

En las tablas siguientes se expresa el rendimiento de consulta para los otros Profesionales, también como promedio de lo observado en los establecimientos del país:

| OTROS PROFESIONALES | RENDIMIENTO CONSULTA |
|---|---|
| **Enfermera** | 4 |
| **Matrona** | 4 |
| **Kinesiólogo** | 3 |
| **Terapeuta Ocupacional** | 2 |
| **Nutricionista** | 3 |
| **Asistente Social** | 3 |
| **Psicólogo** | 2 |
| **Químico Farmacéutico** | 3 |
| **Tecnólogo médico** | 3 |

En cuanto a los procedimientos ambulatorios se sugieren rendimientos para algunos de ellos más representativos:

| PROCEDIMIENTOS | RENDIMIENTO |
|---|---|
| **Espirometría** | 1.3 |
| **Toracocentesis** | 2 |
| **Biopsia Pleural** | 2 |
| **Biopsia Renal** | 1 |
| **Endoscopía Alta Dg** | 3 |
| **Endoscopía Alta tto.** | 1.3 |
| **Colonoscopía** | 1 |

Se insinúan algunos rendimientos para atención cerrada, ya que será un tema a seguir desarrollando para la próxima orientación.

### *6.2.2. CRITERIOS TECNICOS PARA LA PROGRAMACION DE ATENCIÓN CERRADA*

- **Criterios técnicos para la programación quirúrgica:**

**<u>Estándares sugeridos</u>**

- Definición del proceso quirúrgico.
- Definiciones asociadas al recurso de pabellón.
- Rendimiento basado en la normativa y orientaciones existentes: Guía metodología EPH, Documentos programación Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, Programación 2009.

| ACTIVIDAD | DURACIÓN | RENDIMIENTO |
|---|---|---|
| Nº cirugía menor/hr. Médico | 30 min | 2 cirugías menores/hrs Cirujano |
| Nº cirugía mayor/hr. Pabellón | 120 min | 0,5 cirugía mayor/hr Pabellón |
| Nº hr. Por cirujano/cirugía mayor | 120min x2 cirujanos | 0,25cirugía mayor/hr Cirujano |
| Nº cirugía ambulatoria/hr. Pabellón | 60 min | 1 cirugía ambulatoria/ hr Pabellón |
| Nº hr. cirujano/ cirugía ambulatoria | 60 min x 2 cirujanos | 0,5 cirugía ambulatoria/hr Cirujano |
| Nº cirugía Obstétrica/hr Pabellón | 60 min | 1 cirugía obstétrica/hr Pabellón |
| Nº hr. obstetra/ cirugía obstétrica | 60 min | 1 Cirugía Obstétrica/ hr obstetra. |

- **Criterios técnicos para la programación del uso del Recurso Cama:**

**Estándares sugeridos**

- Definición del proceso de hospitalización.
- Definiciones asociadas al recurso cama.
- Rendimiento basado en la normativa y orientaciones existentes: Norma Técnica Nº 150 y Ordinario Nº 2110.

| PROFESIONAL | ACTIVIDAD | DURACIÓN | RENDIMIENTO (Nº/HRS) |
|---|---|---|---|
| **Médico** | Nº Hr. Médica/día cama UCI | 60 min | 1 visita cama/hr. Médica |
| | Nº Hr. Médica/día cama UTI | 30 min | 2 visita cama/hr. Médica |
| | Nº Hr. Médica/día cama media | 20 min | 3 visita cama/hr. Médica |
| | Nº Hr. Médica/día cama básica | 15 min | 4 visita cama/hr. Médica |
| **Enfermera** | Nº Hr. Enfermera/día cama UCI | 210 min | Atención Integral/Paciente |
| | Nº Hr. Enfermera/día cama UTI | 108 min | Atención Integral/Paciente |
| | Nº Hr. Enfermera/día cama media | 54 min | Atención Integral/Paciente |
| | Nº Hr. Enfermera/día cama básica | 27 min | Atención Integral/Paciente |

- **Criterios técnicos para la programación de unidades de Toma de Muestras Ambulatorias:**

**Estándares de rendimientos sugeridos**

- Definición del Proceso de toma de muestra venosa y arterial, en adulto y niños.
- Considerar: Horario de funcionamiento, puestos de trabajo, condiciones de toma de muestra, exámenes que requieren más de una toma de muestra.

| PRESTACIÓN | RENDIMIENTO Nº/HR/ PUESTO DE TRABAJO | | FUENTE |
|---|---|---|---|
| | Mínimo | Máximo | |
| Toma de Muestra Venosa Adulto | 10 | 12 | DEIS |
| Toma de Muestra Venosa Infantil | 5 | 6 | DEIS |
| Toma de muestra Arterial Adulto | 4 | 6 | DEIS |
| Toma de muestra Arterial Infantil | 4 | 6 | DEIS |

**Criterios técnicos para la programación de las Unidades de Imagenología:**

**Estándares de rendimientos sugeridos**

- Definición de Proceso de Imagenología
- Rendimiento basado en los registros de Producción (DEIS)
- Rendimiento del equipo de trabajo (RRHH y equipamiento)

| PRESTACIÓN | RENDIMIENTO (MINUTOS) | | FUENTE |
|---|---|---|---|
| | Mínimo | Máximo | |
| Ex. Radiológicos Simples | 15 | 20 | DEIS |
| Ex. Radiológicos Complejos | 20 | 30 | DEIS |
| Tomografía Axial Computarizada | 20 | 40 | DEIS |
| Ecotomografía | 30 | 40 | DEIS |
| Resonancia Nuclear Magnética | 60 | 60 | DEIS |

## *6.3. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS:*

### *6.3.1. ORIENTACIÓN PROGRAMÁTICA PARA REHABILITACIÓN EN LA RED DE HOSPITALES DE ALTA Y MEDIANA COMPLEJIDAD*

Dado el aumento creciente de las necesidades de intervenciones en salud y rehabilitación de la población, relacionado al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y el aumento de sobrevida de las personas relacionado al aumento de la tecnología y competencias técnicas de los equipos de salud, nos vemos enfrentados a una mayor población con discapacidad y dependencia o riesgo de adquirirla.

En este contexto se ha desarrollado el programa de rehabilitación en los hospitales de alta y mediana complejidad, apuntando a otorgar atención de rehabilitación precoz, oportuna, intensiva e interdisciplinaria, con el objetivo de favorecer la autovalencia y funcionalidad.

- **Objetivo General**

Aumentar la capacidad resolutiva de la red pública de salud en el ámbito de la rehabilitación para las personas con una condición de salud que genere discapacidad ya sea permanente o transitoria.

- **Objetivos específicos para las personas**

1. Entregar atención de rehabilitación oportuna, eficaz y eficiente, en el nivel que la persona en situación de discapacidad lo requiera, a lo largo del curso vital.
2. Mejorar o evitar el deterioro físico, psíquico y funcional o del nivel de participación de la persona en situación de discapacidad transitoria o permanente que requiere atención de rehabilitación en hospital, tanto a nivel cerrado como abierto.

3. Disminuir el número y gravedad de las complicaciones que se presentan en personas que están en los hospitales en una condición de salud que genere discapacidad transitoria o permanente.
4. Disminuir los tiempos de hospitalización requeridos por las personas que enfrentan una situación de discapacidad transitoria o permanente.
5. Mejorar la condición al alta de los hospitales de las personas en situación de discapacidad, en cuanto a disminución de dependencia y aumento de autovalencia.
6. Aumentar la cobertura en las discapacidades de origen físico y sensorial.
7. Generar las coordinaciones necesarias para el abordaje en red de la PsD, tanto en salud como a nivel de la comunidad, para asegurar la continuidad del proceso rehabilitador.

- **Estrategias del Programa hacia las personas**

1. **Rehabilitación Precoz.** Integración del equipo de rehabilitación al trabajo de las UPC para el inicio precoz de ella. Trabajo conjunto del equipo de rehabilitación con los otros profesionales que integran la UPC para identificar los requerimientos de rehabilitación de las personas que se encuentran en dicha unidad: posicionamiento, movilizaciones, mantención de rangos, rehabilitación respiratoria, ferulaje, apoyo sicológico a la persona y/o familia, educación a la persona y/o familia, preparación de alta, diagnóstico e intervención fonoaudiológica, derivación a nivel de rehabilitación que corresponda al alta de la UPC si lo requiere.

2. **Desarrollo y Organización de la Rehabilitación para PsD por déficit sensorial.** Inicio a través de planes pilotos con bajo el diseño de macro-redes específicas.

