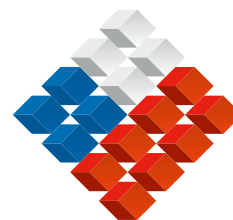


SERIE CUADERNOS DE REDES N° **13**

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED AÑO 2009



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN ATENCIÓN PRIMARIA / DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

**ORIENTACIONES PARA
LA PLANIFICACIÓN Y
PROGRAMACIÓN EN RED
AÑO 2009**



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Orientaciones para la Programación en Red

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Documento producido por:

Departamento Diseño y Gestión de APS

División Atención Primaria

Documento elaborado por:

División Atención Primaria

División de Gestión de Redes Asistenciales

División de Políticas Públicas Saludables y Prevención

División de Planificación Sanitaria

División de Prevención y Control de Enfermedades

Apoyo editorial:

Depto. Comunicaciones y RR.PP.

Agosto - 2008.

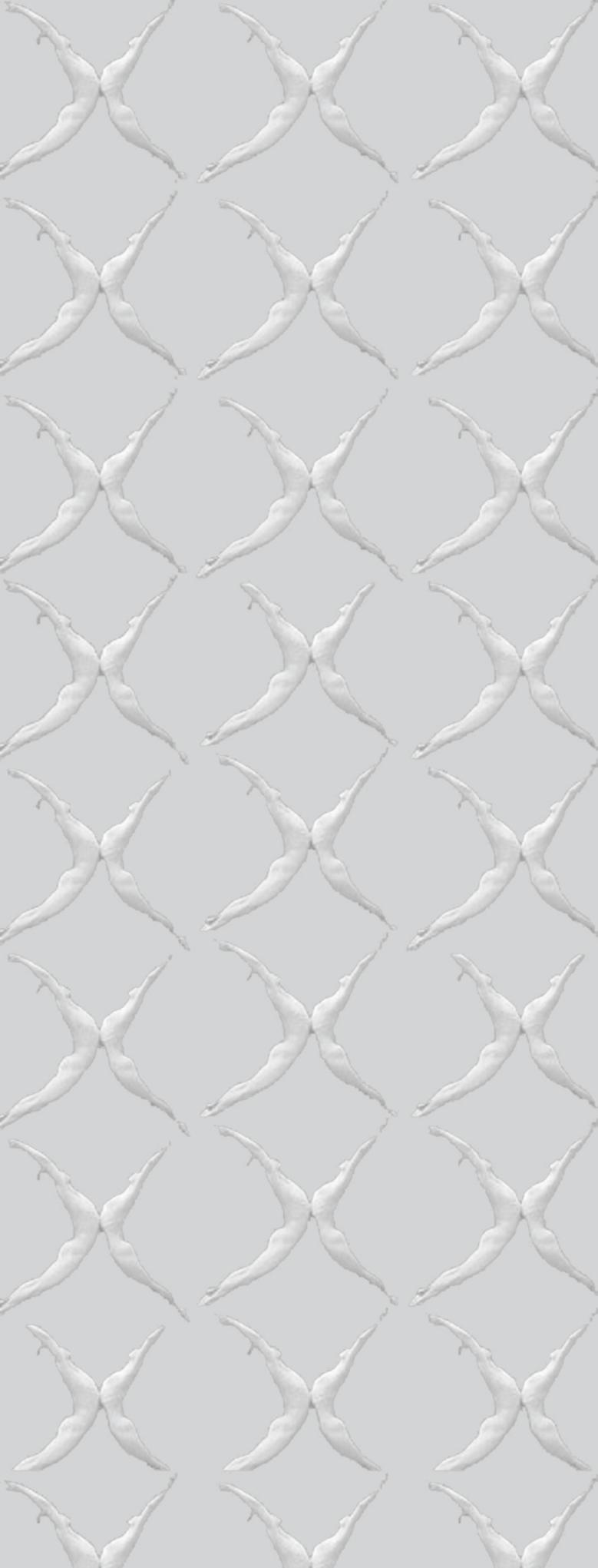
Índice

I	INTRODUCCIÓN	3
II	PLANIFICACIÓN EN RED	5
	A. ELEMENTOS GENERALES	5
	A.1. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD	5
	A.2. ENFOQUE DE DERECHOS	5
	A.3. EQUIDAD EN SALUD	5
	1. OBJETIVOS SANITARIOS	6
	2. SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD EN REDES	6
	2.1. Red Social y Comunitaria	6
	2.2. Redes Institucionales que otorgan prestaciones de salud	7
	B. ELEMENTOS DE CONTEXTO	9
	1.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	9
	2.- GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD	11
	3.- SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL	12
	3. 1. Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”	13
	C. METODOLOGÍA DE PROGRAMACIÓN EN RED	15
III	ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN	18
	A. Atención Primaria de Salud	18
	1. ROL DEL MUNICIPIO	18
	2. ATENCIÓN PRIMARIA: ÁREAS DE INTEGRACIÓN	19
	3. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MUNICIPAL	23
	4. ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD	24
	4.1. Sistema de Relaciones Sociales: Equipo de Salud y Población Inscrita	25
	4.2. Los equipos de atención primaria en materia de programación	26
	4.3. Programación basada en problemas y orientada a resultados sanitarios	27
	4.4. Cartera de Servicios	28
	4.5. Utilización de Recursos	29
	4.5.1. Recursos Financieros	29
	4.5.2. Recursos Humanos	30
	4.5.3. Recursos de Apoyo	30
	4.5.4. Recursos intangibles: Información	31
	4.5.5. Recursos Intangibles: Cultura Organizacional	32

B.	Transformación Hospitalaria: Atención Cerrada y Ambulatoria de Especialidad	32
1.	ORIENTACIÓN A RESULTADOS EN ATENCIÓN CERRADA	34
2.	ETAPAS DEL PROCESO DE PROGRAMACIÓN	34
2.1.	De conocimiento del contexto que incluye:	34
2.2.	Estimación de la demanda de atención 2009, según origen	35
2.3.	Cálculo de actividades o prestaciones	35
2.4.	Los coeficientes técnicos	35
2.5.	Cálculo de Recursos Necesarios	36
2.6.	Determinación de la oferta de recursos	36
2.7.	Balance Recursos y Determinación de Brechas	36
2.8.	Análisis de las Brechas	37
2.10.	Implementación de la programación anual	37
2.11.	Evaluación de la Programación Anual	37
3.	PRODUCTOS DE LA PROGRAMACIÓN ESPERADOS EN LA RED	38
3.1.	Estimación de cuidados primarios	38
3.2.	Demanda de atención de Especialidad recogida en el origen	39
3.3.	Estimación de recursos necesarios	39
3.4.	Oferta de recursos	39
3.5.	Brecha de recursos	40

ANEXOS:

ANEXO N°1:	MANUAL DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO
ANEXO N°2:	PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y ÁMBITOS DESARROLLADOS
ANEXO N°3:	CUIDADOS DE SALUD A TRAVÉS DEL CICLO VITAL
	A. CUIDADOS DE LA FAMILIA COMO SISTEMA
	B. CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL
	C. CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
	D. CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA
	E. CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
	F. CUIDADOS DE SALUD DE LA MUJER
ANEXO N°4:	ROL DE LA RED EN EL GES
ANEXO N°5:	ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS AUGE EN APS 2009
ANEXO N°6:	MARCO JURÍDICO
ANEXO N°7:	CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA Y AMBULATORIA



I Introducción

Hasta la fecha las Orientaciones para la Programación en Red han sido un gran apoyo para la gestión tanto de los SS como de los centros de APS, asimismo han contribuido a integrar las orientaciones técnicas para el abordaje de los problemas de salud frecuentes, emanadas desde Salud pública, con las estrategias de implementación del modelo de atención y fortalecimiento de la APS.

No obstante lo anterior, actualmente se hace necesario abordar los desafíos actuales de la gestión en red y la reforma del sector, entre los que destacan la integración funcional de la red asistencial, el abordaje del AUGE y la modernización de la gestión en salud, todo ello a fin de lograr los objetivos sanitarios país.

Este desafío implica innovaciones en la programación en Red para el año 2009:

1. Incorporar una visión de mediano y largo plazo, a través de una Planificación de la Red Asistencial, de la cuál deben desprenderse las medidas de corto plazo de la Programación anual de la Red.
2. Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
3. Integrar en forma efectiva a los distintos componentes de la Red Asistencial, sentando las bases para la evaluación del desempeño de la red.

El presente documento presenta a los equipos de salud las Orientaciones para la planificación y programación en red que deben guiar las acciones durante el año 2009.

El objetivo de este documento es poner a disposición de los equipos de salud un conjunto de orientaciones claras, exentas de aspectos que confundan y que les entreguen elementos suficientes que les permitan seguir orientando o reorientando sus acciones y que faciliten el enfrentamiento de los múltiples desafíos que ellos enfrentan en el quehacer de salud, tales como dar respuesta a las prioridades país,

introducir las prioridades locales y mantener una respuesta oportuna ante aquellos eventos, que sin ser prioritarios constituyen el conjunto de necesidades de salud.

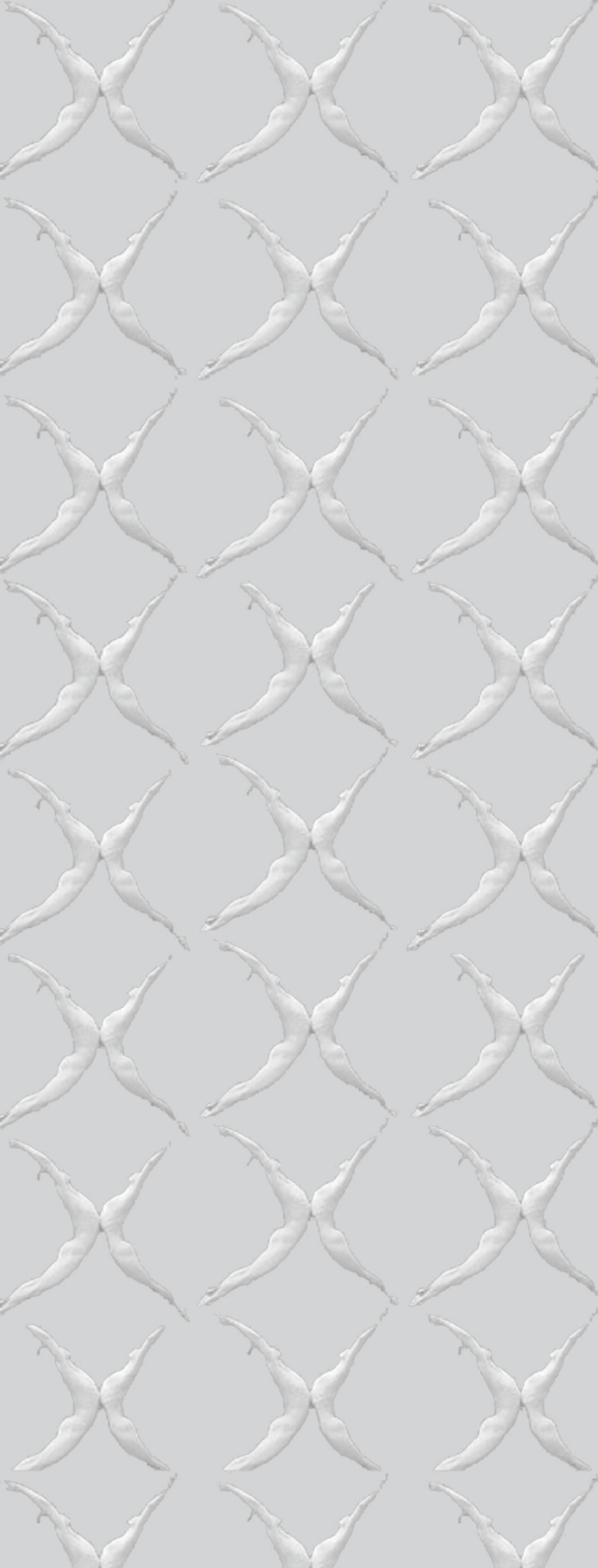
Una mirada en la calidad de las respuestas, nos interpela a poner al usuario y su familia en el centro de nuestro accionar y nos obliga a integrar en un todo coherente, los distintos planes, programas, metas, garantías, compromisos, etc., bajo el alero de un Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.

Por otra parte, si bien la reforma coloca a la Atención Primaria de Salud (APS), como una estrategia de desarrollo contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas, posicionándola como eje del sistema sanitario, que coordina y es base del cuidado continuo de la salud, estas orientaciones están dirigidas a toda la Red Asistencial.

Dado lo anterior, una programación en RED se ha definido como el “proceso-liderado por el Gestor de Red en el contexto de los Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA)- en el cual, todos y cada uno de los actores involucrados, en un marco de interdependencia, ponen en común sus recursos, tareas y aportes, necesidades y voluntades, para anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y resolutivez del sistema, con la finalidad de asegurar un mejor estado de salud de la población a cargo, en el marco de los recursos que pone a su disposición el Estado”.

Este conjunto de orientaciones es un aporte entonces a todos los que toman decisiones en salud, desde el Gestor de Red, hasta los equipos operativos que tienen a su cargo el cuidado continuo de la población, quienes deben tener siempre en cuenta los Objetivos sanitarios establecidos al 2010, de manera de visualizar las mejores estrategias que ayuden al logro de los mismos.

Finalmente, este documento propone un conjunto de elementos y/o recomendaciones que son estables en el tiempo, representado por los objetivos sanitarios y los aspectos metodológicos y otro conjunto que es variable en el tiempo de acuerdo a la evaluación del logro de los objetivos sanitarios y la aparición de nuevo conocimiento que genera nuevas recomendaciones.



|| Planificación en Red

Los énfasis de la planificación y programación en red están dados principalmente por la Reforma de salud, el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, el sistema de protección social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y las características socio demográficas de la población con una tendencia creciente al envejecimiento.

A. ELEMENTOS GENERALES

En general los elementos a considerar en la planificación local son los mismos que debieran guiar la planificación de cualquier punto de la red, pero considerando las particularidades de la acción que cada uno desempeña prioritariamente. Esta debe estar basada en:

A.1. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

Los Determinantes Sociales de Salud (DSS) se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en la salud.

A.2. ENFOQUE DE DERECHOS

Este enfoque se refiere al derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y también el derecho al acceso a la atención de salud, y al ejercicio de los derechos que aseguran la autodeterminación de las personas. La programación local requiere asegurar la igualdad en el ejercicio de estos derechos para todos los estratos socioeconómicos, grupos étnicos, sexos, pueblos originarios, grupos religiosos, poblaciones urbanas y rurales, orientaciones sexuales, etc.

A.3. EQUIDAD EN SALUD

Alude a la minimización de desigualdades evitables en la salud -y sus determinantes- entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. Equidad en el estado de salud sería el logro por parte de todas las personas -independientemente de su estrato social- del bienestar más alto alcanzable por los grupos más privilegiados. Avanzar hacia la equidad en salud implica crear las condiciones para inducir cambios culturales y normativos y para reducir las brechas resultantes de la estratificación social.

1. OBJETIVOS SANITARIOS

Los objetivos sanitarios (*Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, Ministerio de Salud, octubre 2002*) señalan los compromisos en salud que deben alcanzarse al 2010, constituyéndose en una referencia inevitable para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben ser ejecutadas. Su formulación fue el punto de partida del proceso de reforma sectorial.

Los cuatro grandes objetivos sanitarios para la década son:

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

Para estos objetivos se establecen los siguientes fines:

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

El desarrollo de las estrategias relacionadas con los diferentes problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en estos cuatro objetivos.

Nuestras metas hacia el 2010 apuntan a disminuir las desigualdades en salud, enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y los cambios de la sociedad, proveer servicios acordes con las expectativas de la población y mejorar los logros sanitarios alcanzados.

2. SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD EN REDES

La atención en red es una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Se reconoce a la comunidad con competencias propias para resolver problemas de salud, incorporando acciones realizadas por monitores, agentes comunitarios, especialistas de medicina indígena u otras en forma complementaria al equipo de salud.

Niveles de Abordaje del Trabajo de Salud en Redes:

Se puede distinguir los siguientes niveles de redes relevantes para la salud, en su concepto más amplio: Red Social, Personal, Familiar, Comunitaria, Redes Institucionales sanitarias y no sanitarias.

2.1. Red Social y Comunitaria

La red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.

La familia (consanguínea o considerada como tal para la persona) como parte de la red social personal, es un importante factor protector de la salud de las personas. En muchos casos es la red más próxima. Por lo tanto, la calidad de la red familiar es un factor determinante en la situación de salud familiar y su calidad de vida.

La red comunitaria se constituye con las organizaciones sociales asentadas en el territorio, estas organizaciones pueden ser formales e informales, de carácter territorial y funcional.

Desde la perspectiva de las redes comunitarias, para el sector salud implica:

- Considerar a la población destinataria como un actor social mas, sujeto de derechos, al igual que al equipo de salud.
- Utilizar los Sistemas de Información Georreferenciados (SIG).
- Contar con registros que dispongan de información de las familias que habitan en el área de responsabilidad del centro de salud y que comparten condiciones y formas de vida similares.
- Posibilitar la accesibilidad de la población, a la información en los establecimientos de salud según corresponda.
- Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación del trabajo en salud.
- Mantener actualizados los diagnósticos participativos de situación de salud.
- Considerar y respetar la organización y tipo de relación que se establece entre las familias pertenecientes a comunidades indígenas y sus autoridades tradicionales.
- Permitir el ingreso de los agentes de salud y espirituales de las diversas culturas indígenas para prestar apoyo a pacientes que se encuentran internados, cuando su presencia sea solicitada por este o sus familiares, en un marco de respeto a todas las creencias.¹

2.2. Redes Institucionales que otorgan prestaciones de salud:

La adecuada conducción de la red y sus instituciones, el trabajo en equipo, la mirada transdisciplinaria e intercultural de los problemas de salud constituyen fortalezas que se suman a la programación anual de los establecimientos. El trabajo en red debe reconocer una necesaria articulación tanto entre los subsectores público y privado como en el ámbito local, provincial, regional y nacional.

- **INTRASECTORIALIDAD:** Es imprescindible llegar a la población mostrando un quehacer integrado que incorpore las distintas acciones que corresponden al sector, generando consistencia en los

1 "Norma General Administrativa N°16, sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud. Santiago, Resolución Exenta N°261, 26 Abril 2006

planteamientos y coherencia con los objetivos sanitarios propuestos para el 2010. Desde esa perspectiva es importante identificar y destacar los puntos de encuentro entre la Red Asistencial y las SEREMI de Salud.

En un sentido práctico se trata de tener objetivos comunes y complementarios, coordinar recursos, sean estos humanos a través de los equipos de salud de dos o más instituciones, materiales cuando la tarea se hace en conjunto, de equipamiento y otros que se consideren en el nivel local. Al mismo tiempo se requiere generar y mantener una coordinación efectiva para desarrollar actividades conjuntas, en especial aquellas relativas a intersectorialidad y participación ciudadana en salud, tales como diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, y otros.

- **INTERSECTORIALIDAD:** Las políticas públicas requieren interconexión, integración para que se produzca la sinergia de sus propósitos y acciones en la población. Surge de esta forma el trabajo intersectorial como herramienta imprescindible para la tarea de salud en el territorio.

La Coordinación intersectorial y con organizaciones comunitarias es un área a desarrollar para responder a las necesidades de salud de las personas en particular en ámbitos promocionales y preventivos, por lo tanto es una estrategia deseable, cuyo impacto debe considerar los determinantes sociales y los factores de riesgo relacionados con estilos de vida. Es imprescindible desarrollar redes intersectoriales en el territorio, para el mejor cumplimiento de los objetivos de salud. De esta forma colabora en la construcción de espacios saludables y factores protectores de las personas, las familias y las comunidades.

- **Sistemas que aseguren la Continuidad de la Atención**

La continuidad de atención, ha sido definida como el cuidado continuo en salud y enfermedad, a lo largo del ciclo de vida individual y familiar, en los distintos ámbitos de la vida del individuo: hogar, trabajo, comunidad y en la red asistencial. Cuando las personas perciben una alteración de su estado de bienestar (salud), la continuidad debe manifestarse en el acceso oportuno a las prestaciones requeridas (ambulatorias o cerradas), pero también en un flujo de información que permita dar la mejor respuesta a las necesidades. Su expresión máxima en APS, se encuentra en 1) un equipo de cabecera; 2) en la atención especializada, ya sea ambulatoria o cerrada, en un equipo responsable del paciente; 3) en la atención de urgencia con una respuesta expedita, oportuna y de calidad, con adecuados sistemas de información a las familias; 4) en la red, con un sistema que mantiene sus servicios, independiente del lugar geográfico, donde por razones laborales u otras, se encuentre el individuo o su familia; 5) en el ámbito doméstico, donde se realiza la mayor proporción de cuidados en salud y 6) en la comunidad, donde se gatillan las redes de soporte comunitario que apoyan el cuidado de la salud.

En el contexto de la Red Asistencial, el proceso de Referencia Contrarreferencia, constituye un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a las personas e incide en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y con ello en la adhesión y satisfacción de

los usuarios. Requiere de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz, en donde el flujo de las personas al interior de la red esta determinado por las necesidades de las personas y familias y la capacidad de cada punto de la red, para satisfacerlas. Este proceso tiene como base el Nivel Primario. El Nivel Secundario debe articularse para responder a las necesidades del Nivel Primario y del Modelo.

Además de la referencia y contrarreferencia existen otras formas de articulación para asegurar la continuidad de la atención, tales como, consultoría de casos, reuniones clínicas conjuntas, comités para el estudio de casos, epicrisis al egreso de una hospitalización, comunicaciones y consultas vía internet, asignación de especialistas a Centros de APS específicos. En establecimientos ubicados en zonas de alta concentración indígena, actualmente se encuentran en desarrollo experiencias de referencia y contrarreferencia entre equipos clínicos, facilitadores interculturales y agentes de la medicina indígena, respetando los protocolos y flujogramas orientadores del sistema de derivación.

B. ELEMENTOS DE CONTEXTO

1.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El Modelo de atención constituye un elemento eje de la reforma del sector, es aplicable a toda la Red de Salud y sus elementos centrales son:

- **Enfoque Familiar y Comunitario**

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

- **Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y la comunidad:** Supone incluir la diversidad de formas de familia y las relaciones de poder al interior de las mismas. El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan a los equipos de salud, poder analizar el proceso salud enfermedad centrándose en las personas desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuando así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos.
- **Continuidad de la atención y de los cuidados de salud:** La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del "trabajo en red" (red asistencial, comunitaria, social). En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de

calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.

- **Prestación de servicios integrados:** A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergente en la población. La población, cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral.
- **Resolutividad:** Se traduce en la capacidad del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar competencias para abordar la problemática emergente, compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades. Es muy importante considerar que la resolutividad alcanza a toda la red asistencial, para lo cuál es vital la coordinación de los recursos, la comunicación de la información relevante y la cooperación y colaboración de sus actores en la resolución de los problemas de salud de la población tanto inscrita como del territorio según corresponda a la organización.
- **Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes:** se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.
- **Participación social** a través de distintas líneas de acción orientadas a la protección y ejercicio de derechos de las personas y comunidades, a la incorporación de la opinión de usuarios (as) y comunidad en la gestión de salud y a la transparencia de la gestión pública de salud.
Combina diferentes formas de participación que son complementarias tales como:
 - La participación a través de instancias formales (Consejos de desarrollo, Consejos consultivos, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios (as) organizado (as), organizaciones vecinales, organizaciones funcionales de salud, entre otras (participación representativa).
 - Ejercicio directo de la participación en consultas ciudadanas, presupuestos participativos, cuentas públicas participativas.

Se espera que la comunidad participe en todo el ciclo de la política pública y específicamente del proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) expresado en el Plan de Salud Comunal. Todo ello con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población.

- **Promoción de Salud:** La promoción de salud constituye un proceso social y político amplio. No solo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional. La Promoción de Salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinan su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla. La participación y la comunicación social educativa son vitales para dar continuidad a la actividad de promoción de salud, a su vez las políticas públicas favorables a la salud y la gestión intersectorial, en sus distintos niveles de gestión (comunal, regional y país) constituyen otra condición básica para su desarrollo.
- **Interculturalidad:** “Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es 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 dejar de concebir el modelo occidental como el único deseable y válido. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo. En este sentido, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características socioculturales de la población indígena es un desafío que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico, a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales”.²
- **Impacto sanitario y orientación a resultados:** El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista de los Determinantes de la Salud. Para tales efectos los centros de salud deben generar la capacidad de establecer metas de resultados en salud, programar las acciones para cumplirlas y evaluarlas en forma sistemática.
- **Enfoque de Equidad de Género en Salud:** Alude al reconocimiento de las diferencias en salud entre hombres y mujeres que están determinadas por la asimetría de poder entre unos y otras, construida socioculturalmente sobre la base de la diferencia sexual biológica. Se aplica a la visibilización y erradicación de las desigualdades evitables entre mujeres y hombres en materia de salud, referidas a estado de salud, acceso a recursos y beneficios, financiamiento según capacidad económica, participación en las decisiones de salud y retribuciones de acuerdo a las responsabilidades en la producción social de salud. Es preciso enfatizar que no es posible avanzar en la equidad de género en salud sin el empoderamiento individual y colectivo que se construye a través de la participación protagónica de las comunidades y, en especial de las mujeres, en las decisiones de salud.

2 Política de Salud y Pueblos Indígenas, MINSAL 2006.

2. GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El régimen de garantías explícitas en salud, representa un desafío al rol que le compete a la red asistencial en el aseguramiento del acceso a la atención y respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud (individuos y sus familias), posiciona a la APS como punto de origen de la demanda de atención al resto de la red e introduce el desafío de mantener el equilibrio de oferta de atenciones entre el sistema de garantías explícitas y el régimen general de garantías.

En este contexto, adquieren especial importancia para la atención primaria, procesos como la sospecha fundada y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad tecnológica y la confirmación diagnóstica y el tratamiento según protocolo cuando el problema específico puede ser asumido técnicamente por la atención primaria. En esto, debe asegurarse la difusión de los protocolos y guías clínicas a los equipos de salud, así como también la difusión e información adecuada a los usuarios, en relación a las garantías de las cuales son beneficiarios.

La gestión de las Garantías Explícitas en salud demanda un especial manejo de la información con calidad y oportunidad que permitan la vigilancia, el monitoreo y evaluación de los procesos asistenciales involucrados, adelantándose a los eventuales incumplimientos de garantías.

La definición de procesos clínicos, en el marco de las garantías ha permitido avanzar en una metodología aplicable a cualquier problema de salud, esto es, determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, establecer las brechas de equipamiento, infraestructura y capacitación del RRHH y determinar las inversiones necesarias para cubrir dichas brechas. Todos estos aspectos deben formar parte integrante de la planificación de la entrega de servicios de salud en los centros de APS.

La gestión de garantías demanda monitoreo y evaluación constantes, a través de la red asistencial, para la entrega de derechos explícitos en salud. Un desafío importante para la red es la incorporación de la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de las prestaciones de manera sistemática, mediante planes locales, priorización de problemas, diseño de estándares y mecanismos de mejora, más allá de los problemas garantizados.