- **Estrategias del Programa hacia el desarrollo de la Red de Rehabilitación**

1. **Desarrollo de una red de alta complejidad** en condiciones de entregar una rehabilitación intensiva. Equipos multidisciplinarios de rehabilitación, en hospitales con condiciones para asumir cuadros discapacitantes de mayor complejidad, que entregan una rehabilitación de alta especificidad e intensidad en la etapa aguda y subaguda y hacen el seguimiento de la condición crónica cuando ello corresponde. En ellos se realiza neurorehabilitación, rehabilitación respiratoria, musculoesquelética, reumatológica, oncológica, cardiológica, quemados, amputados, baja visión, hipoacusia moderada y severa, taller de ortoprótesis, entrega de ayudas técnicas asociada al proceso de rehabilitación.

2. **Desarrollo y Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación.** Desarrollo de un plan paulatino de fortalecimiento de las condiciones de infraestructura, equipamiento y RRHH en rehabilitación de los hospitales de alta y mediana complejidad. Participación en las instancias que definen los proyectos médico arquitectónico, apoyo a proyectos de ampliación, orientaciones técnicas.

3. **Capacitación de Recursos Humanos relacionados con rehabilitación.** Se considera al personal clínico relacionado con la atención directa del paciente: enfermera, médico, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, etc. y personal administrativo y técnico para generar conocimiento, desarrollar capacidades y habilidades al personal que les permita incorporarse como facilitadores y actores del proceso de rehabilitación.

4. **Coordinación del trabajo en la Red de Rehabilitación.** Trabajo en red que asegure la continuidad del proceso de rehabilitación, desarrollando flujos que se adecuen a los cambios de requerimientos de la PsD.

- **La Red de Rehabilitación está compuesta por:**

a) **Instituto Nacional de Rehabilitación**: debe ir concentrando las patologías de más alta complejidad, baja frecuencia, enfermedades raras, especificidad en técnicas de rehabilitación y ser un centro formador para la red nacional.
b) **Hospitales macroregionales con prestaciones de alta complejidad en rehabilitación**: hospitales que concentran en una macro región la alta complejidad en rehabilitación, cuentan con la mayor parte de las prestaciones de la cartera de servicios de alta complejidad. Cuenta con equipos especializados en manejo de pacientes amputados. Deriva al Instituto Nacional si los requerimientos son aún más específicos tanto por complejidad como por intensidad o período de rehabilitación, hacia hospitales de menor complejidad, a Centros de referencia ambulatorios y/o las de rehabilitación en el nivel comunitario.

**c)** **Hospitales de la macro-región de alta y mediana complejidad que complementan la red de prestaciones:** hospitales de alta o mediana complejidad que cuentan con parte de la cartera de servicios, siendo complementarias sus prestaciones con el hospital de alta complejidad en rehabilitación.

d) **Centros de Referencia Ambulatorios (CDT-CRS): realizan** rehabilitación ambulatoria a pacientes en etapa subaguda estabilizados o crónicos que requieren un manejo de mayor especialización.

e) **Hospitales Comunitarios:** en al ámbito de la APS ejecutan la RBC, rehabilitación con enfoque de inclusión social, apoyo a los cuidadores, prevención de discapacidad. En el ámbito hospitalario trabajan la menor complejidad, pacientes hospitalizados, mantener la funcionalidad, prevención de la dismovilidad, trabajo con la familia, de acuerdo a la definición de la red podrían trabajar con personas estabilizadas, sin requerimientos de tecnologías de apoyo y que requieren un proceso de rehabilitación más prolongado, ej., endoprótesis de caderas.

f) **Rehabilitación Basada en Comunidad (Salas RBC, equipos rurales, Salas RI):** trabajan la rehabilitación con enfoque de inclusión social, apoyo a los cuidadores, prevención de discapacidad.

*Importante: se debe considerar que una persona puede requerir la intervención en paralelo de más de un nivel de rehabilitación y que, por ello, es importante definir mecanismo de interacción entre ellos.*

- **ACTIVIDADES (DEFINICIONES):**

**A. Del Fisiatra**

1. **Consulta de Rehabilitación.** (Primera consulta de Fisiatra)**.**
   - Determinar diagnóstico etiológico o sindromático y explicarlo al usuario y/o familia y/o cuidador
   - Determinar si beneficiará de un tratamiento de rehabilitación (incluyendo el eventual manejo farmacológico), de qué tipo y por cuales profesionales y, si es así, hacer una propuesta de objetivos y PTI y explicarlo al usuario y/o familia y/o cuidador, acordando los elementos esenciales con estos.
   - Proponer o aplicar instrumentos de evaluación inicial que posteriormente permita evaluar impacto de la intervención terapéutica.
   - Derivar a profesionales del equipo tratantes de rehabilitación si se requiere.
   - Definir si se requieren nuevos procedimientos diagnósticos
   - Derivar a interconsultores de especialidad que complementen el proceso de rehabilitación.
   - Indicación de tecnología de apoyo y/ o ayudas técnicas.
   - Dar hora de control o definir cierre si no corresponde ser manejado en rehabilitación.
   - Registro de la atención

   **Tiempo: 60 minutos**

2. **Controles de Rehabilitación.** Evaluación intermedia del médico fisiatra para:
   - Evaluar respuesta a tratamiento necesidad de prolongarlo o reorientarlo.
   - Revisar resultados de procedimientos diagnósticos.
   - Proponer nuevas estrategias terapéutica.
   - Explicar al usuario y/o familia y/o cuidador.
   - Indicación de ayudas técnicas.

   **Tiempo: 30 minutos**

3. **Electrodiagnóstico** Procedimiento realizado por fisiatra que:
   - Complementando los hallazgos clínicos, permite obtener una aproximación diagnóstica tanto etiológica como topográfica de las lesiones o enfermedades del nervio y del musculo.
   - Permite realizar seguimiento y generar una presunción pronóstica de cada caso en particular.

- Entre los exámenes específicos que realiza el fisiatra se cuentan: Potenciales Evocados Somatosensitivos (PESS), Potencial evocado auditivo (BERA por sus siglas en inglés), Potencial evocado visual (PEV), Reflejo H, Velocidad de conducción sensitiva y/o motora y la electromiografía (EMG).

**Tiempo EMG: 60 minutos (incluye tiempo para informe)**

**Tiempo otros procedimientos: 40 minutos (incluye tiempo para informe)**

4. **Infiltración diagnóstica y/o terapéutica:** Procedimiento médico, realizado por fisiatra, que aplicado a un usuario portador de patología osteoneuromuscular busca, a través de la infiltración de fármacos locales:
   - Confirmar o descartar diagnóstico.
   - Potenciar el efecto de otros tratamientos.
   - Evaluar posible efecto de otro tratamiento.
   - Manejar síndromes dolorosos.
   - Controlar procesos inflamatorios o degenerativos.
   - Controlar movimientos distónicos.
   - Controlar espasticidad.

   **Tiempo: 30 minutos**

**B. De los profesionales tratantes: asistente social, enfermera(o), fonoaudiólogo(a), kinesiólogo(a), terapeuta ocupacional, psicóloga(o)**

1. **Consultas de Rehabilitación(evaluación inicial):**
   - Realiza el examen propio de su campo profesional considerando el diagnóstico de base que trae el usuario.
   - Evalúa si el objetivo por el cual ha sido derivado es atingente al trabajo que puede realizar en los tiempos que dispone para realizar el tratamiento.
   - Desglosa el objetivo general en objetivos específicos, los propone y acuerda con el usuario y/o familia y/o cuidador.
   - Aplica instrumento diagnóstico indicado por el médico y otro que le permita ser más sensible a los objetivos específicos de su campo profesional si ello le parece pertinente.
   - Informa al usuario y/o familia y/o cuidador el número de sesiones de tratamiento a los que accederá, las estrategias de tratamiento que se aplicarán y el rol que ellos mismos tienen en la consecución de los objetivos.
   - Registra su atención.

   **Tiempo: 45 minutos**

2. **Sesiones. En ella el tratante debe:**
   - Aplicar las estrategias terapéuticas acordadas y observar la efectividad de ellas.
   - Tomar nota y avisar, de inmediato si es pertinente, de eventuales complicaciones.
   - Educar al usuario y/o familia y/o cuidador en las estrategias terapéuticas.
   - Registrar su atención.

   **Tiempo. 30 minutos**

3. **Control de Rehabilitación (evaluaciones intermedias o finales). En ella el tratante debe:**
   - Aplicar instrumentos de evaluación que le permita evaluar el avance en el cumplimiento de los objetivos específicos acordados.
   - Hacer un informe sumario con los resultados obtenidos
   - Incorporar propuestas complementarias o de cambio a las estrategias de tratamiento implementadas.
   - Si es el control al alta del tratamiento hospitalario (de la atención cerrada o abierta), el tratante debe poner énfasis en:

     Medir el cumplimiento de objetivos con el(los) instrumento(s) aplicado(s) en la primera sesión.

     Revisar con el usuario y/o familia y/o cuidador el cumplimiento de los objetivos y los factores que influyeron en dicho resultado.

     Revisar si han internalizado el rol que les corresponde en la rehabilitación del usuario y las estrategias a seguir.

     Orientar en uso de la red de salud y rehabilitación si ello es necesario.

**Tiempo: 30 minutos / 45 minutos si es la evaluación de alta.**

**Sesión de tratamiento grupal.** En ella el/los tratantes trabajan objetivos comunes a los usuarios en tratamiento, sus familias y/o cuidadores con un enfoque multidisciplinario, realizada por uno o más integrantes del equipo de rehabilitación, se orientan a intervenciones clínicas.

**Tiempo: 60 a 120 minutos según objetivos a trabajar y/o número de participantes.**

**C. Actividades comunes a todo el equipo de rehabilitación**

1. **Reuniones de equipo.**
   - Instancia en que el conjunto de profesionales discute el plan propuesto a los pacientes que se consideran de mayor complejidad y que requieren un trabajo de mayor coordinación del equipo. Revisa el PTI y define las estrategias y responsabilidades de cada integrante.
   - Realiza revisiones bibliográficas y temáticas
   - Registro de resumen, conclusiones y línea de trabajo.

   **Tiempo: 120 minutos semanales**

2. **Reuniones administrativas.**

   **Tiempo: 60 minutos**

3. **Educación familiar**. Charlas, entrevistas individuales, talleres y/o exposiciones, dirigidas a familiares y/o cuidadores del usuario, para facilitar su incorporación efectiva en el plan de tratamiento.

   **Tiempo. 30 a 60 minutos según objetivos a trabajar y/o número de participantes**

4. **Educación grupal**. Actividades grupales en forma de taller y/o exposición dirigidas a un conjunto de personas que comparten una problemática común; pudiendo ampliarse a usuarios, familiares, cuidadores y redes de apoyo. Orientados a la educación y prevención en temáticas relevantes para el usuario y/o cuidador.

   **Tiempo: 60 a 120 minutos según objetivos a trabajar y/o número de participantes.**

5. Sesiones grupales de tratamiento: sesiones terapéuticas en que se trabaja con un grupo de usuarios. **Tiempo: 60 a 120 minutos según objetivos a trabajar y/o número de participantes.**

**Rendimientos:**

| PROFESIONAL | ACTIVIDAD | RENDIMIENTO (N°/HR.) | REGISTRO |
|---|---|---|---|
| **Fisiatra** | Consulta de Rehabilitación | 1 hora | REM A07 |
| **Fisiatra** | Control de Rehabilitación | 2/hora | REM AO7 |
| **Fisiatra** | Electrodg general | 2/hora | REM BS17 |
| **Fisiatra** | Electrodg EMG | 1,5/hora | REM BS17 |
| **Fisiatra** | Infiltración | 2/hora | REM BS17 |
| **Tratantes (kine, TO fono, psicólogo)** | Consulta Rehabilitación | 1,5/hora | REM 28 |
| **Tratantes (kine, to, fono, psicólogo)** | Control rehabilitación | 2 o 1,5/hora | REM 28 |
| **Tratantes, (kine, to, fono, psicólogo)** | Sesiones de tratamiento | 2/hora | REM 28 |
| **Equipo** | Reuniones administrativas | 60 minutos semanales | |
| | Reuniones de equipo | 120 min. Semanales | |
| **Equipo** | Sesiones de Terapia grupales | 60 a 120 minutos | REM 28 |
| **Equipo** | Educación familiar | 30-60 min sesión | REM 28 |
| **Equipo** | Educación grupal | 60-120 min sesión | REM 28 |

### *6.3.2. ORIENTACIÓN PROGRAMÁTICA PARA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL*

**A. <u>Problemas de Salud Mental y Modelo de Atención:</u>**

Los problemas de salud mental tienen alta prevalencia, gran impacto en la carga de enfermedad y altos costos directos e indirectos.

Tienen una fuerte influencia de los factores psicosociales. En algunos casos estos factores gatillan la aparición de la enfermedad en personas vulnerables biológicamente (por ej. Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastornos Depresivos); en otros son causa directa (por ej. Trastornos Depresivos, Trastornos de Ansiedad secundarios a experiencias traumáticas). Siempre los factores

psicosociales influyen sustancialmente el curso y pronóstico de los problemas de salud mental: existe evidencia respecto al impacto de los altos niveles de Expresividad Emocional presentes en el grupo familiar como principal causa de recaída en Esquizofrenia y otras patologías; el estrés psicosocial entorpece y complica la evolución de cualquier cuadro, el soporte social y la capacidad de afrontamiento son también gravitantes. La fuerte influencia de los factores psicosociales en los problemas de salud mental determina que las estrategias terapéuticas efectivas sean aquellas que consideran el abordaje de estos factores con intervenciones técnicamente fundadas, entregadas con la frecuencia e intensidad que permita tener logros terapéuticos, tal como se considera por ejemplo en las Guías GES de Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar y Depresión.

Por otra parte, las enfermedades mentales son en sí mismas factores de riesgo que aumentan la incidencia y pronóstico de las enfermedades tradicionalmente clasificadas como "no transmisibles." Pacientes con diabetes tipo II, por ejemplo, tienen el doble de posibilidades de desarrollar depresión que la población general y aquellos pacientes con diabetes que están deprimidos poseen mayor dificultad para practicar el autocuidado. Los pacientes que sufren de enfermedad mental tienen también el doble de posibilidades de fumar cigarrillos que otras personas, y en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica esto se asocia a un peor resultado clínico. Hasta un 50% de los pacientes con cáncer sufren enfermedades mentales, especialmente depresión y ansiedad, y el tratamiento de los síntomas de la depresión en pacientes con cáncer puede mejorar el tiempo de sobrevida. De forma similar, en aquellos que se encuentran deprimidos, el riesgo de tener un infarto cardíaco es más del doble que en la población general; es más, la depresión aumenta el riesgo de muerte en pacientes con enfermedades coronarias[1]. Por otra parte, tratar los síntomas de depresión luego de un infarto cardíaco ha demostrado reducir las tasas de mortalidad y re-hospitalización.

A la luz de esta evidencia, ¿Cómo podemos hacer frente a la creciente epidemia de enfermedades no transmisibles sin abordar las enfermedades mentales comórbidas? Y considerando la gravitación de los factores psicosociales en estas, ¿cómo podemos ser eficaces en su tratamiento sin adoptar con total coherencia un modelo de atención que los aborde eficientemente?

Si bien el Plan Nacional de Salud Mental de Chile se organiza en torno al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental que considera centralmente el impacto de los factores psicosociales en los problemas de salud mental, varias de las directrices ministeriales no lo asumen coherentemente aún.

La Programación en Red constituye una oportunidad para avanzar en coherencia, para ello no puede circunscribirse a identificar y mejor definir prestaciones y rendimientos de actividades clínicas e individuales de cada tipo y cada uno de los profesionales y técnicos que trabajan en salud mental, sino que debe generar espacio y soporte para la amplia gama de prestaciones en las cuales el prestador es el Equipo de Salud Mental Comunitaria y no se trata de que un profesional brinde atención directa a individuos o grupos y en muchos casos el contexto de desempeño está fuera del establecimiento.

**Entre estas prestaciones está:**

- Reunión Técnica del Equipo de Salud Mental Comunitaria.
- Reunión de Formulación y Actualización de Planes de Tratamiento Individualizado.
- Visita integral de Salud Mental por diversos profesionales, incluido Médico-Psiquiatra.
- Consultoría de Salud Mental en la Atención Primaria.

- Reuniones de Coordinación del Equipo de Salud Mental Comunitaria con otros actores de su red territorial.