Respecto de la gestión de garantía de calidad, ésta requiere del proceso de autorización sanitaria de los establecimientos de salud, este procedimiento se basa en el Reglamento de salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor (DS 283/97), que se aplica a los establecimientos de atención primaria de la red pública de salud a contar del 6 de febrero del 2006. La Autorización Sanitaria es un requisito expreso para todo establecimiento que inicia funcionamiento, se establece que es el primer paso del proceso de gestión de calidad que debe demostrar todo establecimiento que realiza prestaciones AUGE. Es responsabilidad del representante legal del establecimiento de salud cumplir este requisito y hacer la solicitud de autorización sanitaria ante la Seremi de salud y presentar los antecedentes requeridos. La Seremi de Salud otorgará la resolución, una vez que ha visitado el establecimiento y ha aplicado las normas técnicas básicas establecidas por el Ministerio de Salud.

3. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso.

A través de Mideplan, los ministerios de Educación, Salud, Vivienda, Trabajo, Cultura y Sernam, articulan y complementan los organismos públicos e impulsan servicios de mayor calidad para la atención de la población más pobre y con riesgo social del país. (<http://www.mideplan.cl>)

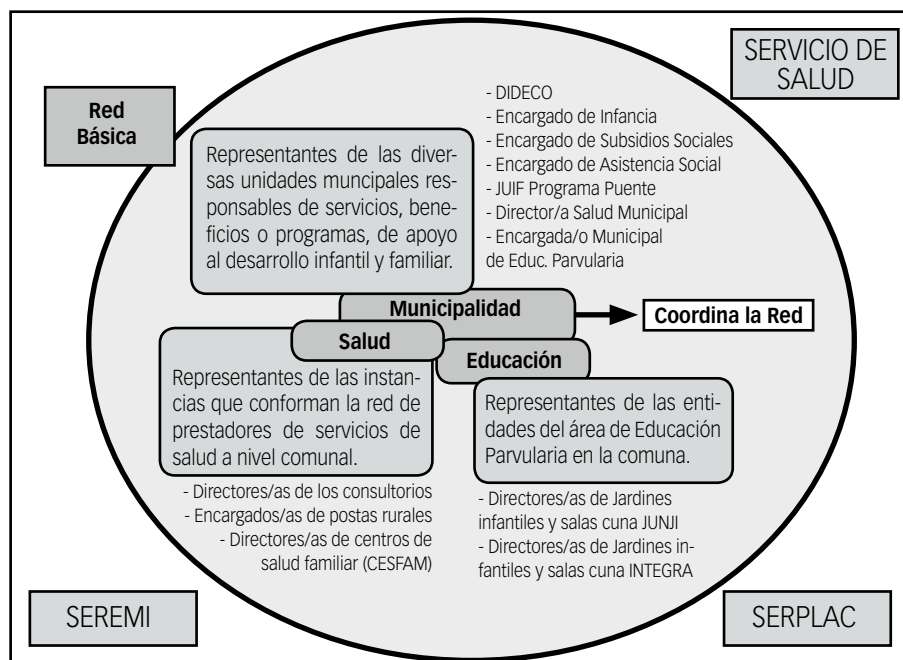
El sector salud participa en varios programas de protección social de carácter intersectorial, entre ellos: Chile Solidario, Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y Programa Vínculos.

Durante este Gobierno se ha dado gran impulso al Programa "Chile Crece Contigo" cuyo eje en salud es el Apoyo al desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas, desde su gestación hasta los 4 años de edad.

3.1. Sistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"

El Sistema de Protección Integral a la infancia Chile Crece Contigo (ChCC), tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar oportunidades de desarrollo en niños, niñas, sus familias y comunidades. En su diseño mismo Chile Crece Contigo ha sido definido como una red integrada de servicios que opera en el territorio municipal (ver. Fig. 1), en la cual cada sector pone a

Figura 1. Red regional Chile Crece Contigo



disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia. Chile Crece Contigo es una Red intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña y su familia.

En el caso del sector salud, se introducen importantes modificaciones a los antiguos programa de salud de la mujer y el niño, para desarrollar un nuevo "Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial" (PADBP) que se implementa en las redes asistenciales y constituye la puerta de entrada y eje del sistema. A su vez se fortalece el rol de salud pública promoviendo la intersectorialidad y las acciones territoriales en el ambiente que viven los niños y niñas.

El seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas mediante el PADBP establece nuevas actividades a realizar en cada control de salud, desde la gestación y hasta los 4 años de vida postnatal. Tales actividades están descritas en el catalogo de prestaciones³ que las redes asistenciales deben implementar en los tres niveles de la red salud; atención primaria, atención de especialidad y hospitalización de una mujer en gestación o de un niño o niña en los primeros 4 años de vida. La implementación del PADBP es una condición mínima para el establecimiento de las redes comunales de Chile Crece Contigo ya que es debido a la operación de este programa que se puede dar el seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo y activar la conexión con los servicios requeridos en el territorio municipal de acuerdo a las necesidades particulares de cada niño, niña o familia. Chile Crece Contigo, más que la entrega de un servicio o prestación específico, es un esfuerzo global por modificar los servicios ya existentes mediante el rediseño, fortalecimiento y coordinación territorial para el logro de un desarrollo integral de la primera infancia.

Las acciones contempladas en el PADBP incluyen algunas que históricamente el sector salud ha realizado en el proceso de atención de la gestación y los primeros 4 años de vida, sin embargo, el enfoque y rediseño de gran parte de tales acciones debe ser relevado como el principal avance que implica ChCC. La vigilancia epidemiológica en este periodo de la vida se ha centrado hasta ahora en variables de carácter biomédico. El componente de salud de ChCC considera iniciar la vigilancia epidemiológica universal de factores de riesgo psicosocial en la gestación y los primeros años de vida, comenzar con el monitoreo de hitos del desarrollo poco relevados en el modelo clásico de seguimiento al desarrollo infantil, esto es, los propios del desarrollo emocional y social, además de facilitar el acceso a los dispositivos necesarios para disminuir tales riesgos y atender a los rezagos.

Este programa tiene como finalidad, fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su gestación, a través de las acciones de la Red Asistencial de los Servicios de Salud públicos del país, mediante prestaciones de alta calidad y de las SEREMIS de salud a través de articulación intersectorial. Además, ambos realizan monitoreo y evaluación permanentes en sus respectivos ámbitos.

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

C. METODOLOGÍA DE PROGRAMACIÓN EN RED

El adecuado funcionamiento de una RED se manifiesta explícitamente en la Planificación y Programación en Red.

Planificar en Red es un proceso a través del cuál los miembros de la red de atención de un territorio, liderados por el Gestor de Red, toman conocimiento de las necesidades de salud de la población, analizan su capacidad de oferta y diseñan un plan estratégico de mediano a largo plazo para dar respuesta a esas necesidades en forma conjunta, tomando como eje la estrategia de APS. Programar en Red es el proceso a través del cual, en función de un diagnóstico más 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.

Es así que la programación en Red, es una herramienta que permite realizar un proceso metodológico por el cual los componentes de una red:

- Evalúan conjuntamente las necesidades y las expectativas de salud de su población.
- Incorporan en la programación de salud comunal, las orientaciones y prioridades nacionales definidas por los Objetivos Sanitarios de la Década.
- Incorporan en la programación de salud comunal, las orientaciones y prioridades regionales definidas en los diagnósticos y planes regionales de salud pública, desarrollados por la SEREMI, integrando las particularidades propias del contexto comunal.
- Priorizan los problemas de salud de acuerdo a indicadores epidemiológicos y sociales e identifican grupos de población de mayor riesgo.
- Acuerdan y fijan metas complementarias entre sí, para dar cuenta de las metas nacionales en las prioridades de salud, tanto locales como nacionales (AUGE, Régimen general de garantías, Objetivos Sanitarios).
- Definen y acuerdan el nivel de capacidad resolutiva que tendrá cada componente de la red asistencial, en el marco de las estrategias y programas emanados desde MINSAL.
- Identifican y organizan los recursos de cada componente de la red en función de las actividades necesarias para cumplir las metas propias y colaborar con el cumplimiento de las metas de los otros componentes: cuidados primarios, atención especializada abierta o cerrada y atención de urgencia.
- Verifican las brechas entre la demanda y la oferta.
- Analizan y planifican en forma conjunta como disminuir las brechas.

- Redistribuyen los recursos humanos y financieros.
- Reorganizan los procesos.
- Redireccionan los flujos.
- Programan para la resolución de áreas críticas.
- Evalúan los requerimientos de capacitación y programas acorde la capacidad resolutiva definitiva.
- Evalúan los resultados obtenidos a través de los indicadores disponibles validados (CG, IAAPS, Metas Ley, Programas, producción, etc.), así como establecen indicadores locales de común acuerdo entre todos los miembros de la Red Asistencial.

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

El proceso de programación se debe desplegar desde el Gestor de Red a las direcciones de establecimiento y de éstas a los equipos operativos. El Gestor de Red deberá exponer los objetivos locales para el año, los que emanan de las presentes orientaciones y de la Planificación Estratégica del Servicio.

La Programación en Red requiere del trabajo conjunto entre los técnicos del área sanitaria, de finanzas y recursos humanos. En un camino progresivo hacia una real planificación y programación en red, es posible comenzar con que cada establecimiento trabaje su programación anual y que cada Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) de cada Servicio de Salud, liderado por el Gestor de Red, analice con mirada de conjunto las programaciones efectuadas y elabore, en conjunto con el resto de los actores involucrados, un Plan de Ajuste de Brechas que permita obtener el mejor balance posible entre oferta y demanda, entre necesidades y expectativas locales, regionales y nacionales y los recursos disponibles organizados en un escenario de optimización máxima.

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 (Fig N°2) en armonía con las presentes Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del MINSAL, según establece la ley 19.378, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud (ver Anexo 1: Diagnóstico Participativo de Salud).

Este plan debe ser propuesto 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.

Los principales fundamentos del Plan de Salud Comunal deberán estar reflejados en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO). Este Plan constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental. Este Plan, en su elaboración y ejecución, debe tener en cuenta a todos los sectores que operen en el ámbito comunal o ejerzan competencia en dicho ámbito (Ley 18.695).

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

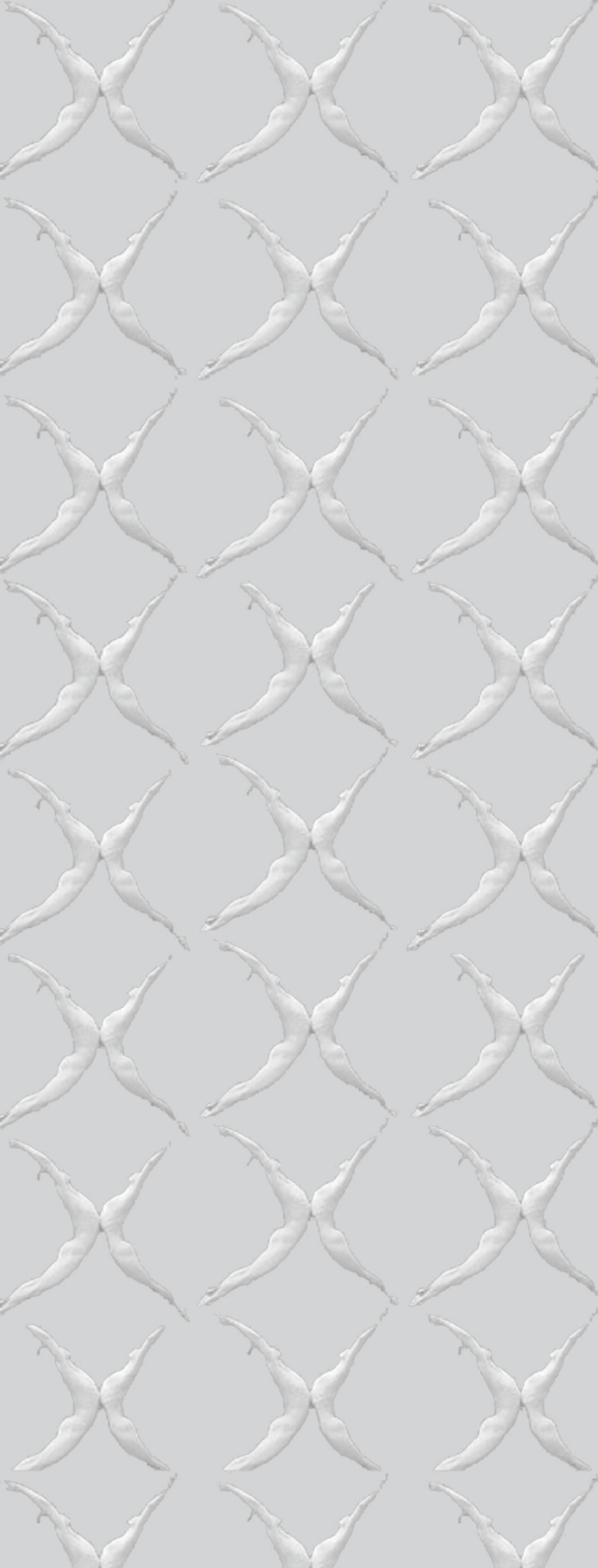
Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde dentro de 10 días hábiles contados desde su recepción, para la entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias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

Por otro lado, la dotación (el número de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento) adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año será fijada por la entidad administradora correspondiente antes del 30 de septiembre del año precedente, la cual será revisada por el Servicio de Salud correspondiente, el cual deberá acordar la dotación definitiva antes del 30 de noviembre (ver figura 2).

Finalmente, la determinación de respuestas y responsabilidades asignadas en el caso del Sistema AUGE, es un claro ejemplo de programación en red.

Figura Nº 2. Plan de Salud Comunal, principales hitos definidos en la Ley 19.378.

Actividades/Año 2009	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
a) MINSAL comunica orientaciones	10			
b) Entidad administradora fija dotación	30			
c) Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud				
d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación		10		
e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva				
f) Alcalde remitirá el Programa Anual al Servicio de Salud				
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		10 días contados desde recepción	30 30	10 días hábiles contados desde su recepción
e) entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.				30



ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN

A. Atención Primaria de Salud

1. ROL DEL MUNICIPIO

El Municipio representa el ente articulador entre necesidades comunitarias y esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas. Es el responsable de implementar las estrategias que apunten al desarrollo y calidad de vida de las comunidades. La comuna es el mejor espacio donde confluye el aporte comunitario y las respuestas institucionales a las diversas necesidades de la familia y comunidad.

De lo anterior se desprende que la administración municipal de la salud constituye una oportunidad que muchas comunas han sabido aprovechar, para articular la gestión de políticas sociales en beneficio de la calidad de vida de los habitantes de la comuna, lo cual debe potenciarse aun mas con los desafíos que arroja la información proveniente de las distintas encuestas nacionales relacionadas con la salud y calidad de vida realizadas por el MINSAL en los últimos años.⁴

El Municipio tiene un rol preponderante en el cuidado y promoción de la salud de las personas independientemente de si administra o no, centros de salud y/o Postas de Salud Rural. Naturalmente se entiende, que si el Municipio tiene Establecimientos de Salud, le corresponde la salud administrativa y financiera de ellos, velando por la mejor utilización de los recursos asignados al cuidado de la salud de la población.

Con relación a la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar, existe una responsabilidad conjunta entre Municipios, Servicios de Salud y Centros de Salud, de avanzar en el desarrollo de estrate-

4 Encuestas de Calidad de Vida y Salud INE_MINSAL años 2000 y 2006; Encuesta Nacional de Salud 2003 Minsal-PUC, Encuesta de Salud Escolar 2004 Minsal-OMS, entre otras.

gias que permitan el reconocimiento de estos establecimientos como Centros de Salud Familiar. La meta es lograr que al año 2010, el 100% de los Establecimientos de baja complejidad funcionen como Centros de Salud Familiar en su función de cuidados primarios.

En el ámbito de la salud pública, el municipio es un espacio privilegiado para abordar:

- Equidad y Determinantes de salud: busca a través de la coordinación de las acciones que inciden en salud, realizadas por distintos actores, caminos de solución pertinentes que permitan igualdad de oportunidades, promoviendo la no-discriminación y desarrollando un enfoque de aceptación de la diversidad.
- Gestión de salud integrada al gobierno local: crea alianzas estratégicas entre los diferentes interlocutores representados por los sectores y organizaciones, con el objeto de alcanzar los objetivos de desarrollo comunes.
- Fortalecer la relación entre las autoridades locales, líderes de la comunidad y representantes de los sectores públicos y privados.
- Una Municipalidad se convierte en saludable cuando:
 - Establece compromisos e implementa mejoramiento sostenible de las condiciones sociales, con metas que garantizan la equidad en salud y la calidad de vida
 - Realiza un trabajo de integración sectorial intencionando mejoras en ámbitos de educación, vivienda, ambiente, desarrollo cultural, social, laboral e identificando los requerimientos de las poblaciones desprotegidas.
 - Establece políticas públicas locales que tienen como finalidad optimizar condiciones de vida de sus habitantes y del entorno, que protejan y promuevan su salud.

2. ATENCIÓN PRIMARIA: ÁREAS DE INTEGRACIÓN

En el marco de la reforma de salud vigente, se han definido prioridades para las SEREMIs de salud para el periodo 2009. Estas prioridades se basan en los principios de Derechos en Salud, Equidad, Participación Social, Solidaridad y Calidad (Dichas prioridades tienen como eje de trabajo la integración de la acción de la autoridad sanitaria regional con la acción de los Servicios de Salud, y específicamente con la acción de los equipos de salud comunales (APS).

Particularmente, en lo referido a salud pública, la reforma de salud le otorga a la Autoridad Sanitaria un rol preponderante en materia de promoción, prevención y protección de los bienes públicos, por lo cual la integración del quehacer de las SEREMIs de Salud con la acción de los Servicios de Salud es una necesidad y una condición de trabajo orientada al logro de los objetivos sanitarios del país.

Se han definido las siguientes líneas de acción que constituyen áreas de integración concretas de Atención Primaria, en un trabajo conjunto entre Servicios de Salud con la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI de Salud) para el cumplimiento de las prioridades de salud.

- **Protección y Prevención en salud** para evitar la disminución de coberturas de prestaciones de

salud publica tales como: vacunación en adultos mayores, y otros grupos de riesgo y para contribuir a mejorar las coberturas de exámenes preventivos tales como examen de medicina preventivo del adulto (EMPA), papanicolau, acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud.

- **Trabajo Intrasectorial y Participación Social.** Se considera relevante la presencia activa de los Consejos Asesores de Redes Asistenciales y de los SEREMIS en el diagnóstico de salud regional, así como la incorporación de los SEREMIS al CIRA logrando una expresión concreta de integración sectorial que se organiza para reforzar el conocimiento y acceso de la población a los nuevos derechos en salud. El nivel primario de atención es la instancia privilegiada que inicia el proceso de coordinación intrasectorial para garantizar la oportunidad de la atención de la población.
- En esta línea de acción se propone reactivar el funcionamiento regular de los Comités Regionales de Salud como la instancia preferente que articula las acciones del sector salud en la región, incorporando en este diálogo y análisis sectorial la realidad comunal. De acuerdo a la Resolución Exenta N° 519 del 5 de septiembre del año 2005, están convocados a los Comités Regionales de Salud los directores de Servicios de Salud de la región, el SEREMI, el director regional de FONASA y el jefe de la agencia zonal de la Superintendencia de Salud competente para la zona. Las funciones de este Consejo son constituir una instancia de diálogo del sector público de salud en la región y ser un espacio de mutua transferencia de información relevante en salud. En este consejo se deben representar los requerimientos de coordinación de las acciones del ámbito de la atención primaria, a través de la representación del Director de Servicio de Salud respectivo, de modo que las acciones de salud sean coherentes con la realidad local, con las prioridades definidas por los servicios de salud y con los lineamientos establecidos por las SEREMIS de salud. La SEREMI de salud, en este caso, cumple el rol de coordinación intersectorial ante el gobierno regional orientada a reforzar las acciones de integración de políticas públicas para garantizar el buen acceso de la población a los derechos y programas de salud.
- **Acceso a Nuevos Derechos y Programas De Protección.** El nivel primario de atención en salud debe contar con el aporte de las SEREMIS, al quehacer del sistema de protección social, estableciendo la coordinación de acciones necesarias para desarrollar difusión, monitoreo y seguimiento de los programas prioritarios de protección social, tales como asegurar la oportunidad de acciones de protección social de las COMPIN como el pago oportuno del Subsidio de Incapacidad Laboral a beneficiarios FONASA, la instalación en APS de acciones en el área de salud de las y los trabajadores y reforzar las acciones de protección y prevención en salud. Particularmente, en el sistema de protección social de la primera infancia "Chile Crece Contigo", la integración con los SEREMIS contribuye a coordinar la red intersectorial de acciones (Servicios de Salud con otros sectores), a asegurar la representación del sector salud y la APS en el Gabinete Social Regional, instancia donde se coordina la acción intersectorial del Chile Crece Contigo y la difusión de las prestaciones universales de Chile Crece Contigo como derechos de los niños, niñas y sus familias.

Se ha definido también como línea de acción relevante, la coordinación para la difusión y promoción del sistema de garantías explícitas en salud (AUGE) para favorecer el ingreso equitativo de la población a los beneficios y derechos del sistema.

- **Salud de las y los trabajadores.** Las y los trabajadores constituyen un grupo poblacional relevante para el sector salud, por lo cual se han priorizado acciones para el desarrollo y provisión de servicios y para mejorar su calidad de vida, especialmente para los grupos más desprotegidos, precarios e informales que no acceden al sistema de protección social. Para esto se requiere incorporar el enfoque de Salud Ocupacional al Diagnóstico de Salud Comunal que permitirá obtener el Perfil de trabajadores/as de la comuna y el Perfil de empresas a nivel comunal, a partir de lo cual se establecerán las acciones de salud pertinentes. Así mismo, se espera mejorar el acceso del trabajador/a a la atención de salud a través de acciones de pesquisa y referencia adecuada de los accidentados y enfermos del trabajo, intoxicados por plaguicidas u otros. Finalmente, se requiere reforzar el rol articulador de los establecimientos de APS con los otros niveles de atención de la red para dar cumplimiento a la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- **Vigilancia, Monitoreo y Registro Estadístico** de las acciones de salud pública con enfoque de equidad que está dirigida a reforzar la implantación de sistemas de estadísticas sanitario-ambientales, que permita identificar las inequidades en calidad de vida. Se incluyen temas de preparación para la Pandemia de Influenza, así como el desarrollo de capacidades de vigilancia relativas a Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

El objetivo de la Vigilancia en Salud Pública como una de las funciones esenciales de salud pública ⁵, entendida como un componente de la práctica de la salud pública, es proveer información para la acción; por tanto, la vigilancia es de responsabilidad ineludible de los funcionarios del sistema de salud.

El Modelo de Vigilancia en Salud Pública (VSP) para Chile (1999), establece una vigilancia en 3 niveles: Central (Ministerio de Salud), Regional (Seremi Salud, anterior al 2004, Servicios de Salud) y Local (Establecimientos de salud); lo que se ratifica en la Norma Técnica N° 55. ⁶

Las funciones de Epidemiología son la detección y notificación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, brotes y otros eventos de importancia en salud pública; generación, procesamiento y análisis básico de la información; seguimiento y tratamiento de los contactos; entrega de información hacia el nivel comunal y SEREMI de Salud y coordinación con grupos organizados de la población y entidades del nivel local. La canalización de las notificaciones, permite tener una visión general de lo que pasa en su población en relación a las enfermedades transmisibles y otros eventos de interés en Salud Pública, asimismo facilita la coordinación con la SEREMI de Salud.

En el DS N° 158 establece a modo de organización que el nivel local deberá formalizar la designación de un profesional para ejercer las funciones de Delegado de Epidemiología en los establecimientos de salud (artículo 6°). El Delegado debe ser un miembro del equipo de salud del establecimiento, cuya

5 Es la recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de la práctica y políticas de Salud Pública, combinado con la difusión oportuna de la información.

6 Actualizada en junio 2008, en proceso de resolución en A. Jurídica.

función será asegurar el enlace entre el establecimiento y la Unidad de Vigilancia de la SEREMI de Salud (Autoridad Sanitaria Regional).

Como parte de la Vigilancia Epidemiológica se debe incorporar específicamente:

- Fortalecer la Red de Vigilancia de Intoxicaciones por Plaguicidas (REVEP) e implementar la pesquisa de la sospecha de Intoxicación Aguda por Plaguicidas de Notificación Obligatoria (D.S. 88/2004 del MINSAL) en los SAPU y Postas Rurales
- Pesquisa, Registro y Notificación de patología laboral (Accidentes del Trabajo o enfermedades profesionales) en los Servicios de Urgencia, SAPU y Centros de Salud Familiar. La Notificación debe hacerse a Salud Ocupacional de la SEREMI y posteriormente al SINAIISO (Sistema Nacional de Información de Salud Ocupacional), sistema que estará en línea durante el 2009.

Otro elemento que potencia las acciones del Delegado de Epidemiología, es la modificación al Reglamento Sanitario Internacional (RSI)⁷. Su objetivo es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa diseminación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y comercio internacionales. Así, el nuevo RSI amplió la definición de los problemas de interés internacional, incorporando a los “Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional” (ESPII), los que suponen riesgo de propagación internacional (incluyen accidentes químicos y radio nucleares así como el bioterrorismo). Los eventos o patologías que no impliquen propagación internacional, deben ser resueltos por los sistemas de salud en cada país. Dado que el RSI abarca la vigilancia epidemiológica, el control sanitario y la detección y respuesta ante evento de salud pública de interés internacional (ESPII), se exigen capacidades básicas. Estas capacidades a Nivel Local implican la **detección oportuna de eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar** determinados, comunicar de inmediato al nivel apropiado de respuesta de salud pública toda la información esencial disponible y aplicar de inmediato acciones de control, funciones que debe asumir el Delegado de Epidemiología en cada uno de los establecimientos de salud.

El Delegado de epidemiología, deberá desarrollar las siguientes funciones que se encuentran descritas en la Norma Técnica N° 55 y que han sido modificadas de acuerdo a los nuevos escenarios epidemiológicos:

- Enviar las notificaciones: Boletín ENO en forma diaria o semanal y fichas de notificación inmediata en forma diaria a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud (ASR) correspondiente. Además, enviar en forma inmediata a la ARS la notificación de intoxicación aguda por plaguicidas.
- Supervisar la calidad de la información proveniente del personal asistencial y del laboratorio de su establecimiento.
- Integrar y validar la información generada en su establecimiento.

7 58° Asamblea Mundial de la Salud aprobó un nuevo texto del RSI (mayo 2005).