B. **Estándares de Rendimiento a modo de ejemplo:**

| PRESTACIÓN | DURACIÓN | RENDIMIENTO |
|---|---|---|
| Consulta Control Psiquiatra | 30 min | 2 |
| Consulta Psicólogo u otro Profesional SM | 30 min | 2 |
| Psicoterapia individual | 45 min | 1.33 |
| Psicoterapia Grupal (6) | 2 hrs | 3 |
| Intervenciones Psicoterapéuticas (8) | 2 hrs | 4 |
| Consultoría de Salud Mental en la Atención Primaria | 4 hrs (incluye desplazamiento) | 8 pacientes, mínimo 2 presenciales |
| Consultorías Psicoterapéuticas (6) | 4 hrs | 1,5 |

- **<u>ACTIVIDADES AMBULATORIAS EN SALUD MENTAL DE ESPECIALIDAD</u>**

Las actividades realizadas por los equipos de Salud Mental en el nivel de Especialidad Ambulatoria podemos agruparlas en:

**1.- Actividades Individuales:** Se consideran en este grupo las atenciones o intervenciones efectuadas por los miembros del equipo de especialidad con la personas afectada con un trastorno de Salud Mental.

- Consulta de Ingreso por Psiquiatra*
- Consulta de Control por Psiquiatra*
- Consulta de ingreso por otros profesionales*
- Consulta de Salud Mental
- Psicodiagnóstico
- Psicoterapia individual

**2.- Actividades Grupales o familiares**: Se consideran en este grupo las atenciones o intervenciones efectuadas por los miembros del equipo de especialidad con grupos de usuarios, asesoría a grupos de autoayuda, atenciones y psicoeducación a familia de usuarios, consultorías de SM, reuniones con equipos de la red de salud, del intersector, etc.

- Visita domiciliaria Integral
- Intervención psicosocial grupal
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia Grupal
- Consultorías de Salud Mental
- Reuniones Técnicas*
- Reuniones Clínicas y/o Elaboración del Plan Individual de Tratamiento Integral*
- Reuniones con otros equipos de salud*
- Reuniones con Consejo Técnico de Salud Mental *
- Trabajo intersectorial sobre casos

- Reuniones con grupos de autoayuda

**3.- Actividades Comunitarias:** Se consideran en este grupo las atenciones o intervenciones efectuadas por los miembros del equipo de especialidad con grupos organizados de usuarios y trabajo con la comunidad de carácter masivo, así como las coordinaciones intersectoriales en tormo a programas y actividades.

- Actividades con organizaciones comunitarias de base
- Trabajo con organizaciones de usuarios y Familiares
- Trabajo intersectorial sobre programas y actividades colectivas

**4.- Actividades Administrativas:**

- Gestión Administrativa (Estadísticas, informes, etc.)

**Observaciones:**

Todas las actividades con asteriscos (*) son actividades que realizan los equipos de especialidad de acuerdo al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y que aún no poseen registro ni cuentan con definición en el REM. Se espera poder incluir dichas actividades y definiciones en el próximo período de revisión de los registros REM efectuado por el DEIS.

Además se encuentra en proceso de actualización el Plan Nacional de Salud Mental 2016-2025, el que formalizará definiciones respecto a estas actividades y sus rendimientos y otras que surjan fruto del trabajo realizado en este contexto.

# CRITERIOS TÉCNICOS PARA LAS ACTIVIDADES AMBULATORIAS DE ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL.

| PROFESIONAL | ACTIVIDAD | DEFINICIÓN | RENDIMIENTO | REGISTRO |
|---|---|---|---|---|
| Médico Psiquiatra | **Consulta de ingreso por Psiquiatra** | Atención otorgada por profesional psiquiatra a una persona referida y a su familia o cuidadores para diagnóstico y eventual tratamiento de su enfermedad mental.<br>Incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas, indicación de tratamientos, prescripción de fármacos y/o referencias.<br>Como resultado de esta consulta de ingreso, la persona puede ser contra referida al nivel primario, derivada a otra especialidad o derivada internamente en el dispositivo de SM para su evaluación por otros profesionales con el objetivo de formular un Plan Integral de Tratamiento Individual (PITI) en el nivel especializado de SM.<br>Incluye los registros y llenado de formularios asociados a GES y otros que correspondan.<br>Además incluye la emisión de licencias médicas en los casos que lo ameriten.<br>Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica. | **Una Consulta de ingreso por Psiquiatra tiene una duración de 45 minutos** | La consulta de médico psiquiatra se debe registrar en REM A07 (Atención de Especialidades), sección A.1, Psiquiatría. Esta consulta es una atención otorgada por médico especialista. |
| Médico Psiquiatra | **Consulta de control por Psiquiatra** | Atención otorgada por profesional psiquiatra, a una persona y familia o cuidadores, bajo control, para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad mental.<br>Incluye anamnesis, examen físico y mental, actualización diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas y/o análisis de respuesta a interconsultas solicitadas con anterioridad, indicación de tratamientos, prescripción de fármacos y/o referencias. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica.<br>Incluye la emisión de licencias médicas en los casos que lo amerite. | **Tiene una duración de 30 minutos/ dos consultas por hora.** | La consulta de médico psiquiatra se debe registrar en REM A07 (Atención de Especialidades), sección A.1, psiquiatría. Esta consulta es una atención otorgada por médico especialista |
| Médico General, Enfermero (a), Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, otro profesional de equipo especialidad | **Consulta de ingreso por otros profesionales** | Atención profesional, otorgada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental (Médico General, Enfermera, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, etc.), a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores para diagnóstico y eventual tratamiento de su enfermedad mental.<br>Puede incluir anamnesis, examen físico y aplicación de instrumentos de evaluación, con el objetivo de formular un Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI) en el nivel especializado de SM.<br>Incluye los registros y llenado de formularios que correspondan.<br>Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica. | **Una Consulta de ingreso por otros profesionales , tiene una duración de 1 hora** | No se registra en REM como consulta de ingreso.<br>Se puede registrar como **<u>Consulta de Salud Mental</u>** para lo que se deben bloquear dos consultas de 30 minutos c/u. |
| Médico General, Enfermero (a), Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, otro profesional de equipo especialidad | **Consulta de Salud Mental** | Es la intervención ambulatoria individual realizada por cualquiera de los integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría en establecimientos de especialidades, esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores.<br>Puede incluir anamnesis, examen físico y mental, hipótesis y confirmación diagnóstica, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, emisión de informes (excepto forenses) y todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realicen por indicación del especialista.<br>De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. Las acciones a realizar en esta atención son: evaluación clínica, formulación de diagnóstico psiquiátrico, indicación de tratamiento (incluye diversas modalidades de tratamiento), control y seguimiento de indicaciones y evolución, psicoeducación, respuesta a interconsultas ambulatorias, contra referencia a atención primaria, indicación de derivación y alta. | **Una Consulta de Salud Mental tiene una duración de 30 minutos/ dos consultas por hora.** | **REM A-6**<br>**SECCIÓN B.1: CONSULTAS**<br>(La consulta de médico psiquiatra se debe registrar en REM A07 (Atención de Especialidades), sección A.1, psiquiatría, para evitar doble registro. Esta consulta es una atención otorgada por médico especialista.) |
| Psicólogo(a) | **Psicodiagnóstico:** | Es la evaluación otorgada por psicólogo clínico acreditado, a un paciente referido para complementar diagnóstico psicológico. Incluye aplicación de test psicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente.<br>De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. | **Tiene un rendimiento variable de 1 a 3 horas dependiendo de los test aplicados.** | **REM A-6**<br>**SECCIÓN B.1: CONSULTAS** |
| Médico Psiquiatra y Psicólogo(a) | **Psicoterapia Individual** | Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psiquiatra o psicólogo clínico con formación certificada en psicoterapia, a personas con diagnóstico de un trastorno mental, según plan individual de tratamiento integral. | **Una sesión de psicoterapia individual tiene una duración de 45 minutos.** | **REM A-6**<br>**SECCIÓN B.1: CONSULTAS** |
| Médico General, Enfermero (a), Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, TENS, otro profesional de equipo especialidad | **Visita Integral de Salud Mental** | Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialistas en salud mental, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental, esta actividad se realiza en domicilio, Lugar de Trabajo y Establecimientos Educacionales. | **Una Visita Integral de Salud Mental tiene una duración de 2 horas (no incluye traslados)** | **REM-A.26**<br>**SECCIÓN B: Otras Visitas Integrales** |
| Médico General, Enfermero (a), Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, otro profesional de equipo especialidad | **Intervención Psicosocial Grupal** | Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con un grupo de entre dos y doce personas. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.<br>Puede ser realizada en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros) o en espacios propios de la comunidad.<br>Incluye: Psicoeducación, Talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), Actividades de entrenamiento de | **Una sesión de intervención psicosocial grupal tiene una duración de 2 horas**. | **REM A-6**<br><br>**SECCIÓN B.2: Actividades grupales (Nº de sesiones).** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | habilidades (conciencia de trastorno y adhesión al tratamiento, cognitivas como por ejemplo, atención, concentración, memoria y funciones superiores, para la vida diaria como por ejemplo, auto cuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales), Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda, Actividades de motivación para la participación social y comunitaria | | |
| Médico Psiquiatra y Psicólogo(a) | **Psicoterapia Grupal** | Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por un profesional clínico con formación certificada en psicoterapia, a un grupo de 4 a 10 personas con diagnóstico de trastorno mental, según plan individual de tratamiento integral. Dependiendo de las características y complejidad del grupo se realiza con o sin co-terapeuta, (profesional de salud mental con la misma formación). De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. | **Una sesión de Psicoterapia Grupal tiene una duración de 2 horas.** | **REM A-6 SECCIÓN B.2: Actividades grupales (Nº de sesiones).** |
| Médico Psiquiatra y Psicólogo(a) | **Psicoterapia Familiar** | Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por un profesional clínico con formación certificada en psicoterapia familiar, a integrantes de un mismo grupo familiar de una persona con diagnóstico de trastorno mental, según plan individual de tratamiento integral. Dependiendo de las características y complejidad del grupo se realiza con o sin co-terapeuta, (profesional de salud mental con la misma formación). | **Una sesión de psicoterapia familiar tiene una duración de una hora.** | **REM A-6 SECCIÓN B.2: Actividades grupales (Nº de sesiones).** |
| Médico Psiquiatra, Enfermero (a), Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, otro profesional de equipo especialidad | **Consultorías de salud mental** | Corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general de APS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra-referencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.<br>El cronograma con la frecuencia y fechas de Consultorías se debe planificar conjuntamente entre los equipos que reciben la actividad (nivel primario) y el que las otorga (nivel especialidad).<br>De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente | **Tiene un rendimiento de una sesión de consultoría en 4 horas, para mínimo 8 pacientes.** | **REM A-6 SECCIÓN A.2** (Sección A.2: se registran N° de consultorías recibidas por el equipo de especialidad en salud mental y no por cada integrante de dicho equipo, la actividad la registra el equipo de salud general del establecimiento APS que recibe la Consultoría.) |
| Médico Psiquiatra, Médico General, Enfermero (a), Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, TENS, otro profesionales de equipo | **Reuniones Clínicas y/o Formulación, evaluación y redefinición de P.I.T.I.)** | Reuniones del equipo de especialidad ambulatoria para formular, evaluar y/o redefinir los planes de tratamiento de las personas tratadas en el dispositivo, coordinar las intervenciones terapéuticas de los integrantes del equipo , programar las acciones de coordinación con otras instancias de la red para la continuidad de tratamiento de los usuarios. | **2 horas por reunión 1 vez a la semana.** | **No tiene registro en REM** |
| | **Reuniones Técnicas** | Reuniones del equipo de especialidad ambulatoria en salud mental para planificar, coordinar y evaluar las actividades de gestión comunitaria, de gestión clínica y administrativas del dispositivo. | **2 horas al menos una vez al mes** | **No tiene registro en REM** |
| | **Reuniones con otros equipos de salud** | Reuniones con otros equipos de especialidad ambulatoria como unidades de hospitalización diurna, de adultos o adolescentes, de atención cerrada como unidades de hospitalización de corta estadía, con dispositivos residenciales como hogares y residencias protegidas con el propósito de favorecer el tránsito por la red y continuidad de tratamiento del usuario/a. | **2 horas por reunión al menos una vez al mes** | **No tiene registro en REM** |
| | **Reuniones con Consejo Técnico de Salud Mental** | El equipo de especialidad participa en el Consejo Técnico de Salud Mental que convoca y conduce el Servicio de Salud. Esta instancia permite articular la red de salud mental, proponer y aunar criterios para su mejor desarrollo y solucionar los obstáculos que se presenten en esta articulación. | **2 horas al menos una vez al mes** | **No tiene registro en REM** |
| | **Colaboración con Grupos de Autoayuda** | Actividad de apoyo y colaboración a los grupos de autoayuda vinculados al establecimiento con el fin de apoyarlos en su actividad y su continuidad. Se deben registrar las reuniones que se establezcan con el grupo de autoayuda en extenso o con sus monitores. También se debe registrar el número de organizaciones de autoayuda a las que se le brindo colaboración por medio de reunión. | **2 horas por reunión una vez al mes** | **REM A-26 SECCIÓN C.2: Actividades Comunitarias en salud mental.** |
| Médico General, Enfermero (a), Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, TENS, otro profesionales y técnicos del equipo. | **Trabajo intersectorial** | Actividad realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con el propósito de coordinarse con los distintos sectores sociales o realizar actividades de promoción y prevención (en establecimientos educacionales, laborales, de protección, etc.) para favorecer las condiciones de salud mental de la población y para facilitar la integración social de personas con trastornos o problemas de salud mental. | **2 horas por reunión una vez al mes** | **REM A-26 SECCIÓN C.2: Actividades Comunitarias en salud mental.** |
| | **Actividades con organizaciones comunitarias de base** | Actividad realizada por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con el propósito de aportar información técnica y material de apoyo para motivar y orientar a las personas para alcanzar y mantener mejores niveles de salud mental. También, para evitar o retrasar la aparición de una trastorno mental en población que presenta factores de riesgo o con problemas o síntomas de un trastorno mental. Además, para potenciar los esfuerzos en beneficio de la integración socio-comunitaria y el respeto por los derechos de las personas con trastornos o problemas de salud mental. | **2 horas una vez al mes** | **REM A-26 SECCIÓN C.2: Actividades Comunitarias en salud mental.** |
| | **Trabajo con Organizaciones de Usuarios y Familiares** | Actividad realizada por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría con organizaciones de pacientes y familiares de servicios de atención en salud mental y psiquiatría, con el propósito de sensibilizar e intercambiar información, capacitar a pacientes y sus familiares en temas relacionados con el manejo de condiciones asociadas a su enfermedad. También, para coordinar iniciativas tendientes a potenciar proceso de reinserción social, Además, apoyar la gestión de proyectos específicos de promoción de la salud mental. | **2 horas una vez al mes** | **REM A-26 SECCIÓN C.2: Actividades Comunitarias en salud mental.** |

## D.- ATENCION CERRADA EN SALUD MENTAL DE ESPECIALIDAD:

**1.- Actividades Individuales:** Se consideran en este grupo las atenciones o intervenciones efectuadas por los miembros del equipo con la personas afectada con un trastorno de Salud Mental.

- Consulta de Ingreso por Psiquiatra*
- Consulta de Control por Psiquiatra*
- Sesión de Evaluación de Ingresos otros profesionales*
- Psicodiagnóstico
- Intervención Psicológica Individual*
- Intervención y/o Evaluación Individual*

**2.- Actividades Grupales o familiares**: Se consideran en este grupo las atenciones o intervenciones efectuadas por los miembros del equipo con grupo de usuarios, atenciones y psicoeducación a familia de usuarios, reuniones con equipos de la red de salud.

- Visita domiciliaria
- Intervención psicosocial grupal
- Entrevistas Familiares
- Reuniones Técnicas*
- Reuniones Clínicas y/o Elaboración del Plan Individual de Tratamiento Integral*
- Reuniones con otros equipos de salud*
- Reuniones con Consejo Técnico de Salud Mental *
- Actividades de autocuidado del equipo*

**3.- Actividades Comunitarias:** Se consideran en este grupo las intervenciones efectuadas por los miembros del equipo con grupos organizados de usuarios y trabajo con la comunidad de carácter masivo.

- Actividades con organizaciones comunitarias de base
- Trabajo con organizaciones de usuarios y Familiares

**4.- Actividades Administrativas:**

- Gestión Administrativa (Estadísticas, informes, etc.)