- Ejecutar acciones iniciales de investigación y bloqueo epidemiológico en enfermedades bajo vigilancia que pueden incluir visita epidemiológica; entrevista a casos, contactos y expuestos; toma de muestras; aplicación de quimioprofilaxis; búsqueda activa de casos y educación a grupos de riesgo, entre otros, correspondiente al área de su jurisdicción, en especial en zonas extremas.
- Colaborar con el nivel regional en la investigación y control de brotes, de enfermedades transmisibles y no transmisibles correspondiente al área de su jurisdicción.
- Colaborar en las acciones necesarias que permitan el funcionamiento del establecimiento como centros centinela u otros, incluyendo la notificación semanal de casos por las vías establecidas y la supervisión de la toma de muestras biológicas, cuando así lo determine el Nivel Regional o Central.
- Realizar actividades conjuntas con el equipo de Epidemiología y Acción Sanitaria Regional para el cumplimiento de los objetivos de la vigilancia correspondiente al área de su jurisdicción.
- Detectar oportunamente eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, comunicando de inmediato a la Autoridad Sanitaria Regional toda la información esencial disponible.
- Difundir al equipo de salud del establecimiento, boletines, normativas, alertas e informes generados en el ámbito de la vigilancia en salud pública en el nivel regional y nacional.

Para cumplir con estas funciones, el funcionario de APS que corresponda contará con el apoyo técnico y supervisión de la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud, quien convocará a actividades de capacitación y de coordinación según corresponda.

3. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MUNICIPAL

Fijar criterios para la evaluación y monitoreo del programa que se formula es parte consustancial al proceso de programación. Se debe tener presente que se evalúan y monitorean todos los componentes del programa, en un proceso continuo de alimentación y retroalimentación.

La sistematización de los indicadores debe ser hecha en función de los objetivos y metas a cumplir por el Programa de Salud Municipal u otro criterio local que apoye la gestión. En este punto, cabe destacar su importancia en el proceso de negociación y firma de compromisos de gestión entre el municipio y Servicio de Salud respectivo, proceso que idealmente debiera realizarse al momento de la aprobación del Programa de Salud Municipal por parte de este último, igualmente, estos indicadores de monitoreo y evaluación deben dar cuenta de aquellos compromisos de gestión asociados a Programa de Incentivos, Metas Ley 19.813, IAAPS y Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria en general ⁸.

⁸ Se precisa evaluar la gestión técnica, administrativa y financiera (Art. 59 y 60, Ley 19.378 y Art. 28 y 29 del Reglamento General de la Ley), Decreto N° 153 y su correspondiente modificación Decreto 28, y Ley 20.157.

Respecto a las metas ley 19.813, la evaluación se efectuara con la misma población utilizada para pactar las metas, que corresponde al corte de octubre del año anterior. Además de lo ya señalado, es importante destacar que la evaluación constituye la base del diagnostico del próximo periodo, permitiendo ajustar los programas y los recursos de acuerdo a nuevas áreas de acción que se definan en la comuna.

La evaluación y monitoreo de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria se efectuaran mediante dos evaluaciones:

La primera evaluación, con corte al día 30 de agosto y debe ser remitida desde el Servicio de Salud al MINSAL a mas tardar los 15 días hábiles posteriores al corte. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se efectuara reliquidación y reasignación de los recursos.

La segunda evaluación y final se realizara al 30 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones proyectadas y deberá ser remitida desde el Servicio de Salud al MINSAL a mas tardar los 15 días hábiles posteriores al corte.

Los recursos asociados a los Programas serán transferidos en dos cuotas:

La primera cuota, correspondiente al 60% de los fondos, una vez que entre en vigencia la resolución exenta que aprueba el presente convenio y los Servicios de salud que hayan entregado al Ministerio, los convenios firmados con los municipios.

La segunda cuota (correspondiente al 40% restante), se traspasará en el mes de Octubre dependiendo de los resultados de la evaluación (con corte al 31 de agosto) que se efectuará en Septiembre, conforme a los indicadores definidos en el programa.

El excedente de recursos de aquellas comunas que no alcanzan a cumplir, al 30 de Agosto, con sus prestaciones proyectadas por convenio, podrá redistribuirse en el mes de Octubre a aquellas de mejor cumplimiento en la evaluación de Septiembre, con corte al 30 de agosto del año correspondiente, o ser reasignada a la comuna previo acuerdo de cumplimiento con el Servicio de Salud y Ministerio.

4. ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD

El Centro de Salud debe ser una organización flexible capaz de adaptarse a los cambios, de mejorar su capacidad de respuesta a las condiciones del entorno y de orientar su trabajo hacia resultados sanitarios y hacia la satisfacción de las necesidades de la comunidad en materia de salud.

4.1. Sistema de Relaciones Sociales: Equipo de Salud y Población Inscrita

- Toda la población beneficiaria debe estar inscrita en un centro de salud de atención primaria de la red asistencial donde se ubica su domicilio particular o laboral.

- En Centros con población inscrita de 10.000 o más personas se deberá tender a la existencia de población a cargo de equipos de cabecera, mediante una sectorización pensada en función de las características socio demográficas, socioculturales de la población y geográficas del sector de influencia.

Se espera que los equipos de cabecera y población a cargo establecidos, puedan generar estrategias de trabajo que den cuenta de un cambio en la manera de atender y de cuidar poniendo atención a la continuidad en el cuidado y recuperación oportuna de la salud (equipos de cabecera). La tarea de conformar equipos y sectorizar, si no fue efectuada mediante un ejercicio de participación interna se transforma en una pesada carga a sostener. Es preciso comprender el trasfondo de la estrategia para poder seguir motivando a los equipos en su avance.

La atención con enfoque familiar no se asegura con la conformación de los equipos de cabecera, sino en una tarea organizada de conocer los factores de riesgo y protectores de la familia, de desarrollar habilidades y destrezas para la interacción y de buscar, en la familia y comunidad, los mejores recursos para su apoyo. Los equipos de cabecera establecerán por lo tanto, mecanismos para conocer los factores de riesgo y protectores de sus familias y comunidades e incorporar acciones dirigidas a los grupos familiares tal como, Consejería individual y familiar, Intervenciones familiares en problemas relevantes y acciones de promoción de salud familiar y comunitaria. Cada equipo de cabecera, con la información sobre sus familias a cargo, tendrá los mejores elementos disponibles para construir a una programación basada en lo local.

- Dentro de la organización existen instancias estructuradas de participación que deben ser consideradas como la expresión mínima exigida de participación social para un centro de salud (*ver www.minsal.cl**). Todo establecimiento de salud y en particular de atención primaria, debe seguir apoyando el funcionamiento de instancias de participación de los usuarios como Consejos de Desarrollo, Comités Locales de Salud o Consejos Consultivos. Es un imperativo en el modelo de atención integral de salud, ya que es el espacio privilegiado para recoger la opinión de los usuarios y comunidad en general sobre el funcionamiento de los establecimientos de la red, acoger sugerencias y propuestas de la comunidad para la mejoría de la situación de salud de la población y de la atención de salud, gestión de la oferta y la demanda y conocer la percepción de los usuarios y comunidad sobre la calidad de los servicios, tomando en cuenta la cosmovisión propia de las comunidades cuando corresponda.

Se espera que el 100% de los establecimientos de la APS cuenten con alguna instancia de participación social con plan de trabajo en ejecución y constituida por usuarios organizados, representantes de equipos de salud y representantes de instituciones públicas o privadas con asentamiento local.

- El centro de salud debe incorporar a las redes comunitarias en el trabajo conjunto y co-solidario en la gestión de la demanda social de acceso a los servicios como por ejemplo, co-gestión de listas de espera, sistema de dación de horas, pesquisa y rescate de pacientes de riesgo, información al usuario y, por otra, a la extensión de redes de protección social coadyuvante de los servicios.

* Ver www.minsal.cl : Programación Local Participativa.

Estas redes de protección social pueden orientarse a fortalecer grupos de autoayuda, grupos de apoyo a la rehabilitación, apoyo terapéutico, atención domiciliaria, atención a postrados y discapacitados, educación comunitaria en cuidados básicos en salud.

- Es responsabilidad de los equipos de salud el prestar asistencia técnica y capacitación a organizaciones y agentes comunitarios, acreditación de competencias y delegación de responsabilidades en ámbitos específicos a la comunidad que cuenta con líderes o monitores capacitados
- El centro debe tener implementada la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), como un sistema que facilita el acceso de la población a la información sobre el funcionamiento y los servicios otorgados por el sistema de salud y otros órganos, servicios o empresas relacionadas con las prestaciones de salud, asegurando el ejercicio de sus derechos, orientándola, informándola y atendiéndola con mecanismos claros y expeditos para acoger sus reclamos, inquietudes y sugerencias⁹.
- En comunas de alta concentración indígena se debe considerar la articulación con las oficinas amul-dugun y el facilitador intercultural, quien deberá ser el nexo entre el equipo de salud y las personas familias y comunidades indígenas, orientando su actividad hacia el bienestar de los usuarios indígenas al interior del sistema público

4.2. Los equipos de atención primaria en materia de programación

El proceso de programación es responsabilidad del equipo de salud y debe considerar, en lo que dice relación con el recurso humano y las actividades a desarrollar lo siguiente:

- Al estar conformado como equipo responsable de un grupo de familias y tener conocimiento de su población, pueden modificar los atributos de las actividades que se orientan en las normas técnicas (tipo, cantidad, cobertura, concentración), de acuerdo a la situación epidemiológica local, dotación del centro de salud y red local de salud. Existen acciones de salud pública (PAI - TBC) y de garantías (AUGE) que consideran normas que no pueden ser flexibilizadas a nivel local.
- Polivalencia del recurso humano dentro del equipo para realizar acciones de salud, donde, de acuerdo a las competencias técnicas de sus integrantes, se decide quien realiza la acción de salud, teniendo presente las orientaciones técnicas y la necesidad de adecuarlas según realidad local.
- Determinar la dotación necesaria de recurso humano según la programación de actividades definidas por las metas sanitarias, orientaciones técnicas, estructura de la demanda (situación de salud de la población) y prioridades locales, en resumen una dotación que responda a criterios de calidad. En las comunas y establecimientos donde se cuente con el recurso humano de facilitador intercultural, éste deberá ser incorporado y considerado como un integrante más del equipo de salud en el proceso de programación.

9 Documento Manual Operativo OIRS, MINSAL 2002.

- 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.
- 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 entre las capacitaciones, la participación según necesidad en reuniones clínicas de la red.
 - Agendamiento de las citas que responda a las necesidades de salud de las personas a cargo.

La invitación es a mirar los procesos de salud-enfermedad en forma continua a través del ciclo vital individual y familiar; como las diferentes etapas de la vida determinan exigencias, tareas y riesgos, los que al tenerlos presentes nos aportan importantes herramientas para gestionar el riesgo, potenciar factores protectores, determinando al largo plazo una mejor calidad de vida de las familias y comunidad.

4.3. Programación basada en problemas y orientada a resultados sanitarios

Un elemento básico en la organización de los recursos, es la definición de objetivos de corto, mediano y largo plazo, basados en prioridades país y prioridades locales (incluidas las expectativas de la comunidad usuaria) determinadas por los diagnósticos participativos en salud.

La definición de metas sanitarias locales, permite al equipo de salud establecer la forma en que la organización intenciona sus recursos y sus respuestas para el logro de las prioridades establecidas en salud.

Con los elementos necesarios para programar identificados y priorizados con las metas sanitarias, la demanda de la población y la oferta existente, es recomendable enfrentar la programación definiendo a través del ciclo vital las estrategias, intervenciones o prestaciones de los ámbitos promocionales, preventivos, curativos, de rehabilitación y cuidados paliativos, que más fuertemente apoyan el logro de los resultados esperados.

El desafío es entonces, construir un programa adecuado a la realidad sociocultural local que permita alcanzar los resultados esperados en forma integral, coordinada, cooperativa y con calidad. Las decisiones en salud se construyen en espacios cotidianos, por lo que las intervenciones de apoyo, asistenciales y de asesoría debiesen trasladarse y organizarse en el nivel primario de atención, de acuerdo al concepto de población a cargo y con una mirada integral. En este proceso la familia y la comunidad son aliadas fundamentales desde sus roles formadores, reguladores y dispensadores de cuidados y de apoyo social.

En Anexo N° 4(B- F), se describen los principales objetivos sanitarios esperados a nivel nacional, a lo largo del ciclo vital y familiar que la Subsecretaría de Salud pública ha definido en un esfuerzo conjunto con la Subsecretaría de Redes asistenciales. Como las metas planteadas son nacionales y se espera que los centros de salud que tengan resultados inferiores a ellas las alcancen y aquellos que están con metas iguales o superiores las incrementen o mantengan.

Los indicadores presentados pretenden ser de utilidad, fundamentalmente, a la gestión local: algunos de ellos aportan información para el cálculo de índices y metas, utilizados por el MINSAL para evaluar la actividad y resultados de la Atención Primaria.

La población utilizada para la construcción de los indicadores es población inscrita. Si aun no se ha completado el proceso de adscripción en todos los establecimientos (dependientes de los Servicios de Salud), se deberá usar la población beneficiaria estimada.

4.4. Cartera de Servicios

Para determinar la oferta es importante que el establecimiento tenga claridad respecto de su “cartera de servicios”, entendiendo como tal, “el conjunto de acciones de promoción, preventivas, curativas de mantenimiento y rehabilitación si las hubiere, que oferta un determinado establecimiento”.¹⁰

Esta cartera debe ser de conocimiento público, de manera que no solo facilite la programación de las horas profesionales asociados a ella, sino que le permite al usuario orientarse respecto de a que acciones puede acceder en cada establecimiento.

En el decreto supremo del per cápita, de Dic de cada año, se establece el plan de salud con el conjunto de prestaciones básicas dirigidas a resolver las necesidades de salud de la población en atención primaria. Dichas prestaciones están consignadas bajo el nombre Plan de Salud Familiar vigente. Cabe destacar que la existencia de este plan no restringe las posibilidades, del administrador municipal y/o de Servicios de salud, de incorporar prestaciones adicionales necesarias de acuerdo a la realidad local identificada en el Diagnóstico del Plan de Salud Comunal.

De manera fundamentada la Atención primaria puede determinar los rendimientos y concentraciones, con enfoque de riesgo y con base en lo local, asegurando resultados sanitarios y satisfacción de la población.

En este sentido, la orientación va en el marco de establecer rendimientos diferenciados en la atención de morbilidad, las que pueden ir de 4 a 6 o hasta más por hora, si se trata, en el primer caso, de dar cuenta de la totalidad de acciones incluidas en el modelo de salud familiar y comunitaria o, en el segundo, de absorber una demanda estacional con estrategias de alto rendimiento por períodos breves de tiempo en la jornada diaria. No obstante lo anterior, en ningún caso la definición del rendimiento puede vulnerar la

10 Modelo integral de atención en salud, Ministerio de salud, Departamento de Modelo de Atención. 2005

capacidad de acceso o la calidad de la atención, con rendimientos bajo o sobre 5 por hora respectivamente. En cualquier caso el centro y la red, deben monitorear el beneficio percibido por los usuarios y la calidad técnica de las atenciones con el tiempo destinado a las consultas, el que debe modificarse de acuerdo a dicho monitoreo en pos de la mejor calidad de atención.

4.5. Utilización de Recursos

El concepto de organización está íntimamente relacionado con la utilización de recursos de diversa índole, para el desarrollo de determinadas actividades o procesos. La gama de recursos que requiere el Centro de Salud para su funcionamiento es amplia y abarca desde elementos tangibles que conforman su estructura material (recursos materiales, financieros y laborales), hasta elementos intangibles que, como los recursos informáticos y muy especialmente, el conocimiento y la cultura organizacional. Si bien esta última no puede conceptualizarse como un recurso, obviar la existencia de este aspecto en la programación de un centro de salud puede acarrear serios problemas a la hora de evaluar su funcionamiento y desempeño.

Aun los parámetros de productividad, tecnología y administración de recursos, son los elementos utilizados para evaluar el éxito de una administración de un centro de salud, sin embargo las condiciones actuales del entorno provocan cambios substanciales y el cambio o flexibilidad en la utilización de los recursos y la excelencia de los servicios realizados junto a los resultados sanitarios pasan a adquirir gran relevancia.

4.5.1. Recursos Financieros

La gestión de los recursos financieros en atención primaria se inscribe dentro de un contexto mayor de la administración de los recursos estables en los distintos niveles de gobierno; estos recursos se insertan en una lógica macro de tendencia hacia el presupuesto por resultados, esto es, reconociendo la importancia de la asignación de recursos transparente, la necesidad de dar cuenta a la comunidad y a los distintos actores sociales involucrados, donde se gasta, como se gasta, quienes son beneficiados y como se han financiado los gastos efectuados.

Con frecuencia, los equipos de salud sienten que la responsabilidad en salud está disociada de la responsabilidad en el gasto, no obstante, existe un estrecho vínculo entre esas ópticas, ese lazo es el de la responsabilidad social y la plena conciencia que en cada nivel de gestión se han tomado decisiones que afectan de manera inequívoca a las personas, en ese sentido, la eficiencia en la entrega de los servicios, nos acerca al tema de la responsabilidad social en el uso de los recursos y por ende, a un presupuesto por resultados.

En el marco regulatorio vigente es posible distinguir una Atención Primaria de dependencia municipal, regida por la Ley 19.378 que fundamentalmente en sus artículos 49 y 56, regulan en forma conjunta el aporte estatal a la salud municipal. Una Atención Primaria de dependencia de los Servicios de Salud, con un aporte Estatal, establecido en la Ley de presupuesto, glosa 01 del programa presupuestario de Atención Primaria e Ingresos Propios: copagos, cobros a privados o ISAPRES, convenios.

4.5.2. Recursos Humanos

El trabajo en equipo cumple una triple función: es un factor de desarrollo personal y profesional, ayuda al logro de los objetivos y constituye un importante elemento de incremento del capital social.

Lo que define el trabajo en equipo es la posibilidad de potenciar el logro a través de la sumatoria de energías y capacidades particulares. Por tanto, uno de los aspectos básicos en este punto es, sin duda, el análisis del funcionamiento y desempeño de los equipos de trabajo como célula básica de la organización y muy especialmente, de los equipos de dirección. En el caso de la APS es interesante destacar que al hablar de polivalencia se hace referencia a las capacidades de todos los miembros del equipo de participar en todos los ámbitos del accionar del Centro de salud (desde promoción y prevención hasta rehabilitación), sin que lo anterior signifique una pérdida de identidad profesional ya que la acción se realiza desde la especificidad de cada profesión en particular, potenciando el mejor trabajo que logra un equipo con objetivos comunes.

La buena práctica exige, adicionalmente, la capacitación permanente de los equipos de salud en todos los temas relacionados con la instalación y asentamiento del modelo de salud familiar. Esta capacitación involucra a todos los equipos de la red, para asegurar la coherencia con el modelo en todos los elementos que componen la red.

Particular desarrollo deberán tener las instancias y características de las capacitaciones de quienes deban desempeñarse en el ámbito rural ya que las condiciones de vida y desarrollo de las actividades de la población rural, así como los condicionantes de su nivel de salud son muy diferentes y por ello las estrategias para su abordaje también lo son.

Lo anterior significa enfatizar el rol y las capacidades del equipo de salud rural para actuar como promotores del cambio y de colaboradores en el desarrollo general de la localidad tanto como de los usuarios, validándolos en sus prácticas y saberes, además de cumplir su función específica como agentes de salud.

En ese mismo sentido los equipos de salud en rural requieren conocer y valorar profundamente las características del medio en que se desempeñan y poder reconocer en ellas los factores específicos eventualmente dañinos así como los protectores para sus poblaciones, además de sus particularidades epidemiológicas, sociales y culturales.

4.5.3. Recursos de Apoyo

Se engloban en esta sección los recursos de apoyo a las actividades de los equipos de salud:

- Medicamentos: todo centro de salud debe contar con el arsenal farmacológico definido para la atención primaria y establecer los mecanismos de control para su buen uso. Principal relevancia adquieren los medicamentos asociados a los protocolos definidos en los problemas AUGE

y en los programas específicos que aportan financiamiento adicional para medicamentos. El Servicio de Salud debe facilitar un mecanismo de negociación centralizada de precios para la adquisición de aquellos medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico de APS de uso común en los establecimientos, ya que esta en condiciones de facilitar estos procesos en su rol de Gestor de Red. La Programación de las necesidades de medicamentos e insumos se realiza una vez al año (a lo menos 6 meses antes del año de ejercicio) según instrucciones que envía CENABAST a través del SALUNET para efectuar los requerimientos mensuales de cada producto para el año. De igual forma se debe contar con apoyo técnico en la dispensación para contribuir al cumplimiento de la farmacoterapia, debiendo registrar y dar solución a cualquier problema relacionado con medicamentos (PRM) que incidan en el incumplimiento y bajo logro del objetivo terapéutico. (ver anexo N° 6).

En este sentido y en relación con poblaciones rurales que están sujetas a tratamientos GES, ellas deben poder acceder a estos fármacos, eliminando barreras de acceso, por lo cual es importante que los centros de atención de especialidades que determinan los tratamientos hagan llegar estos fármacos, a los usuarios, a través de los establecimientos de la red más cercanos a ellos. Ej: fármacos antipsicóticos, antiepilépticos, antiasmáticos, antineoplásicos, analgésicos narcóticos y etc. Cuando ellos no forman parte de los arsenales farmacológicos de APS.

- Insumos: Se incluyen en todos los establecimientos de la red asistencial, aquellos utilizados para el manejo avanzado de heridas en pacientes con úlceras de pie diabético y que además están incorporados en el protocolo de Diabetes Mellitus tipo 2, por lo tanto se debe asegurar su provisión.
- Procedimientos: se deben incorporar en la programación, los procedimientos de apoyo diagnóstico desarrollados en distintos programas en atención primaria ya sea como compra de servicios o como desarrollo dentro del propio centro (exámenes de laboratorio, ECG, Rx. Tórax, etc) Ninguno de estos medicamentos, procedimientos o insumos tiene copago para la población inscrita beneficiaria en atención primaria, al igual que todo el listado de prestaciones incluido en los problemas de salud AUGE.
- Igualmente deberá procurarse en el ámbito rural el acceso expedito a los usuarios en tratamientos por patologías del sistema AUGE, de las acciones de rehabilitación comprendidas en sus protocolos, como son las sesiones kinésicas reparadoras en AVE, IRA y ERA.

4.5.4. Recursos intangibles: Información.

Definir la existencia de estos recursos en una organización resulta vital para su desarrollo. Sin embargo, desde el punto de vista operacional, no siempre se distinguen las fronteras entre el manejo de la información y el conocimiento y pocas veces se tiene en cuenta la relación que existe entre ellos. El centro de salud genera multiplicidad de datos e información que no necesariamente forman parte del conocimiento de los equipos de salud. La información posibilita la toma de cualquier decisión y

de ahí la relevancia tanto dentro del equipo de salud como en la relación de este con el usuario, la familia y la comunidad.

Cada punto de contacto del equipo de salud con el equipo gestor o el equipo del servicio de salud es una instancia de intercambio de información para aumentar o actualizar el conocimiento. Entendemos por conocimiento aquella información que se obtiene como resultado de la evaluación de decisiones, que permite definir la validez de una decisión o lo inadecuado de su adopción.

4.5.5. Recursos Intangibles: Cultura Organizacional

Al momento de programar es recomendable tener presente la cultura y clima organizacional entendiendo por cultura como todo aquello que identifica al centro de salud y lo diferencia de otros haciendo que sus miembros se sientan parte de él, ya que profesan los mismos valores, creencias, reglas, procedimientos, normas, lenguaje, etc. y por clima, la percepción que los equipos de salud tienen de ella, identificar la cultura organizacional permite incorporar estratégicamente en la programación elementos que contribuyan a generar los cambios que se requieren dentro de los equipos de salud, para alcanzar los objetivos propuestos.

B. Transformación Hospitalaria: Atención Cerrada y Ambulatoria de Especialidad

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

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

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

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

La red de salud en el modelo sanitario chileno tiene sentido, pues las personas resuelven problemas de salud de diferentes complejidades en diferentes establecimientos; así un mismo proceso clínico por una

enfermedad cualquiera tiene etapas que se desarrollan en el centro de salud familiar y etapas en que el paciente es derivado a especialidad, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizado. El proceso clínico es, entonces la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos o redes que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. En los procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etéreo, programa de salud o patología también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. Lo central siempre será la voluntad de llevar a cabo procesos completos, que culminen en un alta o estabilización y control de un paciente, usando al máximo los recursos para reducir brechas.¹¹ El propósito de la programación hospitalaria, es implementar las soluciones que la red asistencial requiere para dar cumplimiento a las exigencias de manera planificada. El proceso de Programación, requiere de la participación de todas las personas y establecimientos involucrados en las acciones de atención, de un análisis y toma de decisiones en conjunto basado en la demanda y oferta de servicios. Este proceso es de especial relevancia en este momento en que a partir del 1º de Enero de 2009, los hospitales definidos como de mayor complejidad en el país serán Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), por el ministerio de la Ley.

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

- Revisar y validar los mecanismos de coordinación del proceso de referencia contrarreferencia entre la atención cerrada y ambulatoria
- Difundir las Guías Clínicas, levantar flujogramas y redes locales, cerrar brechas de recursos, mejorar el registro de la información y dimensionar la demanda más compleja a las macroredes, a objeto de asegurar el adecuado cumplimiento de la atención en las garantías explícitas y en el régimen general de garantías.
- Mejorar la gestión de la demanda de atención especializada, procurando una oportuna y fluida información entre establecimientos. Se requiere que la solicitud de atención sea oportuna y completa, tanto para los problemas de las garantías explícitas y en el régimen general de garantías y de la implementación de mecanismos como la asignación de responsables de la regulación en red de la demanda (priorización, tamizaje, normas de derivación, orientación, etc.), que permitan adecuar la entrega de cupos oportunamente.
- La información sobre el origen de la demanda, así como la demanda por establecimiento y por especialidad, y la tendencia creciente o decreciente de las listas de espera se constituyen en un gran valor para la programación, tanto en el corto como en el mediano plazo.
- Avanzar en la ambulatorización de la atención, lo que implica favorecer el estudio de pacientes en forma ambulatoria, incrementando la proporción de horas médicas asignadas a esta atención e incrementar la proporción de cirugías mayores resueltas en forma ambulatoria.

11 Modelo de gestión hospitalario 2006. Ministerio de Salud.

- Mejorar la gestión de camas, avanzando en la implementación del sistema de atención progresiva, organizando las camas en unidades según complejidad e intensidad de los cuidados (riesgo-dependencia del paciente), predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad. Con este objeto se utiliza la categorización de pacientes por riesgo dependencia.
- Asegurar a los pacientes hospitalizados un profesional de cabecera que coordine la atención e información para el paciente, sus familiares y el equipo de salud de atención primaria. Esta es una medida que mejora la calidad y eficiencia de la atención.
- Consolidar las estrategias de atención de urgencia: Conformación de la red local de urgencia en cada Servicio de Salud que se coordina planificadamente; Priorización de la atención en las UEH a través de la categorización de los consultantes; Orientación a los beneficiarios policonsultantes y consultantes habituales de las UEH a inscribirse y recurrir a los consultorios de APS para una atención integral.

1. ORIENTACIÓN A RESULTADOS EN ATENCIÓN CERRADA

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

- % de personas en lista de espera por mas de 60 días.
- % de garantías explícitas cumplidas en el establecimiento.
- % de cesáreas.
- Indicadores de infecciones intrahospitalarias.
- % de estadías prolongadas.
- Letalidad.
- % de cirugías mayores realizadas en forma ambulatoria.
- % de reclamos con respuesta oportuna.
- % altas por especialidades trazadoras (ambulatorio).
- % de camas indiferenciadas.
- Disminuir la hospitalización de pacientes categorizados en el grupo D2 y D3 de riesgo dependencia.

2. ETAPAS DEL PROCESO DE PROGRAMACIÓN

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

2.1. De conocimiento del contexto que incluye:

- Dar a conocer a los equipos clínicos los objetivos y orientaciones 2008 como Red Asistencial.
- Socializar con los clínicos de atención cerrada el diagnóstico de salud del área territorial atendida.

- Definir la cartera de servicios (prestaciones) que realiza cada una de las unidades o centros de responsabilidad.
 - Precisar los problemas de salud bajo el régimen de garantías explícitas y garantías generales (prestaciones valoradas) que corresponderá atender a cada unidad o centro de responsabilidad.
 - Revisar y evaluar la producción de actividades o prestaciones del año precedente en cantidad y calidad, por cada unidad, así como las brechas de atención, expresadas en las listas de espera correspondientes.
- 2.2. Estimación de la demanda de atención 2009, según origen
- Se entiende por "demanda expresada" el total de las solicitudes de atención derivadas a la atención especializada desglosadas según origen, la que incluye el total de derivaciones generadas en atención primaria, hayan sido satisfechas o no.
- En caso de no contar aun con información suficiente, se sugiere calcular la demanda en base a lo realizado el año anterior, la lista de espera y el incremento poblacional anual.
- Para los problemas AUGE, la demanda se calculara en base a la incidencia y/o prevalencia del problema en la población a atender.
- 2.3. Cálculo de actividades o prestaciones
- Son necesarias para la satisfacción de la demanda expresada (demanda potencial o corregida de prestaciones). Para resolver a demanda de atención cada centro de responsabilidad o unidad identifica tipo y numero de actividades posibles de realizar, contrasta con la demanda expresada a objeto de determinar la brecha existente.
- 2.4. Los coeficientes técnicos
- Son la expresión de la proporcionalidad con que se combinan las actividades para la resolución de una demanda de atención. Esta proporcionalidad o concentración de actividades se puede estimar de lo observado, tomando la proporcionalidad que se observe en los periodos precedentes (por ejemplo, por cada caso que accede al consultorio de especialidades, se producen en promedio "n" consultas, "n" procedimientos, "n" cirugías ambulatorias). No obstante los coeficientes así obtenidos deben ser analizados críticamente. En el caso de los problemas de salud AUGE y aquellos que tienen guías clínicas, las actividades a realizar por problema de salud, en cuanto a cantidad y calidad están definidas en dichas guías.

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

- N° de Controles anuales por cada consulta nueva de especialidad.
- N° de Procedimientos ambulatorios por cada consulta nueva de especialidad.
- N° de Intervenciones quirúrgicas ambulatorias por cada consulta nueva de especialidad quirúrgica.
- N° de altas por cada consulta medica de especialidad.

- N° Promedio de días cama por egreso.
- N° Promedio de días cama UCI y UTI por egreso.
- N° de Procedimientos hospitalarios por egreso.
- N° de Intervenciones quirúrgicas por egreso.

2.5. Cálculo de Recursos Necesarios

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

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

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

2.6. Determinación de la oferta de recursos

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

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

2.7. Balance Recursos y Determinación de Brechas

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

Las brechas se pueden calcular también a nivel de la demanda y oferta de atención, como se hace al principio del proceso de programación, o a nivel de demanda oferta de prestaciones.

2.8. Análisis de las Brechas

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

2.9. Formulación del programa y presupuesto anual por establecimiento

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

2.10. Implementación de la programación anual

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

2.11. Evaluación de la Programación Anual

Durante el último cuatrimestre de cada año se realiza la evaluación de cumplimientos de la programación anual que a la vez servirá de diagnóstico de actividad de la red para el periodo siguiente. No menos importante es comunicar a otros centros de responsabilidad de apoyo la presunción de actividades finales programadas para el año, de manera que estos puedan programar también la producción de sus actividades de apoyo (exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica).

Intervenciones Sugeridas para el Ajuste de la Programación

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

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

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

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

3. PRODUCTOS DE LA PROGRAMACIÓN ESPERADOS EN LA RED

3.1. Estimación de cuidados primarios

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

3.2. Demanda de atención de Especialidad recogida en el origen

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

3.3. Estimación de recursos necesarios

- Horas técnico-profesional para cuidados primarios.
- Horas técnico-profesional por especialidad para atención abierta y cerrada.
- Estimación de camas por nivel de complejidad de los cuidados.
- Estimación de días cama críticos: (UTI y UCI) adulto, pediátrica y neonatal.

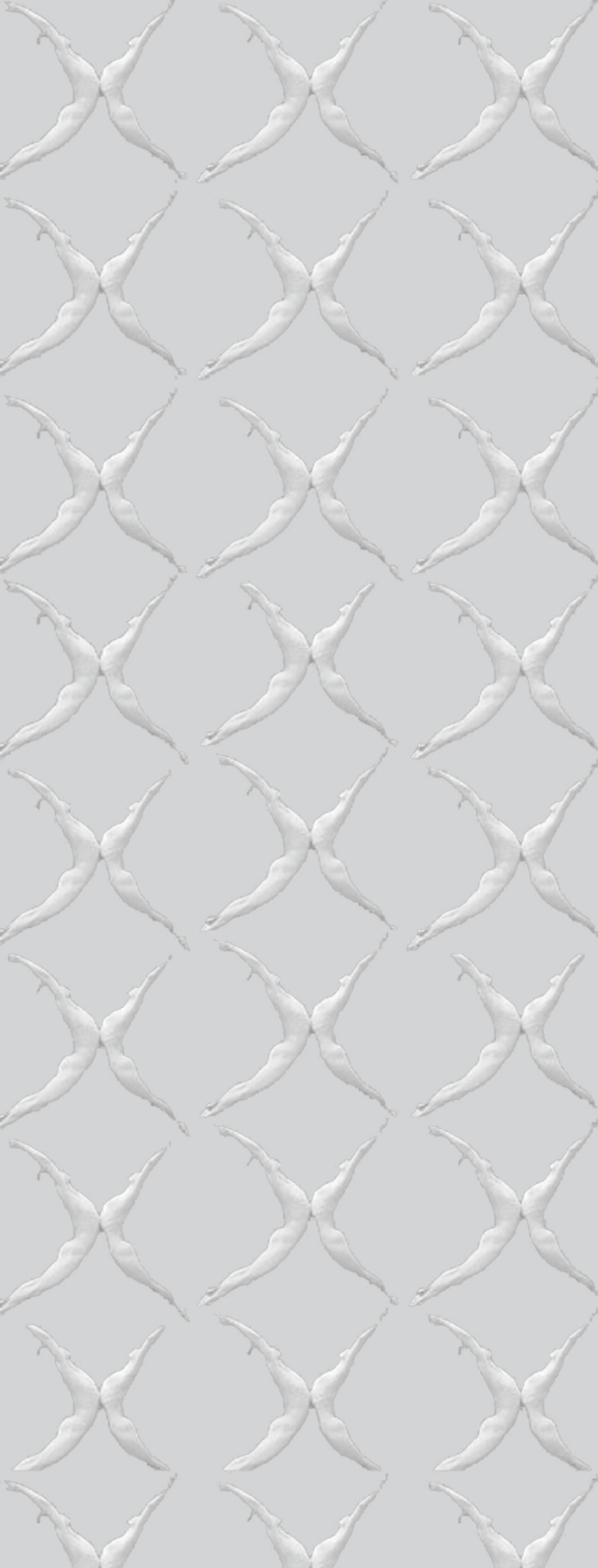
- Estimación de Horas pabellón quirúrgico para cirugía mayor ambulatoria y en pacientes hospitalizados.

3.4. Oferta de recursos

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

3.5. Brecha de recursos

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



IV

ANEXOS

ANEXO N° 1: MANUAL DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

1. INTRODUCCIÓN

En el desarrollo del sistema de salud en Chile existe larga trayectoria de acciones de los equipos locales de salud con la comunidad como una de las expresiones de la participación social. La gestión local de la Promoción de Salud rescata esta tradición de salud pública y de trabajo comunitario desarrollado por los equipos de Atención Primaria de Salud.

Este quehacer en la participación ha respondido a los contextos sociales y políticos, según las demandas de la población y de las capacidades de los equipos. Lo que es real es que equipos interdisciplinarios de la red asistencial han dado cabida permanente, mediante diferentes formas, a la voz de la población que atienden.

La participación de la comunidad es relevante si queremos desarrollar un enfoque de determinantes sociales y de mejoramiento de equidad. La incorporación de diagnósticos participativos que recogen la opinión y priorización de salud desde la perspectiva de la comunidad, contribuye al desarrollo de este enfoque y a avanzar en la pertinencia de las acciones de salud. La experiencia señala que para obtener mejoría en las condiciones de salud de la población es necesario sumar al diagnóstico técnico, el diagnóstico desarrollado por la comunidad.

Los procesos de planificación participativa tienen la garantía de integrar las necesidades sentidas y/o reales de la población y generar un proceso de construcción conjunta de soluciones con mayor sostenibilidad a las intervenciones diseñadas. El Diagnóstico Participativo abre esta puerta y posibilita a los equipos locales de salud el desarrollo de estrategias pertinentes.

El diagnóstico participativo permite llegar a "las causas de las causas" de las condiciones de salud de la población, por lo tanto además de ser una metodología, es un instrumento político que permite que la población asuma conscientemente sus problemas, se empodere para enfrentar su realidad, en su relación con el Estado y para el desarrollo de un trabajo comunitario en su territorio o localidad.

De esta forma un ejercicio participativo en las etapa de planificación del Plan Comunal de Salud permitirá integrar y consolidar la mirada epidemiológica social y la mirada de los pobladores que colectivamente reconocen en su realidad los efectos en su salud y la forma de abordarlos, generando un proceso sinérgico de soluciones.

Este documento pretende entregar una pauta de trabajo sobre Diagnóstico Participativo a los equipos locales de salud, recoge las técnicas mas accesibles y que aplicadas en el contexto comunitario posibilitan que efectivamente se produzcan espacios de participación de reflexión y de construcción colectiva., entre equipos locales de salud y la comunidad, sobre tareas locales de salud.

2. PRIMERA PARTE: El Diagnóstico Participativo

a) ¿Qué es el Diagnóstico Participativo?

El **diagnóstico participativo** en salud, es el proceso que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea esta un territorio o localidad acotada dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud. Es un proceso de participación de la comunidad en conjunto con los equipos de salud. Permite obtener información útil, para visualizar las áreas de mayor interés de la población.

b) Objetivos: ¿para qué, cuándo y con quiénes?

El **diagnóstico participativo** tiene como objetivo obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades.

Objetivos específicos:

- a) Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud de la población, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes.
- b) Conocer la situación de las prácticas familiares y comunitarias a nivel local.
- c) Analizar los problemas de salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales.
- d) Revisar sus causas y consecuencias.
- e) Proponer acciones para hacer frente a los mismos.

c) ¿Para qué sirve hacer un Diagnóstico Participativo?

El Diagnóstico Participativo sirve para:

- Conocer mejor el lugar donde vivimos y a nuestros vecinos.
- Identificar y conocer una realidad particular.
- Priorizar los problemas con un criterio consensuado por la comunidad y el equipo de salud.
- Concientizar a la comunidad de los problemas de salud que los aqueja.
- Dimensionar los problemas y las causas que los provocan.
- Crear espacios para la organización y la participación de toda la comunidad.
- Identificar las fortalezas y oportunidades de la comunidad.
- Edificar una base sólida sobre la cual elaborar un plan de trabajo dirigido a la solución de los problemas comunitarios.
- Definir un punto de partida, diseñar un plan y hacer un seguimiento.
- Recolectar datos que permitan hacerle seguimiento, control y evaluación.

d) ¿Cuándo realizar un diagnóstico participativo?

- Puede realizarse en cualquier momento del año.
- Es el inicio de un proceso o acción para intervenir una determinada realidad social, es decir: un barrio, un sector de un barrio, el área de un establecimiento o un municipio.
- Es el punto de partida para la elaboración de los proyectos que necesita una comunidad.
- La información que se obtiene de un diagnóstico participativo permite priorizar y articular los recursos disponibles en torno a la superación de los problemas priorizados.

e) ¿Quién realiza el diagnóstico participativo?

El diagnóstico participativo puede ser realizado por el equipo local de salud y la comunidad interesada en intervenir una determinada realidad social con el fin de lograr cambios con el compromiso de los participantes.

f) ¿Qué aspectos debe considerar un diagnóstico de situación de salud en general?

Un diagnóstico de situación de salud general es una descripción detallada de los problemas de salud de una región o comuna en un momento dado, considerando sus determinantes, con el fin de establecer prioridades y diseñar estrategias de control. Sirve para:

- Contextualizar el diagnóstico participativo
- Cuantificar la magnitud de los problemas.
- Valorar la importancia de los factores determinantes.
- Analizar las condiciones de salud de una comunidad y los factores causales.
- Contribuir a determinar prioridades y diseño de estrategias para el control.
- Definir posibilidades de solución.

g) ¿Qué indicadores o dimensiones se integran en un diagnóstico de salud?

a. **Situación de salud:** indicadores básicos: natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por grupos de causas, expectativa de vida, índice de swaroop, AVISA, AVPP, tasas de consultas, egresos hospitalarios, ENO, accidentes y enfermedades profesionales, antecedentes de morbilidad (incidencias y prevalencias).

b. Factores determinantes:

- Factores sociodemográficos y geográficos (población, tamaño y estructura, población urbano-rural, etc).
- Factores socioculturales: escolaridad, analfabetismo, trabajo, recreación, previsión, etc.
- Factores económicos: actividad económica, etc.
- Transporte, servicios, ambiente físico (saneamiento, contaminantes ambientales, etc), organización de la atención de salud, organizaciones sociales, etc.

En zonas de mayor concentración indígena los diagnósticos deben considerar la cultura del pueblo originario según corresponda y la realización de estudios epidemiológicos con enfoque sociocultural donde se reconozcan los factores de riesgo y factores protectores que emane de la cultura.¹²

12 "Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque intercultural. Guía Básica para Equipos de Salud". Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile, 2006.

3. SEGUNDA PARTE: Metodología de trabajo

¿Cómo se realiza?

Existen diversas metodologías para la elaboración de un Diagnóstico Participativo en salud, todo depende del contexto y de las personas o instituciones que lo realicen y el o los objetivos que se estimen alcanzar. Se sugiere considerar las siguientes etapas:

Etapas 1: Conformación de equipo, convocatoria y coordinación con actores comunales, institucionales y comunitarios.

1. El primer paso para llevar a cabo el **diagnóstico participativo** es la conformación de un equipo promotor, el cual deberá:
 - Planificar las actividades.
 - Convocar a las actividades programadas.
 - Organizar el debate.
 - Sistematizar la información. Pueden formar parte de este equipo personas externas a la comunidad como facilitadores del proceso.
 - Realizar seguimiento al Plan de acción.
2. La convocatoria y coordinación con actores debe ser abierta y atractiva a todos los habitantes de la localidad sin distinción alguna.
Para realizar la convocatoria es conveniente apoyarse en los líderes naturales de la comunidad. Convocar por ejemplo:
 - A los encargados comunales de promoción y los distintos organismos y organizaciones comunitarias que lo conforman.
 - A organizaciones sociales, territoriales y funcionales como juntas de vecinos, organizaciones ambientales, artístico-culturales, deportivas, indígenas, religiosas, de trabajadores, centros de padres, centros de alumnos, consejos escolares, centros de madres, de adulto mayores. Clubes deportivos y de jóvenes.
 - Organismos de la sociedad civil vinculados con el área salud como los clubes de autoayuda, agrupaciones de enfermos crónicos, grupos de voluntariados, consejos locales de salud y consejos de desarrollo, centros culturales y centros comunitarios, ONG's que trabajen en el territorio y redes comunales.
 - Dpto. Salud, Dpto. Educación, Oficina del deporte, Oficina de la mujer, adulto mayor, infancia y juventud. DIDECO, SERPLAC, y representantes de instituciones que trabajan en el territorio como PREVIENE, JUNJI, INTEGRA, Carabineros, Bomberos, entre otros.

Etapas 2: Recopilación de antecedentes.

En esta fase se explica como recoger la información de la comunidad.

1. Reunión inicial: Los objetivos de este primer encuentro buscan Informar a los asistentes acerca de:

- La importancia de realizar el Diagnóstico Participativo.
 - Determinar la metodología a utilizar y establecer un cronograma de trabajo.
 - Determinar límites reales o imaginarios de la comunidad donde se realizará el diagnóstico.
 - Realizar una fotografía de la comunidad.
2. Fotografía o Mapa de la comunidad comprometida en el diagnóstico: Se trata de reflejar lo que ocurre en la comunidad con datos sectoriales, e intersectoriales: número de habitantes, número de viviendas, escuelas, centros de salud, calles, caminos, manzanas, número de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, oficio o profesión de los habitantes, actividades económicas, productivas, recursos físicos y naturales con los que se cuenta y otra información que se considere importante. Este mapeo o fotografía se hace mediante preguntas orientadoras que faciliten la delimitación del tema o problema a abordar:
- ¿Qué problemas y necesidades de salud se pueden identificar?
 - ¿Cómo y cuánto afectan a la población?
 - ¿Desde cuándo ocurre?
 - ¿Cuál o cuáles son las causas de este problema o situación?
 - ¿Cómo lo han abordado antes?
3. Fuentes de información: los antecedentes y la información se obtiene de diversas fuentes., entre estas tenemos:
- a) La "historia de la comunidad" contada por los propios habitantes y por documentación que exista.
 - b) Datos de Censos u otras estadísticas que tenga el establecimiento de salud. el municipio u otro organismo: número de habitantes total, por edad, por sexo, urbano rural.
 - c) Datos del sistema de registro institucional de salud del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), MINSAL.
 - d) De organizaciones sociales.
 - e) De instituciones públicas y privadas.
 - f) Otros estudios realizados acerca de la comunidad.
 - g) Documentos técnicos de apoyo: PLADEC, Plan de Salud Municipal, PADEM, Plan Comunal de Promoción de Salud.
 - h) Mapas o croquis de la comunidad.
 - i) Otras fuentes de información.

Etapa 3: Análisis de la información e identificación de los problemas y potencialidades.

Una vez que se ha recogido información sobre la comunidad es necesario analizarla para identificar los problemas que existen, lo que se hace mediante técnicas que ordenen y faciliten el proceso a los participantes:

1. Análisis de la Información e identificación de problemas y potencialidades:
 - Se ordena la información que será el fundamento del diagnóstico participativo y posteriormente, del plan de acción.
 - Con la metodología sugerida en este Manual se comienza con la identificación de los problemas y potencialidades de la comunidad de manera consensuada.

- Se estimula a todos a que participen, opinen, comenten, reflexionen y debatan sobre su realidad.
- Es una tarea colectiva.

Los problemas son situaciones reales que la comunidad considera **insatisfactorias y a la vez susceptibles de ser mejoradas o superadas**. Estos problemas serán planteados en forma o condición negativa, especificando su ubicación:

- falta de agua potable en la población x.
- no existe alumbrado público en la calle z.
- no existe pavimentación en camino interior de la localidad b.

2. La identificación del o los problemas que se realiza colectivamente. Si el grupo asistente es muy numeroso (mas de 15 personas) se hace en dos o mas grupos, utilizando la técnica de "lluvia de ideas", Por ejemplo:

- "las malas relaciones humanas".
- "no hay médico de turno".
- "la contaminación de las estufas a leña".
- "no hay plaza de juegos".

3. Jerarquización de problemas:

Una vez que el los grupos han terminado con la identificación de los problemas es necesario ordenarlos y jerarquizarlos. Puesto que no es posible abordar todos los problemas identificados. Se establecen criterios de jerarquización de problemas los que pueden se de acuerdo a:

- Jerarquizar considerando la cantidad de personas a las que afecta dichos problemas.
- Jerarquizar con base a su gravedad o intensidad.
- Jerarquizar de acuerdo a la capacidad de resolución que tenga la propia comunidad.

Para facilitar este paso se puede utilizar la siguiente matriz de priorización de problemas:

Problema	Importancia	Estrategias	Instituciones involucradas	Plazos para resolver
Se enuncia el problema	Se le otorga un valor a en escala previamente establecida. Ej 0= no tiene relevancia 1= poco importante 2= medianamente importante 3= muy importante	Se indica los mecanismos o medios por los cuales se puede abordar el problema	Se indica quienes se harán responsables de la tarea	Corto plazo: 6 meses a 1 año Largo plazo: más de 1 año.
Ejemplo: no hay plaza de juegos	3	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo comunitario con jóvenes del sector y JJV • Proyecto a fondos comunitarios • Venta de empanadas • Rifas 	<ul style="list-style-type: none"> • La comunidad organizada • La municipalidad • La iglesia • La empresa xx 	

Análisis de Problemas:

Una vez seleccionado el o los problemas que se trabajarán, la matriz de problemas participantes puede ser una gran ayuda, para priorizar los aspectos claves que se abordarán dentro del problema, haciendo una distribución por unidades de valor.

Matriz de problemas participantes

Problema	Participantes Aspectos claves a considerar						Sumatoria
	1	2	3	4	5	6	
Se expresa el problema y los participantes indican que valor le dan a cada una de los aspectos claves de un total de 100ptos.							
TOTAL	100	100	100	100	100	100	

Aspectos claves a considerar para la puntuación:

1. Importancia del problema.
2. Cantidad de recursos del que se dispone.
3. Ámbito de gobernabilidad.
4. Disponibilidad de tiempo.
5. Cantidad de habitantes que beneficiará la solución del problema o la cantidad que afecta de no ser solucionado.
6. Número de problemas relacionados a otros.

Etapa 4: Plan de trabajo.

La jerarquización y análisis de los problemas será el punto de partida para la definición del Plan de Acción Comunitario. Para facilitar su cumplimiento deberán asignarse claramente las responsabilidades y emplear mecanismos para evaluar avances.

El plan de acción debe considerar objetivos, metas, actividades, responsables, plazos y recursos.

Plan de Trabajo

Objetivos:			
Metas:			
Actividades	responsables	plazos	recursos

Etapa 5: Puesta en marcha del plan.

La ejecución del Plan debe estar a cargo de una o un grupo de personas que tengan el rol de organizar el desarrollo de las actividades y evaluarlas.

La puesta en marcha del Plan implica que cada responsable haga su tarea de acuerdo a lo establecido y con capacidad de liderar su desarrollo.

Etapa 6: Evaluación y retroalimentación.

La evaluación está presente en todo el proceso, puesto que necesariamente se va evaluando el qué hacer, con qué recursos, en qué tiempo. Así también es importante la evaluación que se hace en tono a lo programado para detectar facilitadores y obstaculizadores en el proceso. Para identificar las modificaciones necesarias según el contexto.

Es fundamental establecer un mecanismo de evaluación del Plan de acción lo cual se puede realizar contrastando lo programado con lo realizado, a través del cumplimiento de las metas; se pueden realizar encuestas de satisfacción o a través de la evaluación cualitativa del grupo gestor. Además se sugiere entregar a quienes han participado del proceso información acerca de los resultados del plan de acción. Esto último con el fin de recibir los aportes de la comunidad y es lo que se llama retroalimentación.

4. TERCERA PARTE:

Técnicas e Instrumentos para realizar un Diagnóstico Participativo en salud.

A continuación se indican diversas técnicas que pueden apoyar el diagnóstico participativo y que el equipo local de salud deberá determinar su uso según sea el contexto, capacidades, habilidades y recursos de que se dispongan.

- **Observación:** Es recorrer y mirar detenidamente el territorio donde se realiza el diagnóstico participativo. Se hace acompañado de una pauta con un listado de factores que se desean considerar, sean estos de la estructura física del territorio, de la ubicación y/o distribución de algunos elementos, la forma en que se relacionan las personas, otros que se estimen conveniente. Por lo general de la observación se realiza mapa o croquis del territorio donde se realiza el Diagnóstico participativo.
- **Entrevista:** Es una conversación basada en una pauta de contenidos, a través del cual se recopila información directamente desde las personas para conocer la opinión sobre determinados aspectos de la realidad. Permite acercarse al ámbito subjetivo, ya que se pueden obtener percepciones y motivaciones. Puede ser estructurada o semiestructurada.
- **Diálogos ciudadanos:** Son espacios de encuentro entre autoridades y representantes de la sociedad civil, con el objetivo de intercambiar visiones sobre que sean relevantes para la ciudadanía y

acordar formas de abordaje. Se puede realizar en una reunión, donde se acuerdan los temas a discutir, se provee de información a los participantes y, a través del trabajo de grupo se proponen las medidas o soluciones para abordar los temas de interés. Una vez finalizado el diálogo se debe buscar un mecanismo para que la autoridad respalde y apoye algunas de las propuestas, a la cual se le deberá dar seguimiento para su cumplimiento.

- **Collage:** Es una representación de la comunidad deseada por sus habitantes, realizada en grupo, mediante recortes de periódicos, revistas y dibujos. Es “la visión compartida” de la comunidad ideal. Mediante la utilización de esta técnica se puede llegar a la identificación indirecta de los problemas, toda vez que se logra, en grupo y bajo consenso, la visualización de los servicios que queremos disfrutar y de la comunidad que deseamos.
Esta técnica ofrece una panorámica general positiva y aclara el camino a seguir en aras de resolver los diferentes problemas que impiden el alcance de la comunidad ideal.
- **Grupo Focal (Focus Groups):** Es una técnica basada en la discusión de un grupo de idealmente 3 a 12 personas, centrada en un tema que se desee profundizar, con la presencia de un facilitador o moderador quien tiene el rol de explicitar las reglas, plantear las preguntas para la discusión, y estimular al grupo a la discusión. Permite conocer qué piensa el grupo sobre el tema y el porqué de su postura.
- **Encuesta:** Es un grupo de preguntas estructuradas para conseguir información, por lo general se utiliza para ser aplicada a muestras grandes. Permite obtener información objetiva de la realidad.
- **Mapa de Actores / Análisis de actores:** Es una técnica que permite identificar dentro de las redes sociales, comunitarias y/o institucionales a los actores claves, directa o indirectamente vinculados a un tema específico. Para llevar a cabo este análisis se deben conocer aspectos generales del contexto para luego identificar los actores, analizar su grado de influencia e interés y definir el rol que van a cumplir.
- **Mapa o Croquis del lugar:** Es un dibujo que realizan los participantes en donde identifican los factores que deseen relevar, por ejemplo: ubicación de sedes comunitarias, de servicios públicos (municipio, Consultorio, posta, biblioteca, otros), instituciones del sector (bomberos, cruz roja, otras), grifos, iglesias, centros comerciales (almacenes u otros).