## CRITERIOS TÉCNICOS PARA LAS ACTIVIDADES CERRADAS DE ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL.

| PROFESIONAL | ACTIVIDAD | DEFINICIÓN | RENDIMIENTO | REGISTRO |
|---|---|---|---|---|
| Médico Psiquiatra | **Consulta de Ingreso por Psiquiatra** | Atención otorgada por profesional psiquiatra a una persona referida y a su familia o cuidadores para diagnóstico y eventual tratamiento de su enfermedad mental.<br>Incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas, indicación de tratamientos, prescripción de fármacos y/o referencias.<br>Como resultado de esta consulta de ingreso, la persona puede ser derivada a otra especialidad o derivada internamente en la unidad de hospitalización para su evaluación por otros profesionales con el objetivo de formular un Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI).<br>Incluye los registros y llenado de formularios asociados a GES y otros que correspondan.<br>Además incluye la emisión de licencias médicas en los casos que lo ameriten.<br>Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica. | **45 minutos** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Psiquiatra | **Consulta de Control diario por Psiquiatra** | Atención otorgada por profesional psiquiatra, a una persona y familia o cuidadores, bajo control, para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad mental.<br>E incluye anamnesis, examen físico y mental, actualización diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas y/o análisis de respuesta a interconsultas solicitadas con anterioridad, indicación de tratamientos, prescripción de fármacos y/o referencias. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica.<br>Incluye la emisión de licencias médicas en los casos que lo amerite. | **25 minutos** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Enfermero(a) clínico(a), Psicólogo (a), T. Social, T. Ocupacional. | **Sesión de Evaluación por profesionales** | Atención profesional, otorgada por integrantes del equipo a usuarios/as, sus familiares y/o cuidadores, con el objetivo de formular un Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI).<br>Considera anamnesis, examen físico y aplicación de instrumentos de evaluación psicológica, socio-ocupacional, escolar y la evaluación de la situación socio–familiar de la persona, identificando necesidades de intervención social con el usuario y/o su familia a objeto de incluir estos objetivos en el Plan Individual de Tratamiento Integral del usuario/a.<br>Incluye los registros y llenado de formularios que correspondan.<br>Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica. | **90 minutos/1,5 horas** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Psicólogo(a) | **Psicodiagnóstico** | Es la evaluación otorgada por psicólogo a un paciente referido para complementar diagnostico psicológico.<br>Incluye Entrevista clínica, aplicación de test psicológicos de personalidad, organicidad y/o inteligencia, su análisis y elaboración del informe correspondiente.<br>De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. | **2 horas semanales por paciente** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Psicólogo(a) | **Intervención Psicológica Individual** | Es la intervención terapéutica otorgada por psicólogo a personas con diagnóstico de un trastorno mental, según plan individual de tratamiento integral. | **45 minutos** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, E.U. | **Intervención y/o Evaluación Individual** | Son todas aquellas intervenciones orientadas a identificar, evaluar y potenciar conductas que posibiliten un adecuado funcionamiento de la personas con trastornos mentales en las relaciones interpersonales (incluyen los aspectos afectivos, cognitivos y volitivos). | **Duración entre 30 minutos y 1 hora** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Equipo | **Reunión Clínica de Equipo (Formulación, evaluación y redefinición de P.I.T.I.)** | Reuniones del equipo de la unidad de hospitalización donde se evalúa el estado, evolución y actividades de los usuarios/as. Se realiza la evaluación de ingresos, el análisis de propuestas de alta que incluyan las medidas terapéuticas que se proponen para la continuidad asistencial, análisis de las dificultades encontradas y evaluación del cumplimiento del Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), desde los distintos profesionales y técnicos que intervienen. | **2 horas semanales** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Equipo | **Reunión Técnica de Equipo** | Reuniones del equipo para planificar, coordinar y evaluar las actividades de gestión de red sectorial e intersectorial, de gestión clínica y administrativas de la unidad. | **1 hora semanal** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Equipo | **Visita domiciliaria** | Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo a personas con diagnóstico de un trastorno | **2 horas (no incluye traslados)** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | mental y sus familias, con el propósito de:<br>Conocer y evaluar la situación socio habitacional del usuario y su grupo familiar.<br>Obtener, verificar y ampliar información valiosa para la intervención respecto al usuario y su grupo familiar.<br>- Conocer el ambiente social y comunitario en el cual está inserto el usuario y su grupo familiar, identificando factores de riesgo y factores protectores.<br>- Realizar sesión de intervención familiar en domicilio del usuario. | | |
| Equipo | **Entrevista Familiar** | Es la intervención realizada por el equipo con los familiares del usuario/a con el propósito:<br>- Promover una relación de colaboración entre el equipo tratante y la familia, integrando a la familia en los procesos de atención,<br>- Ofrecer información apropiada respecto a las características de la patología, su tratamiento y los cuidados específicos que requiere la persona<br>- Estimular la utilización de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar la enfermedad, | **60 minutos** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Psicólogo, Trabajador social, Enfermero(a) | **Intervención Psicosocial Grupal** | Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo con un grupo de entre dos y doce personas. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.<br>Incluye: Psicoeducación, Talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), Actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de trastorno y adhesión al tratamiento, cognitivas como por ejemplo, atención, concentración, memoria y funciones superiores, para la vida diaria como por ejemplo, auto cuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales), Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda, Actividades de motivación para la participación social y comunitaria . | **90 minutos** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Equipo | **Participación en reuniones con otros equipos de salud y/o del intersector.** | Reuniones con otros equipos de especialidad como Centros de Salud Mental Comunitaria, unidades de hospitalización diurna (de adultos o adolescentes) con dispositivos residenciales como hogares y residencias protegidas, Centros Sename, etc., con el propósito de apoyar procesos intra hospitalarios, favorecer el tránsito por la red y la continuidad de tratamiento del usuario/a una vez generada el alta médica. | **1 hora semanal** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Equipo | **Reuniones con Consejo Técnico de Salud Mental** | Participación en Consejo Técnico de Salud Mental que convoca y conduce el Servicio de Salud. Esta instancia permite articular la red de salud mental, proponer y aunar criterios para su mejor desarrollo y solucionar los obstáculos que se presenten en esta articulación. | **2 horas según programación dela red (deseable mensual)** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Psiquiatra, E.U coordinador, E.U. clínicos Psicólogo, Trabajador Social, T. Ocupacional, Técnicos Paramédicos | **Actividades de autocuidado del equipo** | Son espacios formales (reuniones, talleres, jornadas) para el vaciamiento y descompresión de equipos que trabajan con personas con enfermedad mental en situación de crisis y de riesgo vital con auto o heteroagresión.<br>Estos espacios permiten:<br>- que el equipo tenga la oportunidad de hablar sobre las situaciones vividas durante su jornada.<br>- favorecer relaciones de confianza entre miembros del equipo,<br>- generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas y conflictos surgidos al interior de los equipos.<br>- Establecer rituales de incorporación y de despedida de integrantes del equipo. | **2 horas al mes** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |
| Psiquiatra, Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, E.U. | **Labores Administrativas** | Elaboración de Informes, de Interconsultas, Registro en Ficha Clínica certificados y documentos de derivación; notificaciones y prolongación de Internación administrativa; Coordinación y Gestión de Redes, Derivación Asistida para continuidad del Tratamiento. | **2 horas por día/10 hrs. semanales.** | **Parte del Día Cama de Hospitalización** |

### *6.3.3. ORIENTACIÓN PROGRAMÁTICA PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA SECUNDARIA*

**INTRODUCCIÓN**

Con el fin de sustentar el modelo de Atención Integral, se ha instalado un Modelo de Gestión en Red que incorpora a los Establecimientos que interactúan en una red territorial, que contribuirán a la resolución de los problemas requeridos por la población entre ellos los de salud odontológica. Serán los establecimientos de atención primaria quienes recibirán a los usuarios y determinaran quienes, por nivel de complejidad de atención, deberán ser derivados a los establecimientos de atención secundaria, atendiendo los requisitos administrativos y siguiendo las directrices de los protocolos vigentes de cada especialidad, referirán a los usuarios para la satisfacción de sus necesidades. Por otra parte, los establecimientos de atención secundaria a través de actividades específicas de cada especialidad, tendrán por objeto focalizarse en la oportuna resolución del problema de salud y devolver el paciente a su establecimiento de origen (referencia y contrarreferencia), ambos permitiendo el tránsito de los usuarios entre ambos niveles según los flujos establecidos, para asegurar la continuidad en la atención, optimizando la Red.

Todo esto con la calidad del servicio odontológico que será considerado como al conjunto de atributos necesarios para satisfacer las expectativas de los usuarios.

Para lograr estos objetivos en forma ordenada y sistemática debemos programar, definido esto como; calcular en número de actividades, los requerimientos que debe cumplir el profesional de acuerdo a las horas contratadas de la especialidad. En la atención se considera para el cálculo la demanda explicita, por esto se entiende, las prestaciones que la población solicita, para las especialidades.

En esta misma línea se debe relevar la importancia de conocer la demanda oculta, que es aquella que no está explicitada por no estar identificada ya que no tiene respuesta.