5. CUARTA PARTE: Sistematización del Diagnóstico Participativo

Una tarea importante es mantener la información recogida y construida durante el diagnóstico participativo y su posterior Plan de Trabajo. De esta manera el equipo de salud y la comunidad participante puede hacer uso de ella cada vez que la necesite. A continuación se propone una técnica para estos efectos:

El Portafolio: Es una técnica que consiste en estrategias de recolección y registros de todos los elementos que surgen de la preparación y desarrollo del diagnóstico participativo, organizados de manera sistemática

de acuerdo a objetivos específicos que tienen como finalidad monitorear y evaluar el avance y los logros obtenidos en el desarrollo de la acción realizada., en este caso del Diagnóstico Participativo de salud.

El portafolio debe estar cuidadosamente organizado, su organización lo diferencia de una carpeta de trabajo de una libreta de apuntes. de un diario de campo. La organización mínima de un Portafolio es:

- Un archivador, caja o estante donde se irá poniendo el material gráfico y otros materiales que el equipo estime.
- Índice de materias: al inicio se pone un índice básico. Luego se complementará con otros elementos que deseen contener.
- Plan de trabajo.
- Agenda con nombres, y datos de ubicación de responsables,... líderes u otras personas que se estimen convenientes.
- Catastros de organizaciones e instituciones comprometidas.
- Mapas. Croquis del lugar.
- Cuestionarios y pautas de observación, entrevistas y de trabajo de grupo.
- Informes de actividades.
- Actas de reuniones.
- Informes de evaluaciones, monitoreos.
- Fotografías. Otro material visual.
- Correspondencia.
- Anexos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Vega, J.;Solar, O.; Irwin, A. Equidad y Determinantes Sociales de la Salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción en En la Perspectiva de la Equidad. Ices, Santiago 2005.
- OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de I OMS. 1999.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía metodológica Diálogos Ciudadanos por la Calidad de Vida. Segunda Encuesta Nacional sobre la Calidad de Vida y Salud. Chile 2006.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Circular N°17 13/08/2007. Anexo Análisis de Actores.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Conociendo la situación de salud. El momento del Diagnóstico.
- OPS. AIEPI. 2005. Guía para le diagnóstico local participativo.
- Elena Bergen y otros. Redes de Infancia Adolescencia. Propuesta de Gestión en Infancia a nivel local. 1998.
- Ministerio de Planificación Venezuela. FUDECO. Diagnóstico Participativo.

ANEXO N°2: PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y ÁMBITOS DESARROLLADOS

Principios	Ámbitos Desarrollados
Enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un proceso de evolución de Consultorios a Centros de Salud (CS)¹ • Contar con equipos de salud de cabecera que aplican el enfoque familiar y comunitario incorporando el enfoque intercultural y de género. • Contar con programas de desarrollo del RRHH tendiente a aumentar la comprensión del enfoque familiar y comunitario. • Comunidad integrada a la gestión de los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) • Incorporación de señalética bilingüe y estrategia de facilitadores interculturales
Continuidad de la atención y accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de salud de cabecera con población a cargo • Mecanismos de referencia y contrarreferencia eficaces • Implementación de programas de Mejoramiento: extensiones horarias, línea 800 y selector de demanda • Existencia de SAPU-Urgencia Rural • Monitoreo continuo del cumplimiento de las Garantías explícitas en salud (GES) • Incorporación paulatina de sistemas de derivación de pacientes entre los sistemas médicos occidental e indígena
Prestación de servicios integrados, con énfasis en promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de acciones para el logro de los objetivos planteados por el Plan Regional de Salud Pública de las SEREMI de Salud, como es el abordaje en sobrepeso, obesidad, consumo tabáquico, salud bucal, entre otras. • Contar con un Plan de Promoción de Salud comunal que contenga acciones de promoción, de los equipos locales de salud, en torno a las condicionantes de la salud y fomento de estilos de vida saludables. • Integración a los Equipos Ampliados de Promoción de Salud en las regiones, compuestos por representantes de los Servicios de Salud y SEREMI de Salud. • Contar con un programa de desarrollo del recurso humano: que aborde capacitaciones en promoción de la salud, interculturalidad en salud. • Incremento de programas con componente preventivo: Salud Cardiovascular (Control del adulto sano), salud oral, vacunación antiinfluenza, refuerzo alimentario para adultos mayores, Evaluación funcional del adulto mayor. • Incremento de prestaciones propias del modelo de salud familiar y comunitario como son: la visita domiciliaria integral (incluye hogar, lugar de trabajo, escuela y organizaciones comunitarias del territorio), la atención domiciliaria a personas con discapacidad grave y postrados, visitas guiadas a la maternidad a toda mujer gestante y acompañante significativo. • Orientación al diseño de planes de promoción que fomenten comunas, escuelas y lugares de trabajo saludables.

1 Documento "De Consultorio a Centro de Salud", MINSAL 1993) y de Centros de Salud a Centros de Salud Familiar (CESFAM).

<p>Resolutividad</p> <p>Desarrollo de habilidades para el Autocuidado individual y familiar. Corresponsabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creciente incorporación de la comunidad en la definición de respuestas ante necesidades diagnosticadas. • Aumento en la cantidad de redes intersectoriales, que incrementan la variedad de respuestas a los problemas de salud. • Incremento de Programas de Resolutividad en APS, aumentando horas en especialidades sensibles, mejorando el acceso a métodos diagnósticos y ampliando la respuesta terapéutica. • Consultorías de especialistas, en problemas de salud definidos, que permiten fortalecer un enfoque en red. • Programas de capacitación que buscan desarrollar mayores habilidades y destrezas frente a problemas prevalentes y GES. • Financiamiento de los exámenes de laboratorio para favorecer el diagnóstico en el nivel local. • Programas especiales que dan respuesta a necesidades específicas tales como atención a postrados, mejor manejo de heridas, eco tomografía prenatal, etc. • Funcionamiento regular de Comités de gestión de listas de espera, de manera de evaluar la demanda, gestionar la solución y priorizar la derivación, así como cuantificar la brecha en las respuestas. • Incorporación de actividades como consejería individual y familiar, que buscan aumentar las capacidades de las personas de influir en su salud y tomar decisiones informadas. Consejería en EVS (Estilos de Vida Saludable), talleres de vida sana, talleres de estimulación y normas de crianza, talleres de apoyo a la crianza y habilidades parentales² y otras.³ • Implementación de salas de estimulación. • Cuidados Domiciliarios. Cuidados del cuidador de pacientes con enfermedad crónica y/o postrados; cuidados domiciliarios en familias indígenas con participación de facilitadores interculturales.
<p>Participación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento permanente de las OIRS, recogiendo y gestionando reclamos y sugerencias de los usuarios. • Consejos de desarrollo local funcionando de manera sistemática en conjunto con organizaciones sociales. • Desarrollo de Cuentas públicas de los establecimientos y los servicios de salud ante la comunidad. • Integración de comunidad en cuidados domiciliarios, educación comunitaria, campañas sanitarias, prevención específica, etc. • Diagnóstico de salud participativo y metas de trabajo territoriales para la Priorización en salud y del sistema de protección de la infancia (CHCC) • Comisiones intersectoriales (educación, trabajo, justicia, etc.) Consejos VIDA CHILE. • Presupuestos Participativos • Consultas ciudadanas y diálogos sociales • Mesas Comunales, Provinciales y regionales de salud intercultural, con participación de representantes indígenas.

2 Manual para el seguimiento y apoyo al desarrollo integral de niños y niñas. Ministerio de salud 2007, documento preliminar.

3 "Guía para una Vida Saludable. Guías Alimentarias, Actividad Física y Tabaco" y "Fundamentos Técnicos para Equipos de Salud" Norma General Técnica N°76, 10.08.2005 Ministerio de Salud.

Garantía de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de salud con protocolos definidos (IRA, ERA, PSCV, TBC, Depresión, etc.) • Examen de Medicina Preventiva: con un conjunto de exigencias pre definidas • Iniciativas de humanización del trato • Régimen de Garantías (AUGE) con protocolos que asignan responsabilidades a los distintos niveles de la red
Red Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión técnica de salud intercomunal⁴. • Gestion de Listas de Espera. La identificación de la demanda que genera el centro de salud hacia los otros establecimientos de la red es relevante en el proceso de programar en red. • Monitoreo de la pertinencia de la derivación de atención primaria • Monitoreo de la capacidad de respuesta del servicio de Salud a la demanda APS en enfermedades trazadoras • CIRA (Consejo Integrador de la Red Asistencial) • Incorporación de usuarios en instancias de coordinación y de toma de decisiones de la red como el CIRA, Consejos de Participación Social de los Servicios de Salud)

4 Ley 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

ANEXO N° 3: CUIDADOS DE SALUD A TRAVÉS DEL CICLO VITAL

RECOMENDACIONES GENERALES

El enfoque familiar se refiere a la consideración de la familia a lo menos desde dos perspectivas, como “sistema” y como contexto social primario del individuo. Ningún enfoque de salud familiar puede ser abarcador si no considera como prerrequisito el análisis de las relaciones de poder al interior de la misma por cuanto ello introduce diferencias sustantivas respecto de las condiciones de vida de los diferentes integrantes y, por consiguiente, tiene consecuencias diferenciales en sus perfiles de salud y en el acceso a los recursos, los beneficios y las decisiones en salud. Como sistema, la familia es más que la suma de sus miembros, cumple funciones específicas que impactan en el desarrollo de las personas, su identidad y su bienestar. Como contexto social primario, la familia modela la relación que las personas establecen con sus pares y la sociedad en general, lo que finalmente impacta en las posibilidades de desarrollo de las comunidades.

Desde esta perspectiva, la atención de salud implica considerar estas dos dimensiones en todo el accionar del equipo de salud, trabajando con el individuo, la familia y/o la comunidad en su conjunto cuando esto sea necesario.

En este contexto, es importante que el equipo de salud asuma a la familia como un actor fundamental en cuanto a ser:

- Fuente de origen y/o agravante de un problema de salud de un individuo, donde el problema de salud de la persona puede ser la manifestación de un problema de la familia como sistema. Esto es espacialmente relevante en los problemas de salud mental.
- Factor protector o terapéutico de la salud de las personas, donde el grupo puede contribuir a evitar la aparición de problemas de salud o a resolverlos mejor mediante un apoyo directo.
- Moduladora del patrón de uso de los recursos de atención de salud, del nivel de autocuidado y del grado de participación social y comunitario.
- Moduladora de la adquisición de estilos de vida y conductas sociales.

Para efectos de la planificación y programación de actividades, la consideración de estas dos dimensiones nos debe llevar a diseñar dos tipos de acciones: Orientadas a las familias y las personas que las componen y orientadas a las comunidades

A continuación se presentan conceptualizaciones y lineamientos que deben estar presentes en el diseño de las acciones:

Pertinencia Cultural:

- La mayor parte de las recomendaciones están hechas en un contexto occidental, general, y “normativo”, sin distinguir las diferencias que pueden existir entre distintas comunidades, en especial si se trata de pueblos indígenas y como también los significados que estos atribuyen a los fenómenos de salud y enfermedad. Por esta razón, será necesario que los equipos de salud comiencen a incorporar esta visión, al principio como un aspecto formativo mas y luego como una practica regular de considerar la diversidad. Algunos ejemplos que pueden ser de utilidad a la reflexión:
- Lo que se entiende por apoyo intrafamiliar en comunidades indígenas puede ser distinto de lo que se entiende en hogares o familias no indígena. Desde una diferencia de sexos hay temas que suelen ser de mujeres y temas que suelen ser de hombres, lo que se debe conocer e incorporar en las intervenciones en salud.
- Lo primero será, plantear una actitud observante, y propositiva para que puedan ir descubriéndose otras formas de trabajo, que permitan proponer soluciones locales, es decir, hacerse cargo de las particularidades culturales que existan para abordar dichos temas. Por ejemplo, recoger los significados en comunidades indígenas de conceptos tales como: planificación familiar, auto cuidado, climaterio, entre otros.
- El trabajo en talleres grupales, tan recomendado en algunos casos, puede no serlo tanto en comunidades indígenas. Convendría en tal caso plantear talleres en sedes comunitarias, por ejemplo, aprovechando espacios donde se junten a mujeres de las mismas comunidades, lo que puede ofrecer un contexto de confianza. Lo mismo puede plantearse cuando se sugiere convocar al varón como acompañante de la mujer en sus controles, esta indicación debe abrirse al acompañamiento de un “alguien” valorado y aceptado que la acompañe y apoye en determinado proceso.

Promoción de Salud:

Las acciones de promoción de salud planteadas por el equipo local son preferentemente, aquellas de carácter educativo, comunicacional y de refuerzo a la participación ciudadana que pueden estar orientadas a las diferentes etapas del ciclo vital o tener un carácter mas amplio involucrando a la comunidad en su conjunto.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- La Coordinación intersectorial y con organizaciones comunitarias es un ámbito a desarrollar en la mayor parte de las situaciones de salud y como enfoque promocional y anticipatorio, por lo tanto es una estrategia deseable, cuyo impacto abarcara principalmente aquellas situaciones mas relacionadas con los determinantes sociales conocidos y los factores de riesgo relacionados con estilos de vida. De esta misma forma colabora en la construcción de espacios saludables y factores protectores en cuanto conductas individuales.
- Destacar que cada etapa del ciclo vital presenta oportunidades, tareas y crisis así como problemas de salud que le son más propios. El desafío esta en adaptar las estrategias antes nombradas frente a las prioridades de cada etapa y de la familia en su conjunto.
- En función de las prioridades locales o país, se debiera implementar algún sistema de monitoreo

(o alarma), que mantenga la atención sobre esas prioridades, ya sea en su incidencia (aparición de casos nuevos), factores que determinen pérdida de casos, etc.

- La Confidencialidad de la Información, debe estar presente en cualquier momento de la vida, por cuanto es uno de los principios de la bioética, un derecho de las personas y un aspecto sensible cuando se trabaja con enfoque familiar.
- El enfoque familiar se debe realizar tanto en la atención individual como en las familias, ello implica el uso de registros básicos que reflejen las características de las familias tanto en su constitución como en su funcionamiento: genograma o familiograma, registros de condicionantes de riesgo. Estos registros deben realizarse en forma proactiva con la mayor cobertura posible.
- Las intervenciones familiares deben considerar el adecuado registro del diagnóstico familiar, el plan de intervención, los objetivos a cumplir, acciones de monitoreo y los criterios de decisión de alta o controles de largo plazo.
- Es necesario vincular las acciones de salud mental con las acciones del enfoque familiar, a fin de potenciar el efecto de ambas mediante sinergia de las intervenciones y uso de los recursos.
- Se recomienda que la terapia familiar sea realizada por equipos especializados.
- La Consejería familiar, requiere de adquisición de habilidades nuevas para ayudar a las personas o familias en la toma de decisiones, por lo que su aplicación como estrategias debiera estar puesta en todas aquellas situaciones que implican cambio de conducta: crianza de hijos, prevención de crisis, cambio de estilos de vida, apoyo de la familia a miembro con patología crónica. Esta estrategia produce un mayor empoderamiento de personas y familias en su autocuidado, pero no desestima la importancia de la Educación para la salud como otra estrategia complementaria.
- La Visita Domiciliaria Integral debe ser implementada en todos aquellos ámbitos en los que la mirada a la familia y su entorno aparece como relevante: familia con miembro con daño a la salud mental, familia con niño prematuro o en riesgo de déficit del DSM, adolescentes en riesgo, patologías crónicas que no compensan, embarazo adolescente, embarazo en riesgo psicosocial, adulto mayor con pérdida de funcionalidad, u otras situaciones de riesgo que el equipo local determine.
- En general las actividades grupales son un buen apoyo al logro de los objetivos, por cuanto permiten el intercambio de experiencias y el reconocimiento de la vivencia individual frente a las situaciones en que se observa menos impacto con el enfoque individual. Incorporar la mirada cualitativa, desde la perspectiva de los que viven los problemas, también puede ser un elemento complementario al manejo de situaciones más difíciles de enfrentar.

A. CUIDADOS DE LA FAMILIA COMO SISTEMA

Existe una gama de problemas de salud que están más fuertemente relacionados con la familia, ya sea en su génesis y su relación con valores, hábitos o costumbres familiares, o en su modificación, a través de intervenciones en que la familia es relevante en el caso de todos los problemas del ámbito psicosocial y de los problemas crónicos, asociados a los estilos de vida el enfoque familiar es crucial bajo el acápite "cuidados desde la familia como sistema" se explicitan los problemas en que el enfoque familiar y la mirada multidisciplinaria es insoslayable y para cada etapa del ciclo vital se incorporan los problemas más frecuentes, destacando aquellos que con más fuerza requieren del enfoque familiar. Naturalmente en salud bucal, nutrición y la promoción de la salud mental, si se trabajara con la familia como sistema, sus resultados serían otros.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Estilos de vida saludable	Promover el mantenimiento o adquisición de estilos de vida saludable, protectora tanto de la salud física como mental	Generar estrategias de fomento de la salud en las instancias de participación comunitaria e intersectorial teniendo como foco a la familia	Tema instalado en ambas instancias de trabajo	Manejo local
		Aportar al desarrollo de espacios saludables: establecimientos de educación, lugares de trabajo, otros a través del Vida Chile Comunal		
Cuidado de los cuidadores	Prevenir stress y depresión en las personas que cuidan personas con discapacidad o postrados	100% cuidadores capacitados en cuidados y manejo del stress	(N° de cuidadores capacitados/N° total cuidadores)*100	REM 26
	Efectuar acompañamiento mediante consejería a las familias con un miembro con enfermedad terminal o postrada	Consejería familiar para el cuidado del cuidador en familias con enfermo con cáncer terminal diagnosticados en el 2008	(N° de Consejería familiar para el cuidado del cuidador/ N° de familias con miembro con cáncer terminal 2008)*100	
		90% apoyo técnico a las familias con postrados diagnosticados en el 2008, en Centros con programa Cuidados domiciliarios	N° familias que reciben apoyo técnico/N° de familias con persona postrada (información de manejo en domicilio)	
Riesgo biopsicosocial	Detectar e intervenir tempranamente en los factores de riesgo psicosocial	Desarrollo o adaptación de matriz de riesgo para analizar familias	Matriz desarrollada o adaptada en uso	Registros locales. Indicadores de uso local
Violencia Intrafamiliar	Detectar, diagnosticar, tratar oportunamente y referir, cuando corresponda a las personas víctimas de violencia intrafamiliar, con especial énfasis en mujeres	100% de las familias inscritas en las que se detecta violencia intrafamiliar (VIF), reciben intervención psicosocial individual o grupal, con enfoque familiar	(N° de familias inscritas con VIF detectada que reciben intervención/Total familias con VIF detectadas)*100	REM 06
			N° de mujeres que viven violencia/total familias con VIF	
Maltrato Infantil	Detectar, diagnosticar, tratar oportunamente y referir cuando corresponda, a los niños y niñas víctimas de Maltrato y abuso sexual (nivel primario)	90% de niñas/os y adolescentes entre 0 y 19 años inscritos y pesquisadas con maltrato infantil y/o abuso sexual, reciben intervención psicosocial familiar	(N° de niñas/os y adolescentes entre 0 y 19 años inscritas/os y pesquisados con maltrato y/o abuso sexual que reciben intervención psicosocial familiar/Total de niñas/os y adolescentes entre 0 y 19 años inscritas/os x100	<u>En nivel primario:</u> Psicoeducación Talleres de crianza Educación grupal a padres Actividades intersectoriales masivas de promoción del buen trato y prevención del MI Notificación y Denuncia cuando corresponda <u>En nivel secundario:</u> Tratamiento integral de especialidad Respuesta a requerimientos de evaluaciones psicológicas y psiquiátricas desde tribunales Tratamiento de los victimarios derivados desde tribunales Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos
	Tratar integralmente a los niños/as y adolescentes víctimas de maltrato infantil y con trastornos mentales severos concomitantes (nivel secundario)	100% de niños/as y adolescentes víctimas de maltrato infantil y con trastornos mentales severos concomitantes derivados de APS reciben tratamiento integral	N° de niños/as y adolescentes víctimas de maltrato infantil y con trastornos mentales severos concomitantes derivados de APS que reciben tratamiento integral / Total de niños/as y adolescentes víctimas de maltrato infantil y con trastornos mentales severos concomitantes derivados desde APS x 100	
Programa Chile Solidario	Disponer de acciones programadas y acceso expedito para las distintas acciones contempladas en el plan de salud	Plan de acción, con flujos y acciones claramente establecidos dirigidas a este Programa	Plan diseñado y en ejecución	Planillas del Chile Solidario

CHILE CRECE CONTIGO

La implementación del componente de salud de Chile Crece Contigo considera acciones en los tres niveles de la red mediante las siguientes estrategias:

1. Fortalecimiento de los Cuidados prenatales.
2. Atención personalizada del proceso de nacimiento.
3. Atención integral durante la hospitalización de una mujer en gestación o de un niño/a.
4. Fortalecimiento del control de salud infantil.
5. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en riesgo o con rezagos en su desarrollo.

El fortalecimiento del control prenatal para todas las usuarias del sistema público de salud incluye entre otras actividades la entrega de una guía anticipatoria denominada "Empezando a Crecer", inclusión de una evaluación psicosocial abreviada como sistema de vigilancia epidemiológica y screening universal para la activación de prestaciones diferenciadas (visita domiciliaria integral por ejemplo), oferta universal de educación prenatal y la garantía de acompañamiento de una figura significativa en todo el proceso. Esta parte del programa debiera atender a la reducción de la tasa de cesáreas, ofrecer educación que prepare al parto y la crianza, reducción de la exposición prenatal a tabaco, alcohol y otras drogas de abuso, reducción de la violencia de género y empoderamiento de las mujeres mediante la educación sobre sus derechos.

También se busca mejorar la calidad de atención en las maternidades mediante el cumplimiento del Régimen de Garantía de analgesia en el parto; el acompañamiento por parte de una figura emocionalmente significativa; se difieren acciones en la atención inmediata del RN en beneficio del vínculo inicial madre-hijo/a. Y se establecen mecanismos efectivos de coordinación entre el nivel terciario y la atención primaria con el objeto de dar una efectiva continuidad en la atención.

En el caso de las atenciones para la población pediátrica entre otras actividades se entregará la guía anticipatoria del desarrollo entre los 0 y 24 meses "Acompañándote a Descubrir", materiales para la estimulación del desarrollo del lenguaje y del juego. Así mismo, las redes comunales de ChCC permiten el acceso coordinado a diferentes modalidades de estimulación del desarrollo acorde a las necesidades detectadas en los controles de salud infantil. Una de tales modalidades es la sala de estimulación en el centro de salud que debe privilegiar inicialmente a aquellos niños que presenten rezagos en cualquiera de las áreas del su desarrollo (motor, cognitivo, social o emocional) y que puedan ser abordadas en el nivel de atención primaria. Sin embargo, las actividades desarrolladas por educadoras de párvulo en la atención primaria deben estar especialmente dirigidas a la promoción del desarrollo infantil saludable la prevención de rezagos, incluyendo actividades tales como: educación grupal para el desarrollo de habilidades parentales, visitas domiciliarias integrales del equipo de salud y acciones de coordinación y trabajo integrado entre el centro de salud y las sala cunas y jardines infantiles de su territorio. La integración de niños y niñas con mayor vulnerabilidad a sala cunas y jardines infantiles es una tarea prioritaria para el sistema en su conjunto.

Finalmente, el abordaje integral del desarrollo infantil en la red debe incluir intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y el desarrollo infantil mediante la acción coordinada con la Seremi de Salud y de los diversos actores públicos en el territorio donde reside un niño o niña y su familia. Estas acciones deben incluir a las múltiples agencias públicas y privadas que involucradas en el desarrollo de la comunidad y la familia.

B. CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Objetivos Sanitarios relacionados:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Disminuir las desigualdades en salud.
- Proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

Entre 1999 y 2004 la tasa de mortalidad infantil bajó en 16,8% (de 10,1 a 8,4 respectivamente). El componente de mortalidad neonatal sigue siendo responsable del 64% del total de defunciones de menores de un año, debido a la mayor proporción de defunciones por causas difíciles de reducir, como algunas anomalías congénitas, enfermedades cromosómicas graves y otras enfermedades del período perinatal. A partir de 2002 se inicia un notable descenso de la mortalidad infantil por IRA en menores de 1 año disminuyendo de 106,1 por 100.000 NV en 1999 a 37,5 en 2004.

En cuanto a los defectos congénitos del nacimiento, el Ministerio de Salud ha implementado y mantenido medidas de salud pública tendientes a prevenir su aparición; es así como desde 1990 se inicia la vacunación contra la rubéola, que se refuerza en 1999 vacunando a todas las mujeres de 10 a 29 años, lo que ha permitido que desde el año 2000 a la fecha no se ha detectado ningún caso de rubéola congénita.

Asimismo, el año 2000 se inicia el programa de fortificación con Ácido Fólico de todas las harinas de trigos nacionales e importados (Artículo 350 del Reglamento Sanitario de los Alimentos) y, según un estudio realizado en hospitales base de la Región Metropolitana, los defectos del cierre del tubo neural disminuyeron en un 40%.

Respecto de la reducción del daño dental en los niños, un estudio realizado en el año 2004 muestra un índice COPD promedio de 2,6 a los 12 años en RM, (la meta al 2010 es lograr el 1,9 a los 12 años), también se observan avances en la fluoración del agua cuya cobertura en el año 2004 alcanzó un 70,5% (meta del 2010 es llegar a un 75%); la implementación de programas de sellantes y la expansión de cobertura de atención dental en menores se ha logrado a través de la incorporación a las garantías explícitas en salud de la atención dental integral de los niños de 6 años a contar del 1 de julio del 2005.

La mortalidad por cáncer en menores de 15 años disminuyó de 4,4 por cien mil habitantes en 1999 a 4 por cien mil en 2004, lo que significa una reducción de un 9,1%. En relación con el SIDA pediátrico, y a pesar de que no se cuenta con información para determinar su incidencia, es importante mencionar que la transmisión vertical de VIH se ha reducido de su valor histórico de 30% a 1,8% en 2005.

Respecto del Desarrollo Infantil Temprano la encuesta de calidad de vida del año 2006 nos muestra que el 30% de los niños y niñas está en riesgo de retraso del desarrollo, y este riesgo tiende a ser mayor en NSE bajo, aumentando la edad hasta los 3 años. El 11 % presenta retraso del desarrollo. Las cifras de déficit en niños y niñas de 18 meses y 4 años monitoreadas a través de los compromisos de gestión desde el año 2004 dan cuenta de cifras que van desde un 16% de déficit, disminuyendo a alrededor del 14% en el año 2007, al igual que en la encuesta de calidad el déficit va aumentando con la edad.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
Fortalecer el desarrollo de actividades relacionadas con la Vigilancia del desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas	Detectar elementos del entorno y/o de la dinámica familiar que puedan influir positivamente o negativamente en el desarrollo integral de los niños y niñas	Visita Domiciliaria Integral al 100% de familias de RN prematuros con peso menor de 1500 grs. y / o menos de 32 semanas de edad antes del alta	N° de VDI a familias de RN prematuros con peso menor de 1500 grs. y/o menos de 32 semanas de edad antes del alta/Total de RN prematuros con peso menor de 1500 gramos. y/o menos de 32 semanas de edad dados de alta*100	REM 02	Consentimiento Informado
		Visita Domiciliaria Integral al 40 a 60% de las familias de RN y a lo menos al 80% de menores de 1 año en situación de riesgo psicosocial o biológico	N° de VDI a RN en situación de riesgo psicosocial o biológico / Total de RN en situación de riesgo psicosocial o biológico inscritos *100	REM 02	
			N° de VDI a mayores de 28 días y menores de 1 año en situación de riesgo psicosocial o biológico / Total de niños y niñas mayores de 28 días y menores de 1 año en situación de riesgo psicosocial o biológico inscritos *100	REM 02	
Detectar situaciones de riesgo en la salud mental de la madre que influyen en la creación de vínculos afectivos seguros entre el niño/a y su madre		90% de las madres de niños y niñas que asisten al control de salud a los 2 meses se les aplica escala de Edimburgo.	N° de niños con control de salud a los 2 meses a cuyas madres se les aplica Escala de Edimburgo//Total de niños/as de 2 meses bajo control *100	REM 02	Aplicar pauta de detección de signos y síntomas de depresión post parto. Escala de Edimburgo
		90% de niños y niñas de 4 y 12 meses que asisten a control de niños sano se aplica pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	N° de niños/as de 4 meses con aplicación de Escala de Massie Campbell en el control de salud/Total de niños/as de 4 meses bajo control *100	REM 02	Aplicar pauta de observación de calidad de apego. Escala de Massie-Campbell
			N° de niños/as de 12 meses con aplicación de Escala de Massie Campbell en el control de salud/Total de niños/as de 12 meses bajo control *100	REM 02	

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
	Detectar precozmente a niños y niñas con déficit desarrollo integral	100% niños/as de 1 mes con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado	N° de niños y niñas con controles de 1 mes con protocolo aplicado/Total de niños y niñas de 1 mes bajo control *100	REM 02	Aplicar protocolo de evaluación del neurodesarrollo. 1 ñ2 meses.
		90% de niños y niñas de 8 meses de edad con aplicación EEDP.	N° de niños y niñas evaluados con EEDP de 8 meses de edad / Total de niños y niñas bajo control menores de 1 año (revisar)	REM 02	Administrar Escala de evaluación del DSM 0-2 años en el control de niño sano a los 8 y 18 meses.
		90% de niños y niñas de 18 meses de edad con aplicación EEDP. USAR BAREMO ALTO	N° de niños y niñas evaluados con EEDP de 18 meses de edad/Total de niños y niñas bajo control de 12 a 23 meses de edad	REM 02	
		90% de niños y niñas de 3 años de edad con aplicación TEPSI.	N° de niños y niñas evaluados con TEPSI a los 3 años / Total de niños bajo control de 24 a 47 meses de edad	REM 02	Administrar Escala de evaluación del DSM 2-5 años en el control de niño sano a los 3 años de edad.
Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en riesgo y/o con rezago en su desarrollo integral	Contribuir a que las familias desarrollen capacidades para la estimulación del desarrollo integral de niños y niñas, enfatizando en los grupos de riesgo	90% de las madres y de los padres o cuidadores/as de niños en riesgo de déficit del DSM, son educados en la aplicación de pautas de estimulación precoz	N° de madres, padres o cuidadora/es que reciben apoyo educativo / total de madres con niños en déficit	REM 02	Taller de intervención grupal en niños y niñas cuyo resultado de déficit en EEDP y TEPSI.
		Incorporar a los niños y niñas menores de 3 años con rezago y/o déficit de su DSM a los programas de educación integral en los CES que cuentan con salas de estimulación	N° de niños y niñas menores de 3 años con rezago y/o déficit del DSM incorporados en las salas de estimulación / total de niños y niñas con rezago y/o déficit del DSM	REM 02	
		80% de niños de 8 y 18 meses de edad en riesgo o retraso, de causa no neurológica se recuperan del déficit DSM	N° de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 8 meses cuya reevaluación es normal / total de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 8 meses N° niños y niñas con déficit en la evaluación de los 18 meses cuya reevaluación es normal / total de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 18 meses	REM 02	Actividades de recuperación incorporadas al Plan de cuidados individuales.
		70% de los niños y niñas de 3 años en riesgo o retraso se recuperan del déficit DSM	N° de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 3 años cuya reevaluación es normal / total de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 3 años *100	REM 02	

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
		80% de las niñas y niños menores de dos años con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo con Visita Domiciliaria	N° de niños y niñas menores de 2 años con déficit del desarrollo sicomotor / total de niños y niñas menores de 2 años con déficit del desarrollo sicomotor *100	REM 02	
Lactancia Materna	Aumentar el % de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida de los niños y niñas bajo control	60 % de los niños a los 6 meses están con LME	(N° niños de 6 meses con LME / N° niños de 6 meses BC) * 100	REM P 0 2	
Accidentes infantiles	Reforzar el rol parental en la disminución de los accidentes infantiles en niños menores de 4 años	100% de aplicación de guías anticipatorias de accidentes infantiles a madres y padres de niños menores de 1 año	% de padres o madres de menores de 1 año, que reciben educación y guía anticipatoria.	Registro local	
Trastornos Hiper-cinéticos y de la Atención	Apoyar a la familia en el cuidado y manejo de niños y niñas con THA (nivel primario) Tratar integralmente a los niños y niñas con THA severo y/o con trastornos mentales concomitantes derivados desde APS (nivel secundario)	100% de los niños entre 0 y 9 años inscritos y con diagnóstico de THA reciben intervenciones psicosociales según guía clínica 50% de niños/as entre 0 y 9 años inscritos y con diagnóstico de THA reciben VDI y Consejería familiar. 100% de los niños/as entre 0 y 9 años con THA severo y/o trastornos mentales concomitantes derivados desde APS, reciben tratamiento integral de especialidad	N° de niños entre 0 y 9 años inscritos y con diagnóstico de THA que reciben intervención psicosocial / total niños entre 0 y 9 años inscritos y con diagnóstico de THA x 100 N° de niños/as entre 0 y 9 años inscritos y con diagnóstico de THA que reciben VDI y Consejería Familiar/ Total de niños/as entre 0 y 9 años inscritos y con diagnóstico de THA x 100 N° de niños entre 0 y 9 años con THA severo y/o trastornos mentales concomitantes derivados de APS que reciben tratamiento integral de especialidad/ total de niños entre 0 y 9 años con THA severo y/o trastornos mentales concomitantes derivados de APS x 100	REM 06 REM P6 Registros locales	En Nivel Primario: Coordinación con escuela y JUNAEB Psicoeducación a padres y escuela Intervenciones psicosociales grupales con padres Visita Integral de Salud Mental Talleres de apoyo con niños/as En Nivel Secundario: Tratamiento integral de especialidad Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
Salud Bucal en lactantes Preescolares y Escolares de 12 años	Mejorar y mantener la salud bucal de la población preescolar y escolar a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes.	Atención Primaria 30 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 2 años, beneficiarios o inscritos.	(Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/Total de niños(as) de 2 años inscritos o beneficiarios)*100	REM 09	Atención odontológica integral del nivel primario
		40 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 4 años, beneficiarios o inscritos.	(Nº de niños de 4 años con alta odontológica total/Total de niños(as) de 4 años inscritos o beneficiarios)*100		
		80% de los niños y niñas que asisten al control del niño sano a los 18 meses de edad, contarán con el componente de salud bucal en su control.	Nº de niños y niñas que a los 18 meses asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 12 a 23 meses que asisten a control sano.	REM 02	Consejería en hábitos higiénicos y nutricionales. (Nivel de Evidencia 2,4)
		80% de los niños y niñas que asisten al control del niño sano a los 3,5 años de edad, contarán con el componente de salud bucal en su control.	Nº de niños y niñas que a los 3,5 años asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 2 a 4 años que asisten a control sano.		
		Alcanzar 70% de cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años inscritos	Nº de altas odontológica total en niños de 6 años/ Población inscrita o beneficiaria de niños de 6 años * 100	REM 09	
		Alcanzar 65% de cobertura de altas odontológicas en niños de 12 años inscritos	Nº de altas odontológica total en niños de 12 años/ Población inscrita o beneficiaria de niños de 12 años * 100	REM 09	
		Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) Odontopediatría 40% de altas odontológicas en niños y niñas de hasta 7 años, realizadas por especialidad de Odontopediatría en nivel secundario.	(Nº de altas odontológicas en niños de hasta 7 años, realizadas en Odontopediatría AAE/ Nº de altas odontológicas totales de Odontopediatría realizadas en AAE)*100	REM 09	Atención odontológica integral de especialidad para niños y niñas de hasta 7 años

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
Control de salud del niño y la niña	Cautelar el cumplimiento del control de salud del niño en las edades normadas	100% de los niños/as tienen su control de salud en las edades normadas	N° de niños controlados en las edades normadas /N° total de niños de la edad correspondiente* 100	REM 01	
		Rescatar al 100% de los niños inasistentes a control de salud en las edades normadas	N° de niños inasistentes rescatados/ N° de niños inasistentes a control de salud en edades normadas*100	Informe de bajo control mensual Ficha clínica	
Enfermedades prevenibles por vacunas	Cautelar que los niños reciban todas las vacunas que les corresponde, según el calendario oficial de vacunación	El 100% de los niños son vacunados según el calendario oficial de vacunación	N° de niños y niñas vacunados según esquema/ N° total de niños a vacunar según esquema	REM 13 Y 14	

RECOMENDACIONES GENERALES

- Establecer estrategias locales tendientes a favorecer la implementación y monitoreo de actividades para prevenir accidentes.
- Formación de monitores de la comunidad enfatizando aspectos de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.
- Favorecer el establecimiento de redes de apoyo. Estas redes deben construirse a nivel de las unidades de atención primaria; a nivel de los grupos familiares detectados como en riesgo y a nivel comunitario, articulándose estas acciones de prevención con las del Programa de Promoción de la Salud. Además deberá establecerse una estrecha coordinación con otras instituciones como JUNJI, JUNAEB, INTEGRA, entre otros para el desarrollo de tareas conjuntas.
- Realizar visitas domiciliarias integrales incorporando el consentimiento informado por parte de la familia y/o persona a cargo del niño o la niña.
- Realizar concordancia interjueza estandarizar la aplicación de escalas EEDP –TEPSI.
- Realizar seguimiento de niños y niñas en rezago de acuerdo a lo consensuado en el Manual de Seguimiento y Apoyo al Desarrollo Integral del Niño y la Niña.
- Adecuar un box de atención para que cumpla funciones de CLINICA DE LACTANCIA y el equipo de salud realice acciones para apoyar a las madres en riesgo de suspender lactancia,
- Promover y apoyar la LM para acreditar como Centro de Salud Amigo del Niño /a y la madre.

ÁREAS TEMÁTICAS PARA PRIORIZAR EN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LOCAL

En el área infantil Programa de educación continua en:

- Pesquisa y detección de signos y síntomas de depresión postparto. Aplicación de Escala de Edimburgo.
- Salud mental de la mujer relacionado con la crianza en el ciclo vital (primera infancia).
- Teorías de apego y aplicación de Massie Campbell.
- Promoción de apego saludable y detección de signos de alarma en las conductas problemáticas de apego.
- Líneas de intervención temprana y referencia / contrarreferencia en apegos inseguros: talleres de apego.
- Pautas de evaluación del desarrollo psicomotor(EEDP y TEPSI): validación interjuez.

Objetivo Sanitario: Mantener y/ o mejorar los logros sanitarios alcanzados
Objetivos de impacto: reducir las muertes por cáncer en el niño y mejorar la calidad de vida de los niños tratados.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes Indicador	Intervención Sugerida
Estilos de vida saludable	APS Promover el mantenimiento o adquisición de estilos de vida saludables :control o cesación del h.tabáquico, sedentarismo, obesidad, bebedor problema y conductas sexuales inseguras, prevención de la radiación ultravioleta, desarrollar conductas protectoras tanto de la salud física como mental, en la prevención del cáncer.	Generar estrategias de fomento de la salud en las instancias de participación comunitaria e intersectorial teniendo como foco a la familia en al menos el 40 % de escuelas de enseñanza básica y media	Nº de escuelas básicas y medias área territorial con unidades educativas dirigidas a profesores, escolares y padres Nº total de escuelas básicas y medias del área territorial x 100	REM 19 Población en edad escolar y adolescentes beneficiaria FONASA	Las Consejerías en Vida Sana y el Consejo Breve en Vida Sana, son un apoyo evidente para la adquisición y /o modificación de conductas. Tabaco es el causante del 40% de todos los cánceres.
Nutrición	Detener el aumento de la obesidad en el grupo menor de 6 años	Consulta nutricional a 70% de los niños sanos durante el primer año de vida y de 3 a 4 años, en estos últimos incluye componente de salud bucal	-Número de niños bajo control de 3 a 11 meses con consulta nutricional al Quinto mes de vida / Nº de niños bajo control de 3 - 11 meses. -Número de niños bajo control de 24 a 47 meses con consulta nutricional al Tercer año de vida / Nº de niños bajo control de 24 a 47 meses.	REM 02 (versión 2009) REM P02	El estado nutricional sano se debe fomentar a través de la intervención de la nutricionista con una consulta nutricional para introducción de alimentación sólida de preferencia al 5º mes de vida y para reforzar hábitos saludables en el control preescolar durante el tercer año de vida

Objetivo Sanitario: Mantener y o mejorar los logros sanitarios alcanzados**Objetivos de impacto: reducir las muertes por cáncer en el niño
y mejorar la calidad de vida de los niños tratados.**

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuente	Intervención
Cáncer de niños < de 15 años. GES	APS En lactantes y pre escolares, detectar, diagnosticar cuando sea posible y referir cuando corresponda. En especial retinoblastoma y osteosarcoma.	100% de los lactantes y pre escolares con sospecha de cáncer en el nivel primario es derivado al nivel secundario.	(N° de lactantes y pre escolares con sospecha fundada de cáncer / Total de lactantes y pre escolares con sospecha de cáncer inscritos en el centro) x 100	REM Niños Población en edad lactante y pre escolar beneficiaria FONASA	El retinoblastoma es pesquisable en el control niño sano a través de la observación de estrabismo y leucocoria. El osteosarcoma es detectable por dolor y aumento de volumen sin causa aparente; en especial en las extremidades. Los cánceres de mayor prevalencia en el niño son, la leucemia, tumores del SNC, linfoma.
Cáncer del niño, < de 10 años. GES Leucemia, linfoma y tumores sólidos	Atención Ambulatoria de Especialidad Centros PINDA en menores de 10 años con sospecha fundada, derivados desde APS, diagnosticar, tratar, rehabilitar cuando sea posible y seguir, al 100% de los niños con confirmación de cáncer. En el nivel secundario de atención, centros PINDA, mejorar calidad de vida de los niños tratados o en tratamiento por cáncer (Objetivos sanitarios década 2000 ñ 2010)	100% de los menores con cáncer confirmado son tratados y seguidos en el nivel secundario y terciario, según protocolos de tratamiento, GPC GES. 100% de los niños, tratados o en tratamiento por cáncer cumple con las Garantías GES y los controles del protocolo de seguimiento.	(N° de menores tratados y seguidos por cáncer según garantías GES / Total de menores derivados con sospecha fundada de cáncer) x 100. N° de niños tratados o en tratamiento por cáncer que cumplen con garantías GES y con los controles del protocolo de seguimiento / N° Total de niños con cáncer confirmado x 100	SIG GES Cáncer Niños Población menores beneficiaria FONASA REM Niños REM 03 SIG GES Niño	El retinoblastoma es pesquisable en el control niño sano a través de la observación de estrabismo y leucocoria. El osteosarcoma es detectable por dolor y aumento de volumen sin causa aparente; en especial en las extremidades. Los cánceres de mayor prevalencia en el niño son, la leucemia, tumores del SNC, linfoma. * Guía clínica pesquisa de retinoblastoma en el nivel primario de atención * Manual para el equipo de atención primaria ¡Cuándo sospechar un cáncer en el niño y cómo derivar! • GPC Auge para cáncer infantil, • Leucemia, Linfoma y Tu sólido.

REFERENCIAS

- Manual para el Seguimiento y Apoyo al Desarrollo Integral de Niños y Niñas. Ministerio de Salud. 2008 (En proceso de impresión).
- www.crececontigo.cl
- Escala de Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en situaciones de Stress (ADS). Manual de Administración. Documento preliminar. Minsal. 2007.
- Norma Programa de Salud del Niño y del Adolescente. Minsal. 1991.
- Norma de evaluación nutricional del Programa Salud de la Mujer.
- El futuro de los Niños es siempre hoy. Propuestas del Consejo asesor presidencial para las Reformas de las Políticas de Infancia, Junio 2006.
- Guía clínica pesquisa de retinoblastoma en el nivel primario de atención.
- Manual para el equipo de atención primaria "Cuando sospechar un cáncer en el niño y cómo derivar".
- Manual "Cuándo sospechar cáncer en el niño y cómo derivar".
- GPC Auge para cáncer infantil, Leucemia, Linfoma y Tu sólido.
- Manual "Cuándo sospechar cáncer en el niño y cómo derivar".
- GPC Auge para cáncer infantil, Leucemia, Linfoma y Tu sólido.

C. CUIDADO DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Según las proyecciones del Censo del año 2002, Chile tenía el año 2007 una población de 4.276.108 adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años representando un 25,8% de la población total¹. Los adolescentes y jóvenes presentan un patrón de mortalidad y morbilidad asociadas a inequidad, factores y conductas de riesgo que permiten intervenir con un enfoque anticipatorio de manera de promover el adecuado desarrollo de cada una /uno, estimulando su habilitación progresiva como sujeto de derechos². Los grandes problemas de salud que presentan son en 4 ámbitos:³

- Salud Mental (violencia que afecta a jóvenes, tabaco, OH, consumo sustancias, depresión, ideación e intentos suicidas).
- Salud nutricional (sobrepeso y obesidad, sedentarismo).
- Salud sexual y reproductiva (conducta sexual de riesgo, embarazo adolescente no planificado, ITS).
- Salud integral: muertes y lesiones por accidentes.

La edad promedio de inicio del consumo del tabaco se mantiene alrededor de los 13 años. La Encuesta

1 Doc. Proyecciones Censo 2002, CEPAL N° 172.

2 OPS/OMS-UNFPA. Recomendaciones para la Atención Integral de los y las Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Serie OPS/FNUAP N° 2. Washington DC, Estados Unidos. Diciembre, 2000,

3 Estudio Epidemiológico de la Salud de Adolescentes y Jóvenes, Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes MINSAL, 2007.

Mundial de Tabaquismo en jóvenes muestra un inicio precoz del hábito tabáquico, a los 12 años promedio, por lo que una intervención en esta edad puede contribuir a la disminución del consumo en edades tempranas. El 5,6% de los menores de 18 años consume >10 cig/día⁴. La prevalencia de la obesidad en la niñez y adolescencia ha aumentado en Chile aproximadamente 1,5% cada año. Actualmente, uno de cada cuatro niño/as o adolescentes es obeso(a) y uno de cada tres está en riesgo de serlo⁵. Se observa una mayor importancia relativa de la maternidad en adolescentes, ya que la fecundidad en adolescentes no ha experimentado mayores variaciones. Sí, adquiere un peso mayor cuando la fecundidad en general disminuye⁶. Se detecta una insuficiencia en las redes de protección social de las adolescentes embarazadas y madres que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, factores que habitualmente confluyen⁷.

Las situaciones de embarazo adolescente desprotegido impactan negativa, profunda y de manera bastante permanente en la calidad de vida de las futuras madres y suelen traducirse en menores oportunidades para sus hijos e hijas. En relación a su situación de salud oral, el 37.5% de los y las adolescentes están libres de caries, y el daño de caries promedio a esta edad fue de 1.9, con resultados dispares entre sector rural v/s urbano, así como por nivel socioeconómico⁸.

Entre los usuarios de los sistemas públicos de salud el grupo de adolescentes y jóvenes es el que mejor refleja las inequidades del sistema, destacando como el de menor expresión de demanda: Los porcentajes de beneficiarios difieren de la población general, ya que al ir dejando los estudios aumenta el grupo que pierde la cobertura previsional. Esta situación lleva a que muchos adolescentes y jóvenes se encuentren limitados en su acceso a la oferta pública existente, siendo la opción acudir al sector privado, al que la mayoría no puede acceder. A la vez se limitan las posibilidades de acercarse hasta ellos programas de promoción y prevención.

Entre las razones de este comportamiento se destaca la inadecuación de la oferta de servicios a las necesidades y características propias de adolescentes y jóvenes, contribuyendo de esta manera a alejarlos y profundizando la inequidad. La definición de espacios y servicios amigables procura acercarse a los servicios, en horarios adecuados a sus posibilidades y con equipos especialmente dedicados, los que contarán con la calificación necesaria para desarrollar exitosamente la tarea.

Cabe especial mención el concepto de Espacios Amigables para adolescentes y jóvenes, que para el año 2009 iniciara un plan progresivo de instalación de estos espacios, inicialmente en un Centro por Comuna hasta alcanzar la totalidad de los Centros de Salud urbanos y rurales.

4 Encuesta Mundial de Tabaquismo 2005.

5 Estudio Epidemiológico de la Salud de Adolescentes y Jóvenes, Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes MINSAL, 2007.

6 Ídem.

7 Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe; Tendencias, problemas y desafíos, CEPAL-UNICEF, Boletín Desafíos N° 4, enero de 2007.

8 Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010, Documento Técnico Facultad de Odontología Universidad Mayor, 2007.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención Sugerida
Consumo de alcohol y drogas (riesgo, perjudicial y dependencia)	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a los y las adolescentes con consumo en riesgo de alcohol o drogas.	100 % de los y las adolescentes entre 10 y 19 años inscritos y detectados con consumo en riesgo de alcohol o drogas reciben intervención preventiva o terapéutica según corresponda	(N° de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos y detectados con consumo en riesgo de alcohol o drogas que reciben tratamiento integral o son derivados / N° total de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos x 100	REM	Intervención Preventiva (ver guía clínica para APS)
	Aumentar cobertura de pesquisa de consumo en riesgo de alcohol u otras drogas en adolescentes	10% de la prevalencia estimada es pesquisada y diagnosticada (1.7% para consumo problemático de drogas y 1,4% para consumo problemático de alcohol)	N° de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos, detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas / Total de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas según prevalencia estimada x 100	Registros locales	Intervención Terapéutica (ver guía clínica para APS)
	Tratar oportunamente a los y las adolescentes con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y drogas	100% de los adolescentes detectados con consumo perjudicial leve a moderado ingresan a plan ambulatorio básico (GES)	N° de adolescentes menores de 20 años inscritos y detectados con consumo perjudicial leve a moderado que ingresan a plan ambulatorio básico / N° total de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos x 100	SIGGES	Incorporar preguntas para detección de consumo en riesgo en control de salud y consulta de morbilidad Coordinación con educación Plan ambulatorio básico (ver guía clínica GES)
Sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Detectar precozmente y referir en forma oportuna a los y las adolescentes con sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Derivación a especialidad del 100% de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia.	N° adolescentes entre 15 y 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados / Total adolescentes entre 10 y 19 años inscritos x 100	REM	Incorporar preguntas para detección de primer episodio de EQZ en control de salud y consulta de morbilidad
	Aumentar cobertura de pesquisa de Primer Episodio de Esquizofrenia en adolescentes	90% de la prevalencia estimada es pesquisada y derivada a especialidad (1% en población de 15 años y más)	N° de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos, detectados con sospecha Primer Episodio EQZ / Total de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos x 100	SIGGES	
Depresión	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a los y las adolescentes con Depresión (APS)	100% de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos y diagnosticados con depresión leve y moderada reciben tratamiento integral	(N° adolescentes entre 15 y 19 inscritos y diagnosticados con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral / Total adolescentes entre 15 y 19 inscritos) x 100	REM 06	En APS: Incorporar preguntas de detección de depresión en control de salud y consulta de morbilidad
	Mantener cobertura de pesquisa de depresión en adolescentes (APS)	40% de la prevalencia estimada (10% para mujeres y 4% para hombres) es pesquisada y diagnosticada	N° de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos, diagnosticados con depresión / Total de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos x 100	REM P6 SIGGES	
	Tratar oportuna e integralmente a los /las adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa (Atención Ambulatoria de Especialidad)	100% de los adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica	N° de adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS que reciben tratamiento integral según guía clínica / Total de adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS x 100	Registros locales	Tratamiento según guía clínica GES
	Tratar oportuna e integralmente a los adolescentes entre 10 y 14 años con depresión	100% de los adolescentes entre 10 y 14 años derivados de APS y con diagnóstico de depresión reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica	N° de adolescentes entre 10 y 14 años con depresión derivados desde APS que reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica / Total de adolescente entre 10 y 14 con depresión derivados desde APS x 100	REM 06 REM P6 Registros Locales	En Atención Ambulatoria de Especialidad: Tratamiento integral de especialidad según guía clínica GES Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos Tratamiento integral de especialidad según guía clínica
Trastornos nutricionales	Detectar, diagnosticar y derivar a los y las adolescentes cuando corresponda según norma	90% de adolescentes pesquisados son derivados, según norma	N° de adolescentes derivados / N° de adolescentes pesquisados* 100	REM 03	

Enfermedades Cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemias	Lograr niveles crecientes de control de los FRCV y compensación de los pacientes bajo control en PSCV	Establecer línea base	Nº de adolescentes hipertensos/as bajo control en PSCV de 15-19 años/ Población hipertensa estimada según prevalencia de 15-19 años. Prevalencia estimada: 0,4%	REM 03	Examen de Salud Preventivo del Adolescente
			Nº de adolescentes diabéticos/as bajo control en PSCV de 15-19 años/ Población diabética estimada según prevalencia de 15-19 años. Prevalencia estimada: 0,1%		
			Nº de adolescentes hipercolesterolémicos/as bajo control en PSCV de 15-19 años/ Población hipercolesterolémica estimada según prevalencia de 15-19 años. Prevalencia estimada: 1%		

RECOMENDACIONES GENERALES

- Se debe continuar avanzando en los procesos de diagnóstico de la población adolescente, compartiendo el realizado por los niveles locales y la SEREMI de Salud de cada región. Mantener el diagnóstico actualizado y estar atento a los cambios que se produzcan, procurando interpretarlos dinámicamente.
- En los espacios constituidos como Amigables se debe conocer la brecha que pueda existir entre los recursos y las necesidades para dar adecuada satisfacción a la demanda expresada. En aquellos aun fuera del plan, se recomienda un procedimiento similar, dado que en un plazo no superior a dos años se verán incorporados.
- Establecer redes de trabajo sectorial e intersectorial, considerando a las organizaciones de adolescentes y jóvenes, para definir las formas de provisión de servicios y difundir la oferta existente en los Centros de Salud. Integrar a adolescentes y jóvenes a la toma de decisiones en los temas de salud que les conciernen, previo proceso de información y capacitación.
- Articular con establecimientos educacionales estrategias de promoción y prevención, con énfasis en factores protectores como autoestima, habilidades sociales, afectividad y sexualidad, entre otros.
- Implementar en cada establecimiento un procedimiento expedito de recepción de consultas y/o alarmas familiares respecto a situaciones de vulneración de derechos o uso de sustancias adictivas en adolescentes.
- Realizar visita domiciliaria integral al 100% de los casos que están definidos en las normas: puérperas adolescentes, depresión o violencia doméstica con inasistencia a controles.
- Difusión de la oferta de Consejería de Adolescente en cualquier acción a que concurra o se contacte a un adolescente por personal de salud.
- Vigilancia del estado nutricional y pesquisa de posibles trastornos de la conducta alimentaria.
- Favorecer, mediante acciones educativas o de consejería, el desarrollo afectivo y sexual de hombres y mujeres.
- Establecer formas de trabajo de los Espacios Amigables, claro y conocido por todo el personal del establecimiento y la red social: acceso, privacidad y confidencialidad. Adecuadas a las necesidades y características de adolescentes y jóvenes: horarios diferidos, ubicación geográfica, enfoque de género y respeto a la diversidad, entre otros.