**<u>Especialidades Odontológicas:</u>**

Las Especialidades Odontológicas, corresponden a un grupo de actividades propias del quehacer odontológico, que requieren de competencias y habilidades desarrolladas, orientadas a solucionar un problema específico de salud. Estas prestaciones, de mayor grado de complejidad, deben ser atendidas por especialistas en las distintas áreas, enfocados en la resolución del problema de Salud y una vez resuelto devuelve al paciente a la atención primaria, en un ejercicio dinámico e integrado. A saber:

- -Periodoncia
- -Endodoncia
- -Rehabilitación protésica removible
- -Rehabilitación protésica fija
- -Odontopediatría
- -Ortodoncia, y Ortopedia Dentomaxilofacial

- -Cirugía bucal
- -Radiología, Dentomaxilofacial
- -Disfunción Temporo mandibular
- -Implantología
- -Cirugía y Traumatología Maxilofacial
- -Patología Maxilofacial

**Cartera de Servicios por Especialidad**.

**PERIODONCIA**

**Diagnósticos asociados:**

- ✓ Periodontitis crónicas
- ✓ Periodontitis agresivas
- ✓ Periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica
- ✓ Periodontitis asociada a lesiones endodonticas
- ✓ Deformaciones y condiciones adquiridas desarrolladas en los tejidos periodontales

**Actividades**

- ✓ Destartraje supra gingival
- ✓ Pulido coronario
- ✓ Destartraje subgingival
- ✓ Pulido Radicular
- ✓ Cirugía periodontal por grupo

**Especialidad: Periodoncia**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Urgencia Actividad | 6 | 6 | 110´ | 10´ |
| Examen y Diagnóstico | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Destartraje Supragingival y Pulido Coronario | 3 | 3 | 20´ | 20´ |
| Destartraje Subgingival y Pulido Radicular | 2 | 3 | 30´ | 20´ |
| Consulta o Actividad de Oclusión (ATM) | 3 | 3 | 20´ | 20´ |
| Desgastes Selectivos (Balance Oclusal) | 5 | 6 | 12´ | 10´ |
| Plano de Alivio Oclusal | 1 | 1 | 60´ | 60´ |
| Cirugía Periodontal (por grupo) | 0,75 | 1 | 80´ | 60´ |

**ENDODONCIA**

**Diagnósticos asociados:**

- ✓ Pieza anterior trepanada sin o con lesión apical
- ✓ Piezas birradiculares sin o con lesión apical
- ✓ Piezas multirradiculares sin o con lesión apical
- ✓ Traumatismo dentoalveolar

**Actividades**

- ✓ Endodoncia anterior
- ✓ Endodoncia birradicular
- ✓ Endodoncia multirradicular
- ✓ Inducción al cierre apical
- ✓ Tratamiento de fracturas radiculares

**Especialidad: Endodoncia**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | Mínimo | Máximo | Mínimo | Máximo |
| Urgencia Actividad | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| Examen y Diagnostico | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Tratamiento pieza unirradicular | 1 | 1 | 60´ | 60´ |
| Tratamiento pieza birradicular | 0 ,6 | 0 ,4 | 100´ | 150´ |
| Tratamiento pieza multirradicular | 0 ,3 | 0 ,4 | 200´ | 150´ |
| Tratamiento de inducción al cierre | 1 ,2 | 1 | 50´ | 60´ |
| Desobturación | 2 | 3 | 30´ | 20´ |
| Radiografía retroalveolar | 6 | 8 | 10´ | 7 ,5´ |

**ODONTOPEDIATRÍA**

**Diagnóstico asociado**

- ✓ Atención del paciente pediátrico de difícil manejo.
- ✓ Atención del paciente pediátrico con necesidades especiales
- ✓ Atención del paciente con necesidades especiales

**Actividades**

- ✓ Pulpotomías
- ✓ Obturaciones (resinas, ionomeros)
- ✓ Coronas (resinas o metálicas)
- ✓ Pulpectomía vital

- ✓ Traumatismo dentoalveolar
- ✓ Exodoncias (temporales, definitivas)

**Especialidad: Odontopediatría**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Examen y Diagnóstico | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Control Odontólico Niño Sano | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Aplicación de Sellantes | 6 | 10 | 10´ | 6´ |
| Fluoruración Tópica | 6 | 10 | 10´ | 6´ |
| Pulido Coronario Destartraje Supragingival | 3 | 3 | 20´ | 20´ |
| Pulpotomía | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Examen y Diagnostico de ADM | 1 | 1 | 60´ | 60´ |
| Actividad Interceptiva | 6 | 6 | 10´ | 10´ |
| Instalación Aparato Interceptivo | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Instalación Mantenedor de Espacio | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Obturación Resinas | 2 | 4 | 30´ | 15´ |
| Obturación Amalgamas | 2 | 4 | 30´ | 15´ |
| Obturación Ionómero | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Corona Composite | 1 | 1,3 | 60´ | 46´ |
| Corona Metálica | 0,7 | 1 | 86´ | 60´ |
| Tratamiento diente temporal | 1 | 1,2 | 60´ | 50´ |
| Tratamiento diente definitivo | 0,5 | 0,6 | 120´ | 100´ |
| Pulpectomía Vital | 2 | 3 | 30´ | 20´ |
| Tratamiento de Inducción al cierre | 1,2 | 1 | 50´ | 60´ |
| Traumatismo Dentoalveolar | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Exodoncia Pieza Temporal | 6 | 6 | 10´ | 10´ |
| Exodoncia Pieza Definitiva | 6 | 6 | 10´ | 10´ |
| Urgencia Actividad | 6 | 6 | 10´ | 10´ |

**ORTODONCIA**

**<u>Diagnóstico asociado:</u>**

- Desarmonías dentomaxilo faciales esqueletales
- Desarmonias dentomaxilo faciales no esqueletales

**<u>Actividades</u>**

- Desgastes selectivos
- Instalación aparato removible
- Instalación aparatología fija
- Mantenedores de espacio

**Especialidad: Ortodoncia**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Urgencia Actividad | 6 | 6 | 10´ | 10´ |
| Examen y Diagnóstico | 1 | 1 | 60´ | 60´ |
| Actividad Ortodóntica | 5 | 6 | 12´ | 10´ |
| Instalación Aparato Removible | 3 | 6 | 20´ | 10´ |
| Instalación Mantenedor Espacio | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Salón de Desgastes Selectivos | 5 | 6 | 12´ | 10´ |
| Instalación Aparato fijo | 0,5 | 0,5 | 120´ | 120´ |
| Reparación Aparatos Fijos o Removibles | 3 | 4 | 20´ | 15´ |

**RADIOLOGÍA**

**Actividades**

- Rx retroalveolar
- Rx bite wing
- Rx oclusal
- Rx extraoral
- Rx panorámica
- Telerradiografía
- Sialografía

**Especialidad: Radiología**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| RX retroalveolar o Bite Wing | 8 | 10 | 10´ | 7.5´ |
| RX Oclusal | 8 | 10 | 10´ | 7.5´ |
| RX Extraoral | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| RX Panorámica | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| Teleradiografías | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| Sialografías | 1 | 2 | 60´ | 30´ |

**REHABILITACIÓN (PROTESIS REMOVIBLE)**

**Diagnósticos asociados**

- Desdentados parciales superiores e inferiores
- Desdentados totales superiores o inferiores
- Reparación protésica

**Actividades**

- Prótesis removible acrílica parcial o total
- Prótesis removible metálica parcial.
- Reparación de prótesis.
- Rebasado de prótesis-

**Especialidad: Rehabilitación (Prótesis Removible)**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | Mínimo | Máximo | Mínimo | Máximo |
| Exámen y Diagnóstico | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Prótesis Acrílica | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Prótesis Metálica | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Reparaciones | 4 | 4 | | 15´ |

**REHABILITACIÓN (PROTESIS FIJA)**

**Diagnósticos asociados**

- Pacientes con daño severo, no recuperable por operatoria en una pieza dentaria, con compromiso estético.
- Paciente fractura coronaria anterior.

**Actividades**

- Corona metal porcelana con perno muñón
- Corona metal porcelana de sustitución.