ÁREAS TEMÁTICAS PARA PRIORIZAR EN PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN LOCAL

- Aplicación de las Orientaciones para la Implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
- Conocimiento y aplicación de las Guías de Consejería en Adolescentes.
- Modelos de diagnóstico cualitativo y de intervención psicosocial.
- Modelos de integración de los conceptos de masculinidad a la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes.

REFERENCIAS

- Guías de alimentación hasta la adolescencia, Estrategia de intervención nutricional a través del Ciclo Vital.
- Normas de Regulación de la Fertilidad, edición actualizada.
- Normas de Evaluación Nutricional del escolar y adolescente.
- Programa Vida Sana sin Tabaco.
- Normas CONASIDA.
- Guía Clínica Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y Dependencia del Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la APS.
- Guía Clínica de Salud Oral de niños de 12 años.
- Guías clínicas AUGE.
- Orientaciones para la Implementación de Servicios de Salud Amigables.
- Política de Salud para Adolescentes y Jóvenes.
- Guías de Consejería en Salud Sexual, Salud Integral, Nutrición y Tabaco.

D. CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA

Los principales problemas de salud en nuestro país son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Cardiovasculares, Tumores Malignos, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. Según la Organización Mundial de la Salud, 80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital.

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. La relación de estos 2 grupos es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación. Existe una interrelación entre la presencia de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías.

Objetivo Sanitario II: Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad

Tema / Prioridad	Objetivos específicos	Meta	Indicador	Fuente	Recomendación
Examen medicina preventiva del adulto (EMPA)	Detectar condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad y mortalidad en una etapa temprana para su tratamiento, con especial énfasis en varones en edad productiva.	Aumentar la cobertura del EMP en 25% anual hasta alcanzar un 75% de la población beneficiaria el 2011.	Nº de exámenes realizados a población beneficiaria de 20-64 años/ Población beneficiaria de 20-64 años x 100 en el NPA.	REM 04, Sección A Población beneficiaria FONASA	Examen de salud del adulto que incluya cuestionario AUDIT para detectar beber problema, Estrategia 5 Aís para tabaquismo, medición de presión arterial para hipertensión; peso y talla y circunferencia de cintura para; glicemia ayunas o post-prandial para sobrepeso/obesidad, diabetes; colesterol total para hipercolesterolemia; baciloscopía, VDRL y Test de Elisa para tuberculosis, sífilis y VIH respectivamente, en población de riesgo; mamografía en cáncer de mama y PAP para cáncer cervicouterino en la mujer. (Gobierno de Chile, MINSAL 2007-2008 Guía GES Examen de Medicina Preventiva www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares	Reducir la morbilidad cardiovascular y las complicaciones asociadas.	Aumentar en 2 puntos porcentuales la cobertura de varones de 20-64 años bajo control en Programa Salud Cardiovascular (PSCV) o mantener o aumentar cobertura sobre 37% en APS.	Nº de varones de 20-64 años bajo control en PSCV/ Nº total de personas bajo control de 20-64 años en PSCV x 100	REM P04, Sección A	El PSCV en APS detecta y trata a las personas con factores de riesgo para reducir su riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, DM tipo 2, dislipidemia y obesidad). La proporción de varones en edad productiva bajo control es muy baja. Realizar campañas de difusión en la comunidad promoviendo el EMPA en los varones en edad productiva. EMPA en los lugares de trabajo.
	Mejorar la eficiencia y efectividad del PSCV focalizando los recursos según nivel de riesgo cardiovascular global.	Clasificar al 100% de las personas en PSCV según nivel de riesgo (riesgo cualitativo y según Tabla de Riesgo Coronario para la Población chilena)	Nº de personas en PSCV clasificadas según nivel de riesgo CV/Nº de personas en PSCV x 100	REM P04; Sección A	El riesgo CV de las personas se estima en base al riesgo CV global que es una función del número y nivel de factores de riesgo mayores. (Gobierno de Chile, CONICYT, FONIS, PIFRECV, U de Talca. Prevención Primaria de Enfermedad Coronaria. Tablas de Framingham para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena. www.minsal.cl y www.pifrecv.otalca . Gobierno de Chile, MINSAL 2002. Guía Clínica Programa Salud Cardiovascular: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión arterial y diabetes tipo 2	Mantener o mejorar coberturas de control de Hipertensión arterial	Aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura de personas de 20-64 años hipertensas bajo control en Programa Salud CV (PSCV) en establecimientos con coberturas menores de 55%, o mantener sobre 60%, según corresponda en la APS	Nº de personas hipertensas bajo control en PSCV de 20-64 años/ Población hipertensa estimada según prevalencia de 20-64 años. Prevalencia estimada: 9%	REM P04; Sección A	Medición de la presión arterial en toda consulta. Perfil de presión arterial en aquellas personas con valores elevados en una medición casual. Realizar EMPA en población de 20-64 años. (Gobierno de Chile, MINSAL 2005 Guía Clínica GES Hipertensión Arterial. www.minsal.cl)

Tema / Prioridad	Objetivos específicos	Meta	Indicador	Fuente	Recomendación
	Lograr niveles crecientes de compensación y control de los FR para Hipertensión arterial	Al menos 51% de las personas con hipertensión de 20-64 años bajo control logran presiones arteriales inferiores a 130/85 mm Hg en la APS	Nº de hipertensos de 20-64 años bajo control con presión arterial < 130/85 mm Hg/ Nº total de hipertensos bajo control de 20-64 años x 100	REM P04; Sección B	Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la presión según Guías Clínicas GES Hipertensión arterial 2005. (Gobierno de Chile, MINSAL 2005 Guía Clínica GES Hipertensión Arterial. www.minsal.cl)
	Mantener o mejorar coberturas de control de Diabetes tipo 2	Aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura de personas de 20-64 años diabéticas bajo control en Programa Salud CV (PSCV) en establecimientos con coberturas menores de 35%, o mantener sobre 40%, según corresponda en la APS	Nº de personas diabéticas bajo control en PSCV de 20-64 años/ Población diabética estimada según prevalencia de 20-64 años x 100 Prevalencia estimada: 9,3%	REM 04; Sección A	Glicemia en ayunas o post-prandial. Confirmación diagnóstica con glicemia en ayunas o PTGO en aquellas personas con valores de glicemia elevados en una medición casual. Realizar EMPA en población de 20-64 años. (Gobierno de Chile, MINSAL 2005 Guía Clínica GES Diabetes tipo 2. www.minsal.cl)
	Lograr niveles crecientes de compensación y control de Diabetes tipo 2	Al menos 35% de las personas con diabetes de 20-64 años bajo control logran niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7% en la APS	Nº de personas con diabetes de 20-64 años bajo control con HbA1c <7%/ Nº total de personas con diabetes bajo control de 20-64 años x 100	REM P04; Sección B	Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la diabetes tipo 2 según Guías Clínicas GES 2005 para lograr un buen control metabólico que incluye control glicémico, de los lípidos sanguíneos y presión arterial dentro de rangos normales.
		Establecer línea base grado de compensación de las personas con diabetes en control con especialista. (Atención Ambulatoria de Especialidad)	Nº total de personas con diabetes tipo 2 de 20 y más años bajo control con HbA1c <7%/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 en control con especialista de 20 y más años x 100 Nº total de personas con diabetes tipo 2 y presión arterial bajo 130/80 mm Hg en control con especialista / Nº total de personas con DM tipo 2 en control con especialista	Implementar registro a nivel de consultorios especialidades.	Realizar un catastro de las personas en control con especialista y constatar el nivel de HbA1c y presión arterial en el último control. Este diagnóstico permitirá definir metas a alcanzar en términos del control metabólico en los próximos años.

Tema / Prioridad	Objetivos específicos	Meta	Indicador	Fuente	Recomendación
	Reducir las amputaciones por pie diabético.	90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas en APS y Atención Ambulatoria de Especialidad.	Nº de personas con úlceras activas de pie diabético tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con úlceras activas de pie diabético x 100	REM P04; Sección C.	El manejo avanzado de úlceras de pie diabético permite disminuir el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos. (Gobierno de Chile, MINSAL 2004. Norma de Manejo Integral del Pie Diabético. www.minsal.cl)
	Detectar la retinopatía diabética y el pie diabético en una etapa temprana en la cual es posible detener o revertir el daño.	100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV tiene fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso en APS y Atención Ambulatoria de Especialidad	Nº de personas diabéticas ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso/Nº total de ingresos a PSCV por diabetes x 100	REM P04; Sección B QUALI SOFT	La detección oportuna de la retinopatía diabética permitirá realizar tratamiento con fotocoagulación con láser, intervención de probada eficacia para prevenir o retardar la ceguera en estos pacientes. (Gobierno de Chile, MINSAL 2006. Guía Clínica GES Retinopatía Diabética. www.minsal.cl)
3 Enfermedades cardiovasculares: Dislipidemias		Aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura de personas de 20-64 años hipercolesterolémicas bajo control en Programa Salud CV (PSCV) en establecimientos con coberturas menores de 35%, o mantener sobre un 40%, según corresponda en la APS	Nº de personas hipercolesterolémicas bajo control en PSCV de 20-64 años/ Población hipercolesterolémica estimada según prevalencia de 20-64 años x 100 Prevalencia estimada: 19%	REM P04; Sección A	Colesterol total Confirmación diagnóstica Glicemia en ayunas o PTGO en aquellas personas con valores de colesterol total elevados en una medición casual. Realizar EMPA en población de 20-64 años. (Gobierno de Chile, MINSAL 2000. Norma Técnica Dislipidemias. Protección de la Salud, Salud Cardiovascular. www.minsal.cl)
		Al menos 35% de las personas con 20-64 años bajo control logran niveles de colesterol total <200 mg/dl en la APS.	Nº de personas con dislipidemia de 20-64 años bajo control logran niveles de colesterol < 200 mg/dl/ Nº total de personas con dislipidemia bajo control de 20-64 años x 100	REM P04; Sección B	Tratamiento no farmacológico y farmacológico. (Gobierno de Chile, MINSAL 2000. Normas de Dislipidemia,. www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares: Actividad física		Aumentar en 2 puntos porcentuales el número de personas obesas en PSCV que participan en un programa supervisado de actividad física, con un mínimo de 15%, en la APS.	Nº de personas obesas en PSCV que participan en un programa supervisado de actividad física/Nº total de personas en PSCV x 100	Registro del PSCV	La actividad física aeróbica de intensidad moderada (ej. caminata rápida) de al menos 30 minutos cada vez, 5 días a la semana, contribuye a la prevención y control de la obesidad, hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia, entre otras condiciones crónicas. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2004. Programa Salud Cardiovascular. Programa de actividad física para la prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares. www.minsal.cl)

Tema / Prioridad	Objetivos específicos	Meta	Indicador	Fuente	Recomendación
Enfermedades cardiovasculares: Obesidad		Lograr que al menos 20% de los pacientes obesos en PSCV bajen al menos un 5% de su peso inicial, en la APS.	Nº de pacientes obesos bajo control en PSCV que bajan al menos 5% de su peso inicial/ Nº total de pacientes obesos bajo control en PSCV x 100	REM P04; Sección C	Una baja de peso de 5-10% del peso inicial contribuye a la prevención y control de la hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia, entre otras condiciones crónicas. (Gobierno de Chile, MINSAL 2006. Programa de Prevención de la Diabetes. www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares: Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Detectar la ERC en las personas diabéticas bajo control.	100% de diabéticos con screening de ERC a través de la estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFG)	Nº de personas diabéticas con VFG consignada/Nº de personas diabéticas bajo control x 100	Registro PSCV	La detección y tratamiento oportuno de la ERC logra revertir o al menos detener o postergar la insuficiencia renal crónica terminal. (Gobierno de Chile, MINSAL 2008. Guía GES Prevención Enfermedad Renal Crónica. www.minsal.cl)
Depresión	<p>Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a las personas de 20 años y más con Depresión</p> <p>Mantener cobertura de pesquisa de depresión en personas de 20 años</p> <p>Apoyar a las familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento</p> <p>Apoyar a las madres en tratamiento por depresión post parto</p>	<p>100% de personas de 20 años y más inscritas y diagnosticadas con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral</p> <p>40% de la prevalencia estimada es pesquisada y diagnosticada (10% para mujeres y 4% para hombres)</p> <p>50% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar</p> <p>100% de las madres inscritas que presentan depresión post parto reciben visita domiciliaria integral</p>	<p>(Nº personas de 20 años y más inscritas y diagnosticadas con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral / Total personas de 20 años y más inscritas) x 100</p> <p>Nº de personas de 20 años y más inscritas, diagnosticadas con depresión / Total de personas de 20 años y más inscritas con posible depresión según prevalencia estimada x 100</p> <p>Nº de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Total familias con miembro con Depresión ingresados a tratamiento x 100</p> <p>Nº de madres inscritas y con depresión postparto que reciben VDI / Total de madres inscritas y con depresión postparto *100.</p>	REM SIGGES	

Tema / Prioridad	Objetivos específicos	Meta	Indicador	Fuente	Recomendación
Consumo problemático de alcohol y drogas (riesgo, abuso y dependencia)	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda, a las personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas (problemático perjudicial o dependencia)	100 % de las personas inscritas de 20 años y más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda	(N° de personas inscritas de 20 años y más detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas inscritas de 20 años y más x 100	REM 06	Intervención Preventiva Intervención Terapéutica
Sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Detectar precozmente y referir en forma oportuna a las personas entre 20 y 40 años con sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Derivación a especialidad del 100% de personas inscritas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia.	N° personas inscritas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados / Total personas inscritas entre 20 y 40 años x 100	REM SIGGES	

REFERENCIAS

- “Cuándo sospechar cáncer en el Adulto y cómo derivar”.
- Guías clínicas GES cánceres del adulto: Linfoma, testículo, Colectomía preventiva del cáncer de vesícula, gástrico, leucemia y otros.
- Manual para los equipos “Cómo ayudar a dejar de Fumar” distribuido por el Programa de SCV.
- Decreto Ley Régimen de Garantías Explícitas en Salud (DL N° 44 y 69,.02.2007).
- “Cuándo sospechar cáncer en el Adulto y cómo derivar”.
- Guías clínicas GES cánceres del adulto: Linfoma, testículo, Colectomía preventiva del cáncer de vesícula, gástrico, leucemia y otros.
- Manual para los equipos “Cómo ayudar a dejar de Fumar” distribuido por el Programa de SCV.
- Decreto Ley Régimen de Garantías Explícitas en Salud (DL N° 44 y 69,.02.2007).

E. CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Objetivo Sanitario I y II: - Mejorar los logros sanitarios alcanzados y - Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad

La funcionalidad es el mejor indicador de salud de este grupo etáreo, constituye una base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos que se realicen en la mantención o recuperación de la funcionalidad, se traducirán, de manera directa en calidad de vida para la población mayor.

El modelo de abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, nos obliga hoy día a consolidar la atención del adulto mayor con una mirada de Integralidad, de mayor Resolutividad, de Derechos, de Participación y de Satisfacción Usuaría. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos a través de capacitación continua.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito de los adultos mayores con adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etáreo.

Tema/ Prioridad	Objetivo	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención Sugerida
Funcionalidad	Mantener la independencia y la autonomía en las actividades de la vida diaria	65% de adultos mayores inscritos en APS con Examen de Medicina Preventiva Anual	Nº de AM con EMP anual/ Nº Total de AM inscritos x 100	DEIS REM 05	Realizar EMP a los adultos mayores y actuar sobre los factores de riesgo detectados. Poner especial énfasis en pasar de la sospecha, al diagnóstico médico. Especialmente la sospecha de trastorno cognitivo, artrosis, depresión, maltrato, de caídas. (Ver Guías Clínicas)
	Mantener la calidad de vida de los Adultos Mayores	68% de adultos mayores con autovalencia mantenida	Nº de adultos mayores autovalentes/ Nº Total de AM con EMP al día x 100	DEIS REM 05	Promoción de la alimentación saludable, de la práctica regular de ejercicios, integrarse a grupos de la comunidad, crear talleres de prevención de caídas dirigidos a personas mayores con riesgo de caídas. Control de las patologías crónicas (Ver Guías Clínicas)
Cardiovascular	Reducir las amputaciones por pie diabético.	90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas en la APS y la Atención Ambulatoria de Especialidad	Nº de personas con úlceras activas de pie diabético tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con úlceras activas de pie diabético x 100	REM P04; Sección C.	El manejo avanzado de úlceras de pie diabético permite disminuir el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos. (Gobierno de Chile, MINSAL 2004. Norma de Manejo Integral del Pie Diabético. www.minsal.cl)
Cardiovascular	Detectar la retinopatía diabética y el pie diabético en una etapa temprana en la cual es posible detener o revertir el daño.	100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV tiene fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso en el nivel primario y secundario de atención.	Nº de personas diabéticas ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso/ Nº total de ingresos a PSCV por diabetes x 100	REM P04; Sección B QUALI SOFT	La detección oportuna de la retinopatía diabética permitirá realizar tratamiento con fotocoagulación con laser, intervención de probada eficacia para prevenir o retardar la ceguera en estos pacientes. (Gobierno de Chile, MINSAL 2006. Guía Clínica GES Retinopatía Diabética. www.minsal.cl)

Tema/ Prioridad	Objetivo	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención Sugerida
Cardiovascular	Mantener o mejorar coberturas de control de patologías crónicas CV	83% cobertura hipertensión según prevalencia estimada de 64,3% en personas de 65 años y mas	N° de personas hipertensas bajo control de 65 y mas años/ Población hipertensa de 65 y mas años, estimada según prevalencia	REM 04	
		Mantener una cobertura en diabetes de al menos 95% según prevalencia estimada de 15,2% en personas de 65 y mas años	N° de personas diabéticas bajo control de 65 y mas años/ Población diabética de 65 y mas años, estimada según prevalencia		
	Lograr niveles crecientes de compensación y control de los FR	48% de las personas hipertensas de 65 y mas años bajo control en PSCV alcanzan una presión arterial bajo 130/85 mmHg	N°de personas hipertensas de 65 y mas años con PA bajo 130/86 mm Hg/ N° total de personas hipertensas de 65 y mas años bajo control) * 100		
		38% de las personas diabéticas de 65 y mas años bajo control en PSCV alcanzan valores de HbA1C<7%	N°de personas diabéticas de 65 y mas años con niveles de HbA1C<7%/N°total personas diabéticas de 65 y mas años bajo control)*100		
		40% de las personas hipercolesterolemicas de 65 y mas años bajo control en PSCV alcanzan valores de colesterol total <200mg/dL	N° de personas hipercolesterolemicas de 65 y mas años con niveles de colesterol total < 200 mg/dL/N° total personas hipercolesterolemicas de 65 y mas años bajo control) * 100		
Enfermedades cardiovasculares: Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Detectar la ERC en las personas diabéticas bajo control	100% de diabéticos con screening de ERC a través de la estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFG)	N° de personas diabéticas con VFG consignada/N° de personas diabéticas bajo control x 100	Registro PSCV	La detección y tratamiento oportuno de la ERC logra revertir o al menos detener o postergar la insuficiencia renal crónica terminal. (Gobierno de Chile, MINSAL 2008. Guía GES Prevención Enfermedad Renal Crónica. www.minsal.cl)
Ejercicio y Actividad Física	Promover la práctica regular de ejercicios y actividad física en el adulto mayor en la comunidad.	15% de adultos mayores bajo control practica regularmente actividad física	N° de adultos mayores practican regularmente ejercicios y actividad física / N° Total de AM con EMP al día x 100	DEIS REM 05	Organizar en conjunto con la comunidad e intersectorialidad espacios seguros, donde el adulto mayor pueda realizar ejercicios en forma regular. Formar monitores Educar en forma sistemática al adulto mayor de los beneficios del ejercicio para el logro de una vejez saludable (Ver Guía Clínica)

Tema/ Prioridad	Objetivo	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención Sugerida
Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	Diagnosticar y tratar en Atención Primaria la artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	80% de lo AM con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera examinados por medico 100% de los AM con confirmación diagnóstica de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera con tratamiento farmacológico y no farmacológico de acuerdo a evidencias	Nº de adultos mayores con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera examinados por medico / Nº Total de AM con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera x 100 Nº de adultos mayores con confirmación diagnóstica de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera con tratamiento farmacológico y no farmacológico / Nº Total de AM con confirmación diagnóstica de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera x 100	DEIS SIGES	Coordinar al interior de Centro de Salud, la consulta de morbilidad del adulto mayor con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera detectada durante la ejecución del EMP Educar al adulto mayor de acuerdo a evidencias descritas en la Guía Clínica y en la adherencia al tratamiento farmacológico Tratar farmacológicamente al adulto mayor con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera de acuerdo a evidencias Descritas en Guía Clínica.
Cuidadores de AM con dependencia severa y demencias	Capacitar a cuidadores de AM con dependencia severa y demencias	100% de cuidadores de AM con dependencia severa y demencias capacitados	Nº de cuidadores de AM con dependencia severa y demencia capacitados / Nº Total de AM con dependencia severa y demencia x 100	DEIS	Realizar talleres de cuidadores en forma periódica en la comunidad, con participación de adultos mayores organizados, comunidad e intersectorialidad
Depresión	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a las personas de 65 años y más que presenten Depresión Aumentar cobertura de pesquisa de depresión en personas de 65 años y más Apoyar a las familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento	100% de personas de 65 años y más inscritas y diagnosticadas con depresión leve y moderada reciben tratamiento integral 40% de la prevalencia estimada es pesquisada y diagnosticada (10% para mujeres y 4% para hombres) 50% de familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(Nº personas de 65 años y más inscritas y diagnosticadas con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral / Total personas de 65 años y más inscritas) x 100 Nº de personas de 65 años y más inscritas, diagnosticadas con depresión / Total de personas de 65 años y más inscritas con posible depresión según prevalencia estimada x 100 Nº de familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Total familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento x 100	REM 06 SIGGES REM 06 SIGGES REM 26	

RECOMENDACIONES

- Estandarizar la aplicación del Examen de Medicina Preventiva de acuerdo a instructivo.
- Intervenir los riesgos detectados en el EMP.
Estos riesgos podrían ser:
 - Trastornos cognitivos, realizar diagnóstico diferencial (Guía Clínica de Trastorno Cognitivo y Demencias).
 - Sospecha de Depresión, realizar diagnóstico diferencial, tratamiento y hacer seguimiento (Guía Clínica Depresión).
 - Sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera confirmar diagnóstico, iniciar tratamiento farmacológico y no farmacológico (Guía Clínica Artrosis).
 - Hombro doloroso, realizar diagnóstico diferencial, iniciar tratamiento y rehabilitación (Guía Clínica de Rehabilitación de Hombro Doloroso).
 - Riesgo Cardiovascular HTA, DM (Guía Clínica Cardiovascular).
- Desarrollar estrategia de Rehabilitación Integral del Adulto Mayor con Base Comunitaria.
- Educar en conjunto con Vínculos en el consumo de la Crema Años Dorados y Bebida Láctea a los adultos mayores de 65 años.
- Pertenecientes al Chile Solidario.
- Mejorar la indicación de Ayudas Técnicas de acuerdo a Guía Clínica y el cumplimiento de la garantía de oportunidad: Bastones, colchón y cojín antiescaras dentro de los 20 días desde la indicación, silla de ruedas y andador dentro de 90 días desde la indicación médica. Deben ser entregados en los Centros de Salud de Atención Primaria.
- Estandarizar la sospecha de maltrato a través de aplicación de screening.
- Organizar talleres de prevención de Caídas dirigidos a adultos mayores en riesgo de caer (Guía Clínica Caídas).

ÁREAS TEMÁTICAS PARA PRIORIZAR EN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

- Desarrollar competencias para trabajar con la comunidad e intersectorialidad.
- Aplicación de Examen de Medicina Preventiva.
- Mejorar sospecha diagnóstica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de demencias, depresión, artrosis leve y moderada de rodilla y caderas, Parkinson.
- Prevención de Caídas.
- Indicación de Ayudas Técnicas.
- Estrategia de Rehabilitación Integral del Adulto Mayor con Base Comunitaria.

REFERENCIAS

Promoción y Prevención

- Ficha e Instructivo del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.
- Guía de Ejercicios para el Adulto Mayor.

Guías Clínicas del Adulto Mayor

- Guía Clínica Trastorno Cognitivo y Demencia.
- Guía Clínica Depresión del Adulto Mayor.
- Guía Clínica Cardiovascular.
- Guía Clínica Rehabilitación Integral del Adulto Mayor con Base Comunitaria.
- Guía Clínica Control del Dolor de rodilla, cadera y hombro.

- Guía Clínica Secuela de Accidente Vascular Cerebral.
- Guía Clínica Rehabilitación de personas con Parkinson.
- Guía Clínica Adulto Mayor Ciego.

Guías Clínicas del Adulto Mayor GES

- Endoprotesis Total de Caderas en persona de 65 años y más con Artritis de Cadera y Limitación Funcional Severa.
- Tratamiento médico de la artrosis leve y moderada de rodilla y caderas en personas de 55 años y más.
- Artritis Reumatoidea del Adulto.
- Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más.
- Tratamiento Quirúrgico de Cataratas.
- Vicios de Refracción en personas de 65 años y más.
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
- Hipoacusia y Uso de Audifonos en personas de 65 años y más.

F. CUIDADOS DE LA MUJER EN EL CICLO VITAL

OBJETIVO SANITARIO 1: MEJORAR LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS

Reducir Mortalidad Fetal Tardía

En Chile la Mortalidad Fetal Tardía, componente de la Mortalidad Perinatal, se ha mantenido estable en los últimos 10 años (1998: 4,3 por 1000 NV). Refleja la existencia de condiciones de riesgo reproductivo y la calidad de la atención obstétrica.

Objetivo de impacto

- Reducir la tasa de Mortalidad por complicaciones obstétricas (trastornos relacionados con el embarazo, trastornos hipertensivos y complicaciones del trabajo de parto y parto).
- Reducir la tasa de Mortalidad Fetal Tardía: Tasa menor a 3 x1000 NV.