**Especialidad: Rehabilitación (Prótesis Fija)**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Exámen y Diagnóstico | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Prótesis Fija | 3 | 3 | 20´ | 20´ |

**CIRUGÍA BUCAL**

**Diagnóstico asociado**

- Exodoncias complejas
- Exodoncias múltiples
- Exodoncias frustradas
- Restos radiculares
- Terceros molares en inclusión mucosa o semi inclusión
- Regularización rebordes zonas localizadas

**Especialidad: Cirugía Bucal**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Urgencia Actividad | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| Examen y Diagnostico | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Controles | 5 | 6 | 12´ | 10´ |
| Exodoncia | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| Intervenciones Cirugía Bucal | 2 | 3 | 30´ | 20´ |
| Intervenciones Cirugía y Traumatología Máxilo Facial | 0,5 | 0,5 | 120´ | 120´ |

**CIRUGÍA MAXILO FACIAL**

**Diagnósticos asociados**

- Cirugía ortognatica
- Paciente politraumatizado
- Manejo de abscesos y flegmones

**Actividades**

- Exodoncias múltiples, o complejas
- Regularización de rebordes con fines protésicos
- Frenectomía labial y lingual
- Pacientes discapacitados con sepsis bucal
- Traumatismo dentoalveolar

- Quistes de los maxilares
- Inclusión y seminclusión dentaria
- Sepsis bucal en pacientes cardiópatas con riesgo de EBSA
- Sepsis bucal en pacientes inmunosuprimidos, candidatos a transplante de órganos o implantación de prótesis de cadera.
- Infecciones agudas de cara y cuello
- Complicaciones de exodoncias (comunicación buco sinusal)

**Especialidad: Cirugía Bucal y Máxilo Facial**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Urgencia Actividad | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| Examen y Diagnostico | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Controles | 5 | 6 | 12´ | 10´ |
| Exodoncia | 4 | 6 | 15´ | 10´ |
| Intervenciones Cirugía Bucal | 2 | 3 | 30´ | 20´ |
| Intervenciones Cirugía y Traumatología Máxilo Facial | 0,5 | 0,5 | 120´ | 120´ |

**OPERATORIA**

**Diagnóstico Asociado**

- Paciente con necesidades especiales de operatoria, por extensión.

**<u>Actividades</u>**

- Obturaciones tipo Onlay
- Obturaciones tipo Inlay
- Obturaciones con otros materiales

**Especialidad: Operatoria**

| ACTIVIDAD | RENDIMIENTO POR HORA | | TIEMPO EN MINUTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | **Mínimo** | **Máximo** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Examen y Diagnóstico | 4 | 4 | 15´ | 15´ |
| Pulido Coronario Destartraje Supraging | 3 | 3 | 10´ | 20´ |
| Obturación Resinas | 2 | 3 | 30´ | 20´ |
| Obturación Amalgamas | 2 | 3 | 30´ | 20´ |
| Obturación Ionómero | 3 | 4 | 20´ | 15´ |
| Obturación Inlay | 1 | 1,2 | 60´ | 50´ |
| Obturación Onlay/Corona unirradicular | 1 | 1,2 | 60´ | 50´ |
| Urgencia Actividad | 6 | 6 | 10´ | 10´ |

**Tabla de concentraciones sugeridas para Especialidades Odontológicas**

| ESPECIALIDAD | CONCENTRACIÓN |
|---|---|
| Periodoncia | 6 |
| Cirugía Bucal | 3 |
| Máxilo Facial | 3 |
| Prótesis Removible | 7 |
| Prótesis Fija | 6 |
| Radiología | 1 |
| Implantologia | 8 |
| Endodoncia | 4 |
| Disfunción | 7 |
| Ortodoncia | 25 |
| Operatoria | 4 |
| Odontopediatría | 4 |

| COMITÉ EDITORIAL MINSAL |
|---|
| *Ahumada Alexis* |
| *Ilabaca Juan* |
| *Leiva Carolina* |
| *Llach Elisa* |
| *Meneses Pamela* |
| *Soto Gonzalo* |
| *Valenzuela Raúl* |
| *Vargas Irma* |

| COLABORADORES MINSAL | |
|---|---|
| *Alarcon Gisela* | *López Elizabeth* |
| *Alcalde Catalina* | *Mediano Fernanda* |
| *Araya María Paz* | *Mendoza Carolina* |
| *Ayala Ana* | *Monsalve Pilar* |
| *Ayala Jose Miguel* | *Moya Cecilia* |
| *Baez Lorena* | *Muñoz Fernando* |
| *Barría Margarita* | *Mussa Indra* |
| *Becerra Carlos* | *Navarrete Patricia* |
| *Benavides Xenia* | *Navarro Marcela* |
| *Berrios Gloria* | *Neculhueque Ximena* |
| *Bravo Andrea* | *Neira Carolina* |
| *Bunger B. Soledad* | *Pacheco Javiera* |
| *Burgos Pamela* | *Padilla Claudia* |
| *Calfiqueo Cecilia* | *Paiccot Mélani* |
| *Campos Álvaro* | *Paiva Rebeca* |
| *Campos María Elena* | *Peña Alfredo* |
| *Carvajal Claudia* | *Peredo Carolina* |
| *Castillo Carolina* | *Pinheiro Anna* |
| *Castro Paolo* | *Pontoni Paola* |
| *Cepeda Carolina* | *Pozo Johanna* |
| *Chacón S. Susana* | *Quiroz Jenifer* |
| *Chiu Mónica* | *Ramírez Lorena* |
| *Cobos Carolina* | *Riquelme Isabel* |
| *Cofré Cristian* | *Riquelme Silvia* |
| *Cuevas Gladys* | *Robledo Paz* |
| *D'Angelo Cettina* | *Rodríguez Lorena* |
| *Del Valle Carolina* | *Rodríguez Milan* |
| *Derio Lea* | *Rojas Irma* |
| *Dinamarca Natalia* | *San Martin Ana María* |

| | |
|---|---|
| *Ferran Arminda* | *San Martin Yonathan* |
| *Flores Verónica* | *Sepúlveda Rafael* |
| *Fuentes Rossana* | *Silva Camila* |
| *Fuenzalida Fernando* | *Soto Eduardo* |
| *Gallegos Doris* | *Srur Andrea* |
| *González Inés* | *Tamblay Natalia* |
| *Gonzalez Miriam* | *Tobar Lidice* |
| *González Nanet* | *Torres Zulema* |
| *Gre Macarena* | *Troncoso Paulina* |
| *Gutierrez Pablo* | *Urrutia Odette* |
| *Guzmán María Paz* | *Valenzuela Claudia* |
| *Hernández María Eugenia* | *Vallebuona Clelia* |
| *Herrera Tania* | *Vallejo Osvaldo* |
| *Herrera Yilda* | *Velasco Jenny* |
| *Jara Gisela* | *Vergara Lucia* |
| *Leyton Barbara* | *Walbaum Magdalena* |
| *Herrera Patricio* | *Zuleta Cecilia* |

| COLABORADORES EXTERNOS | |
|---|---|
| ***Servicio de Salud*** | ***Nombre*** |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Verónica Fuller* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Alfredo Bravo* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Claudia Véjar* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Luz María Montalva* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Mariola Mestanza* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *María José Osorio* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Jorge Inostroza* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Giovanni Inostroza* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Elsa García* |
| *Metropolitano Sur Oriente* | *Margarita Moya* |
| *Metropolitano Oriente* | *Estrella Arancibia* |
| *Metropolitano Oriente* | *Susana Introini* |
| *Metropolitano Oriente* | *Andrea Poblete* |
| *Metropolitano Norte* | *Soledad Ischihara* |
| *Metropolitano Norte* | *Magdalena Brahm* |
| *Metropolitano Norte* | *María Eugenia Wagner* |
| *Metropolitano Sur* | *Erica Contreras* |
| *Metropolitano Sur* | *Lorna Suazo* |
| *Metropolitano Sur* | *Gisella Castiglione* |

| | |
|---|---|
| *Metropolitano Sur* | *Loreto Maturana* |
| *Metropolitano Occidente* | *Mónica Nuñez* |
| *Metropolitano Occidente* | *Lautaro Fernández* |
| *Metropolitano Occidente* | *Alicia Canales* |
| *Metropolitano Occidente* | *Francisca Reyes* |
| *Metropolitano Central* | *Patricia Gonzalez* |
| *Metropolitano Central* | *Karin Stegmann* |
| *Metropolitano Central* | *Patricia Panchana* |
| *Araucanía Sur* | *Claudia Mella* |
| *Araucanía Sur* | *Carolina Vergara* |
| *Araucanía Sur* | *Jaime Neira* |
| *Araucanía Sur* | *Mabel Pineda* |
| *Maule* | *Andres Acevedo* |
| *Maule* | *Augusto Aliaga* |
| *Aconcagua* | *Claudia Camerati* |