Objetivos de Desarrollo

- Mantener Cobertura de control prenatal sobre un 90%.
- Mantener cobertura de atención profesional del parto sobre 99%.

OBJETIVO SANITARIO 2.: PROVEER SERVICIOS ACORDES CON LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN

Mejoramiento en Calidad de Atención Obstétrica

Nuestro país muestra la más alta tasa de cesáreas a nivel mundial (40%); cifras superiores a 15% según la OMS, se consideran un indicador de mala calidad de atención obstétrica.

Además, la participación del padre en el parto alcanza un promedio porcentual a nivel país de 56% (Fuente: DEIS año 2006).

Objetivo de Impacto: Mejorar la calidad de la atención obstétrica.

Objetivos de Desarrollo

- Tasa de cesárea entre 25 – 30%.
- Grado de satisfacción usuaria, medida por encuestas, sobre 80%.

OBJETIVO SANITARIO 3.: ENFRENTAR LOS DESAFÍOS DERIVADOS DEL ENVEJECIMIENTO Y DE LOS CAMBIOS EN LA SOCIEDAD

Climaterio

Objetivos de Impacto

- Mejorar la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas.
- Prevenir la aparición de patologías crónicas de alta morbimortalidad.
- Reducir la tasa de osteoporosis.

Cáncer de Mama y Cervicouterino

Objetivo de impacto

- Disminuir la mortalidad ajustada del cáncer de Mama.
- Disminuir la mortalidad ajustada del cáncer de cuello de útero.

Objetivos de Desarrollo

- Reducción de la tasa de mortalidad de cáncer de mama estandarizada por edad en un 25% al 2010.
- Disminuir la mortalidad estandarizada por cáncer cervicouterino en un 40% al 2010.

En el año 2005 las tasas de mortalidad por cáncer de mama y de cuello uterino son de 14,2 y 8,2 x 100.000 habitantes respectivamente.

Salud bucal

Si bien no existen estudios epidemiológicos nacionales que revelen el estado de salud bucal de la población de embarazadas, los datos disponibles actualmente corresponden a lo informado por la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2003), en la cual el promedio de dientes con cavitación evidente por caries en la población femenina, entre los 17 y 24 años, fue de 1,40; mientras que en el grupo de 25 a 44 años, este promedio aumentaba a 2,56 dientes cavitados.

Las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal pudiesen tener un riesgo mayor de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer, puesto que el periodonto puede servir de reservorio de bacterias, productos bacterianos, y mediadores de la inflamación y respuesta inmune, los que pueden interactuar con otros sistemas del organismo gatillando el trabajo de parto prematuro.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específico	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Inter- vención Sugerida
Salud Sexual y Reproductiva (conducta sexual)	Favorecer la toma de deci- siones infor- mada en Salud Sexual y Re- productiva.	100% de personas que soliciten servicios de Regulación de la Fertilidad, reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(N° de personas que reciben conse- jería en Salud Sexual y Reproductiva / N° de personas que soliciten ser- vicios de Regulación de la Fertilid- dad)*100.	REM P 01 indicador de uso local.	
		Consejería pre y post test al 100% de las personas que ac- ceden a Test de Elisa para VIH	N ° de consultantes que reciben consejería pre y post test para VIH / Total personas que se realizan el Test de Elisa x 100.	REM 19 indicador de uso local.	
Atención Precon- cepcional	Promover la atención pre- concepcional para mujeres en edad fértil.	Aumentar en forma gradual la cobertura en atención pre- concepcional para mujeres en edad fértil.	N° de controles preconcep- cionales en mujeres en edad fértil / mujeres en edad fértil .	REM 01	Realizar di- fusión de la actividad.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específico	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Inter- vención Sugerida
Atención Personalizada e integral en el Proceso Reproductivo.	Prevenir o minimizar el riesgo materno-fetal en el ámbito biomédico, psicológico y social.	1. Entregar la Guía Empezando a crecer al 100% de las gestantes. 2. Aumentar el ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación. 3. Evaluar a la gestante de acuerdo a factores de riesgo psicosocial, familiar - Aplicar Pauta Breve de Riesgo Psicosocial al 100% de las gestantes	1. N° gestantes con guía entregada / total de gestantes en control. 2. N° de mujeres que ingresan a control prenatal antes de las 14 sem. de gestación / Total de mujeres que ingresan a control prenatal *100. 3. N° de gestantes con Pauta Breve aplicada / Total de gestantes bajo control *100. 3. N° de gestantes ingresadas a Atención Ambulatoria de Especialidad por Alto Riesgo Obstétrico / Total de gestantes *100.	Nivel local REM 01 REM 01 Nivel local REM 01 ñ P1	
	Realizar consejería pre Test a gestantes que acceden a Test de Elisa para VIH en 1° control prenatal (antes de las 20 sem.) Realizar consejería post Test de Elisa para VIH en 2° control prenatal (20 sem.) a gestantes que se realizan el examen	1. 100% de las gestantes que lo consientan. 2. 100% de las gestantes que lo consientan.	1. N° de gestantes que reciben consejería pre - test al ingreso y aceptan realizarse el test VIH / Total gestantes que ingresan a control* 100. 2. N° de gestantes que reciben consejería post test para VIH / Total gestantes que acceden al Test de Elisa* 100.	Nivel local (línea de base)	
	Favorecer en el acompañamiento por pareja u otro acompañante en los controles prenatales, talleres educativos y ecografías, según decisión de la mujer	APS 1. 100% de las mujeres que soliciten acompañamiento en los controles prenatales. 2. Promover la participación de acompañantes de las gestantes en actividades de educación grupal. Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) 3. 100% de las mujeres que soliciten acompañamiento en los controles prenatales.	1. N° de controles de embarazadas con acompañamiento en el control prenatal en APS / Total de embarazadas en control en APS * 100. 2. N° de gestantes con acompañantes en actividades educativas / Total de gestantes en actividades educativas. Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) 3. N° de controles de embarazadas con acompañamiento en el control prenatal en el AAE/ Total de embarazadas en control en el AAE *100.	REM 01 Información a nivel local Información a nivel local para establecer línea de base	

Tema/ Prioridad	Objetivos Específico	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Inter- vención Sugerida
	Realizar educación grupal a la gestante para aumentar capacidad de auto cuidado - preparación para el parto y la crianza, promoviendo la participación de la pareja o acompañante	80% de las gestantes ingresan a talleres educativos sobre embarazo, parto, puerperio y crianza Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) 80% de las gestantes participan en talleres educativos sobre embarazo, parto, puerperio y crianza, según patología	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales / total de gestantes que ingresan a control prenatal *100 Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) Nº de gestantes de AAE que ingresan a talleres grupales / total de gestantes que ingresan a control prenatal en AAE *100	REM 27 Nivel local	Establecer un sistema de coordinación entre APS, AAE y Atención Cerrada u Hospitalización
	Establecer un sistema de coordinación entre el APS, AAE y Atención Cerrada, para desarrollar el programa educativo a gestantes, pareja o acompañante en la maternidad	Atención Cerrada u Hospitalización El 80% de las gestantes participa en visita guiada al servicio de maternidad y recibe orientación en la participación durante el parto y actividades realizadas por matronas de la maternidad	Atención Cerrada u Hospitalización Nº de gestantes que asiste a sesiones educativas en la maternidad / total de gestantes bajo control *100	Indicador de uso local en la maternidad	Mantener coordinación continua entre APS, AAE y Atención Cerrada
	Control precoz de binomio (Puerpera y Recién Nacido) en APS por matrona/ón	100% de las díadas: Puerperas y Recién Nacidos son atendidas por matrona/ón antes de los 7 a 10 días en el centro de salud			
	Manejo oportuno de las condiciones de riesgo BPS del entorno personal y familiar.	Visita domiciliaria integral por matrona, acordada al 90% de las gestantes con riesgo psicosocial Visita domiciliaria integral acordada por matrona, al 90% de las puerperas con riesgo psicosocial 100% de las gestantes en riesgo psicosocial detectadas por matrona, derivadas a intervención con enfoque familiar, por equipo de cabecera (priorizar según riesgo)			Se recomienda realizar entre los 7 y 10 días después del alta
	Orientar en regulación de fertilidad a personas que soliciten anticoncepción de emergencia	100% de personas que solicitan anticoncepción de emergencia reciben consejería en salud sexual y regulación de fertilidad			

Tema/ Prioridad	Objetivos Específico	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Inter- vención Sugerida
Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV)	Contribuir a la reducción de la obesidad y a la prevención de enfermedades crónicas del adulto en población chilena, relevando el tema nutricional a nivel de equipo de salud y población.	Mantener o aumentar el % de control nutricional al 6º mes post parto. Establecer línea base			
	Detener el aumento de malnutrición por exceso en Púerperas.	Mantener o disminuir el % promedio nacional de 58%, de la población de mujeres con malnutrición por exceso (obesas mas sobrepeso) al control del 6º mes post parto.			
	Recuperar la Salud Bucal de las Primigestas y no Primigestas	50% de trabajadoras de centro de salud entre 45 y 64 años, participan en taller de climaterio. 1. APS 2009 75% de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas primigestas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público. 2. 25% de cobertura , a lo menos, en altas odontológicas totales en embarazadas no primigestas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público.			Atención odontológica integral de APS
	Colaborar a prevenir el parto prematuro y bajo peso al nacer.	Alcanzar un 90 % de Cobertura en Tratamiento de infección bucal totalí (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud. 15% de las embarazadas (primigestas y no primigestas) con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo. Atención Ambulatoria de Especialidad Periodoncia 5% de altas de Periodoncia realizadas en embarazadas (primigestas y no primigestas) en AAE. Endodoncia 10% de altas de Endodoncia realizadas en embarazadas (primigestas y no primigestas) en AAE.			Terapia periodontal no quirúrgica diseñada para atacar tanto las bolsas periodontales, como los nichos intraorales de bacterias patogénicas en un período de 24 horas (Nivel de Evidencia 2). Consejería breve antitabáquica. Terapia.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención / recomendación
Cáncer de Mama	Reducción de la tasa de mortalidad estandarizada por edad en un 25% al 2010	APS Incrementar la cobertura de screening mamográfico a mujeres de 50 y más años a un 25% el 2009.	Nº de mujeres de 50 Años o (*) años con Mamografía Vigente x 100 Total de mujeres de 50 años o (*) años (inscritas) (*) = dependerá del presupuesto 2009	REM-P 12 del DEIS	-Programas de tamizaje con mamografía anual o cada 2 años en mujeres 50 a 69 años, asociados a examen de mama protocolizado, realizado por profesional capacitado (A1). - Tamizaje con mamografía en mujeres de riesgo, asociados a examen de mama protocolizado, realizado por profesional capacitado (A1). Derivación oportuna desde la APS a la UPM de los casos sospechosos. (Ver Orientaciones Programáticas para la pesquisa y control del cáncer de mama y Guía clínica del EMP).
		AAE El 100% de los casos GES son atendidos dentro de 30 días desde su derivación.	Nº de casos GES atendidos < a 31 días x 100 Total de casos GES derivados desde APS	SIGGES	Atención oportuna y según protocolo de los casos detectados -Confirmación, tratamiento y seguimiento de caso detectados. (Ver Guía Clínica de Cáncer de mama).
		Atención cerrada Aumentar el % de mujeres con cáncer de mama e indicación quirúrgica que accede a cirugía dentro de 30 días	Nº de mujeres con cáncer de mama e indicación quirúrgica que son tratadas dentro de 30 días x 100 Total de mujeres con cáncer de mama e indicación quirúrgica.	SIGGES	Atención oportuna y según protocolo de los casos confirmados. (Ver Guía Clínica de Cáncer de mama).

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención / recomendación
Cáncer Cervicouterino	Disminuir la mortalidad estandarizada en un 40% al 2010.	APS Aumentar la cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años de 62% a 80%.	Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente x 100 Total de mujeres de 25 a 64 años (inscritas).	Citoexpert y REM ñP 12 del DEIS	-Programas de tamizaje institucionalizados en mujeres de riesgo que incluyan desde la promoción a la paliación (A1). -Toma de PAP en mujeres entre los 25 y 64 años, con énfasis en las mayores de 35 años (A1). -Derivación oportuna desde la APS a la UPC de los casos sospechosos. (Ver: Orientaciones Programáticas para la pesquisa y control del Cáncer Cervicouterino y Guía clínica del EMP 2008).
		AAE El 100% de los casos GES son atendidos dentro de 30 días desde su derivación.	Nº de casos GES atendidos < a 31 días x 100 Total de casos GES derivados desde APS.	SIGGES	Atención oportuna y según protocolo de los casos detectados (Ver Guía Clínica de Cáncer Cervicouterino).
		Atención cerrada Aumentar el % de mujeres con cáncer invasor e indicación quirúrgica que accede a cirugía dentro de 20 días.	Nº de mujeres con cáncer invasor e indicación quirúrgica que son tratadas dentro de 30 días x 100 Total de mujeres con cáncer invasor e indicación quirúrgica.	SIGGES	Atención oportuna y según protocolo de los casos confirmados. (Ver Guía Clínica de Cáncer Cervicouterino).

RECOMENDACIONES GENERALES

Es importante mantener la mirada priorizando a aquellas mujeres o parejas en riesgo biopsicosocial para apoyar precozmente el manejo de factores modificables. En estos cuidados se debe cumplir con todas las recomendaciones planteadas en Pertinencia cultural.

Los equipos deberán desarrollar todas las estrategias necesarias para promover la salud sexual y reproductiva y prevenir los daños tales como: problemas con la expresión de una sexualidad sana, infecciones de transmisión sexual, etc. Se favorecerá el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a la población que lo demande, sin discriminación de edad, sexo ni opción sexual.

Promoción de estilos de vida saludable, prevención de enfermedades crónicas y realización del Examen de Medicina Preventiva.

I. Salud Sexual y Reproductiva

Implementación de un Modelo de Atención Personalizada, con énfasis en riesgo biopsicosocial en el Proceso Reproductivo

- Favorecer la implementación de espacios amigables para los talleres grupales de gestantes.
 - Incorporar la pareja o acompañante en las actividades (control prenatal, talleres grupales, ecografías).
- 1. El Modelo de Atención Prenatal por gestante contempla:**
 - Un mínimo de 7 controles Prenatales, 4 sesiones grupales educativas en APS y 2 sesiones grupales educativas en la Maternidad (según evidencia, para gestantes de bajo riesgo).
 - 4 sesiones grupales educativas en el nivel secundario para gestantes de alto riesgo.
 - Elaborar plan de atención individual, según necesidades de la gestante y familia.
 - Establecer un Sistema de Coordinación continua entre los niveles 1°, 2° y 3° para la realización del programa educativo. (Se recomienda designar un profesional de estos niveles para coordinar, realizar reuniones periódicas para evaluar el proceso).
 - Consulta de morbilidad obstétrica en el nivel primario, para las gestantes y púerperas que presenten alteraciones.
 - 2. Ingreso a control prenatal:** se recomienda un mínimo de 60 minutos por gestante.
 - Realizar énfasis en la detección y análisis de factores de riesgo psicosocial, entrega de una primera respuesta y consejería pre test VIH.
 - Aplicar la Pauta Breve.
 - Establecer una relación de ayuda, según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo.
 - 3. Controles prenatales: Rendimiento de 2 controles prenatales por hora, considera:**
 - Establecer en conjunto con la gestante y acompañante un plan de atención prenatal personalizado.
 - Acoger y guiar empáticamente a la gestante y acompañante.
 - Establecer diagnóstico de la gestación y condición fetal.
 - Evaluar a la gestante de acuerdo a factores de riesgo biomédico, psicosocial, familiar y laboral
 - Motivar a la gestante en la continuidad y cumplimiento de las indicaciones, destacando la importancia del seguimiento de la evolución de la gestación en compañía de la pareja o persona significativa
 - Seguimiento de la gestante en riesgo psicosocial en cada control prenatal.
 - Detectar indicadores de riesgo en vínculo madre – hijo/a.
 - Entregar educación individual, según necesidades de la gestante y familia.
 - 4. Consejería pre y Post Test para gestantes que acceden a Test de Elisa para VIH en 1° y 2° Control Prenatal,** se recomienda un rendimiento de 60 minutos para realizar el ingreso a control y 40 minutos en el 2° control prenatal por gestante, para realizar la consejería.
 - 5. Salud bucal:** Las actividades educativas en salud bucal deberán estar integradas en toda la atención, de modo de reforzar la responsabilidad individual y colectiva del cuidado de la salud bucal.

6. Evaluación Nutricional:

- Evaluación nutricional anual a mujeres no gestantes bajo control en regulación de fertilidad y control ginecológico. Intervención nutricional pregestacional a mujeres en edad fértil con malnutrición por exceso.
- Evaluación nutricional a los 6 meses post-parto, para evaluar recuperación del peso pregestacional.
- Reclasificación en APS, de la diabetes gestacional a las 6 semanas post-parto. Esta medida es fundamental para ejercer acciones oportunas de prevención secundaria en aquellas mujeres que habiendo tenido diabetes gestacional mantengan esta condición después del parto.

7. Violencia sexual: Otorgar acogida a víctimas de violencia sexual, entrega de anticoncepción de emergencia a quienes lo soliciten y derivación a servicios de urgencia para diagnóstico y tratamiento de lesiones y prevención de infecciones.

Desarrollar actividades de orientación, educación y comunicación que permita a las usuarias (os) de los servicios la toma de decisiones plenamente informadas en materia de sexualidad y reproducción.

Orientar a las personas que soliciten anticoncepción de emergencia, a métodos de regulación sistemática de fertilidad.

8. Otros ámbitos:

- El énfasis de los equipos debe estar puesto en la pesquisa precoz, especialmente creando estrategias para los grupos menos consultantes y asegurando el cumplimiento de las garantías especificadas en el GES.
- Coordinación APS con niveles de mayor capacidad resolutive, intencionando contrarreferencia de esos niveles.
- Difusión a nivel de la comunidad de la oferta de servicios en SSR (Consejería en SSR y Regulación de Fertilidad).
- Monitoreos sistemáticos en actividades como el Control Preconcepcional, Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Preparación para el parto y la crianza, Lactancia Materna.
- Promover el funcionamiento de clínicas de lactancia materna y acreditación de Hospitales y Centros de Salud amigos de la madre y el niño/a.
- Compromiso del equipo de ejecutar la orientación y Difundir la actividad taller para la mujer en la mitad de la vida.
- Auditoria de la Promoción Odontológica de las embarazadas de Alto Riesgo, en al menos 1 establecimiento por comuna. (5% de las embarazadas de alto riesgo).
- Asegurar focalización en grupos de riesgo del Programa.
- Asegurar el procesamiento oportuno de las muestras citológicas (R.H. Equipamiento, insumos).
- Disponibilidad de RRHH capacitado e insumos para la toma del PAP.
- Auditoria de las mamografías del Programa de Resolutividad de APS.

ÁREAS TEMÁTICAS PARA PRIORIZAR EN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LOCAL

- Gestión clínica (sistema de referencia y contrarreferencia – sistema de registros – evaluación de calidad de atención, trabajo en equipo).

- Capacitación del equipo de salud en metodología educativa para entregar preparación para el parto, la crianza.
- Capacitación en Lactancia Materna (aspectos clínicos y sistema de acreditación).
- Pesquisa precoz y manejo del Alto Riesgo Obstétrico.
- Detección y manejo del riesgo psicosocial. Entrega de una primera respuesta.
- Actualización en atención integral del recién nacido – crecimiento y desarrollo.
- Salud Mental de la Mujer a través del Ciclo Vital.
- Detección de la Depresión Postparto – Aplicación de la Escala de Edimburgo.
- Promoción de vínculo seguro madre – hijo/a. Detección de indicadores de riesgo.
- Metodologías educativas, énfasis en Educación de Adultos.
- Modelo de Salud Familiar.
- Consejería en estilos de vida saludable con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.
- Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal.
- Capacitación equipo odontológico en la “Técnica de Tratamiento de Desinfección Bucal Total” para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro.
- En Examen de Medicina Preventiva.
- Como detectar y derivar el cáncer en niño y en el adulto.

REFERENCIAS

Examen de Medicina Preventiva. Web MINSAL

- Programa Salud de la Mujer 1997, Guía de Atención Climaterio.
- Guía Perinatal 2003.
- Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo – 2008.
- Protocolo de Atención Embarazada Riesgo Parto Prematuro.
- Norma de evaluación nutricional del Programa Salud de la Mujer.
- Orientaciones programáticas para la Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, publicación 1998.
- Guía Clínica Salud Oral Integral para Embarazadas.
- Guía para Odontólogos. Tabaco o Salud Bucal, Consejería en Tabaquismo.
- Página WEB del MINSAL.cl/Cáncer.
- Información de CONASIDA.
- Norma Regulación Fertilidad.
- Propuesta Inter.-gubernamental de Sexualidad Responsable.
- Guías clínicas GES: cáncer cervicouterino, mama.

ANEXO N° 4: ROL DE LA RED EN EL GES

Nº	Problema de Salud	Sospecha	Proceso Diagnóstico	Confirmación
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	Médico de la APS ante sospecha de una Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que requiera sustitución renal, se deriva a especialista del nivel secundario.		Médico especialista nefrólogo o internista confirma o descarta el problema de salud
2	Cardiopatías Congénitas operables en menores de 15 años	Médico de la APS sospecha Cardiopatía Congénita, por detección de soplo en paciente asintomático en un examen de rutina, o con síntomas de IC o cianosis, derivar a especialista del nivel secundario.	Médico o Matrona de la APS sospecha Cardiopatía Congénita en un control prenatal > 20 semanas de gestación, derivar a especialista del nivel secundario.	Médico especialista confirma o descarta el problema de salud
3	Cáncer cervicouterino	Médico o matrona de la APS ante sospecha de un Cáncer Cervicouterino, por un Papanicolaou (PAP) positivo, o con sospecha clínica de Cáncer Cervicouterino, deriva a la paciente a especialista del nivel secundario		Médico especialista confirma o descarta el problema de salud
4	Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos			Médico especialista o tratante confirma condición de salud.
5	Infarto agudo del miocardio	Médico de APS o SAPU sospecha ante síntomas y antecedentes clínicos y solicita electrocardiograma para la confirmación o descarte del IAM.		Médico APS o SAPU confirma diagnóstico con resultado de electrocardiograma (Telemedicina) sugerente de infarto.
6	Diabetes mellitus tipo 1	Médico APS sospecha Diabetes Mellitus tipo 1 y deriva a especialista para su confirmación o descarte.	Médico del SAPU sospecha Diabetes Mellitus tipo 1 descompensada, deriva a Servicio de Urgencia de mayor complejidad.	Médico especialista del nivel secundario confirma o descarta el diagnóstico dentro de 3 días desde la sospecha. En UEH dentro de 30 minutos examen de glicemia y tratamiento de urgencia (hospitalización), según indicación médica.
7	Diabetes mellitus tipo 2	Profesional de la salud APS sospecha con un examen alterado de glicemia, en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, y deriva a médico APS para su confirmación.		Médico APS confirma o descarta el problema de salud dentro de 45 días desde la primera consulta con glicemia elevada.
8	Cáncer de mamas en personas de 15 años y más	Médico o matrona de la APS ante sospecha determinada por: a) Mujer con Examen Físico de la Mama (EFM) protocolizado informado como probable patología maligna (PPM) solicita Mamografía (programa de especialidades en APS). b) Personas que concurren con Mamografía ó Eco tomografía alterada, ambos son derivados a la Unidad de patología Mamaria, de acuerdo a las normas de referencia y contrarreferencia vigentes y a la red de atención establecida.		Médico especialista confirma o descarta el problema de salud
9	Disrrafias espinales	Médico neonatólogo sospecha el diagnóstico de espina bifida y deriva a Neurocirujano.		Médico especialista confirma o descarta el diagnóstico y otras malformaciones asociadas.
10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años	Médico de APS sospecha el diagnóstico por deformidad de tórax, asimetría de escápula y del triangulo del talle y deriva al especialista traumatólogo.		Médico especialista descarta o confirma diagnóstico de acuerdo a los criterios de inclusión.
11	Tratamiento quirúrgico de las cataratas	Médico de APS frente a una sospecha de cataratas, fundamentada en una alteración de la agudeza visual indolora uni o bilateral que se manifiesta como: visión borrosa par alejos y/o cerca, deslumbramiento, percepción, alterada de los colores, diplopia monocular, miopía transitoria debe ser derivado a oftalmólogo.		Médico especialista descarta o confirma diagnóstico siempre que cumpla con los criterios de inclusión (agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica.

Tratamiento			Seguimiento	Cierre de caso AUGE	Hitos o registros SIGGES en APS
Menores de 15 años peritoneodialisis o hemodialisis según indicación médica.	Mayores de 15 años y más hemodialisis o peritoneodialisis según indicación médica contenida en la norma técnica 2007.	Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y el médico lo indique, tendrán acceso a estudio pretrasplante, trasplante, y drogas inmunosupresoras.	Control y tratamiento en el nivel secundario de atención.		
Tratamiento quirúrgico indicado por médico especialista			Evaluación posquirúrgica		SIC: derivación a especialidades
Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica			Médico especialista realiza control de seguimiento post tratamiento.	Termino de tratamiento	SIC: derivación a especialidades
Tratamiento específico indicado por médico especialista	Paciente en condición estable, con dolor y síntomas molestos controlados es referido a la APS donde recibirá: 1.- Atención ambulatoria o en domicilio (paciente postrado) 2.- Control farmacológico de los síntomas en especial el dolor y la educación para el auto-cuidado al paciente y su familiar o cuidador - 3.- Desarrollo y consolidación de la red de apoyo social y espiritual. 4.- En caso de presentar condición de inestable en más de dos controles, el médico de APS debe consultar al médico del nivel secundario para su estabilización.				PO: tratamiento
Trombolisis en SAPU, o derivar al establecimiento de salud de mayor complejidad antes de 30 minutos desde la confirmación diagnóstica.	Si por indicación médica esta contraindicada la trombolisis, derivar a establecimiento de mayor complejidad que disponga de camas de intensivo, idealmente hemodinamia y cirugía cardíaca.	Tratamiento médico del IAM.	Prevención secundaria del IAM según indicación médico especialista e ingreso al Programa de Salud Cardiovascular.		Hoja APS: sospecha IAM Hoja APS: Confirma IAM PO: exámenes PO: tratamiento SIC: derivación a especialidad
Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica			Controles y tratamiento en el nivel secundario de atención		SIC: derivación especialidades o UEH.
Médico APS indica tratamiento e ingreso a un Programa de manejo integral.	Médico APS deriva a especialista.		Control y tratamiento en nivel primario de salud.		Hoja APS: sospecha DM2 Hoja APS: Confirma DM2 PO: exámenes PO: tratamiento SIC: derivación a especialidad
Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica			Médico especialista realiza control de seguimiento post tratamiento.	Termino de tratamiento	SIC: derivación a especialidades
Tratamiento quirúrgico indicado por médico especialista, dentro de las primeras 72 horas desde el nacimiento para la disrafia abierta y dentro de los 60 días siguientes a la indicación médica si es una disrafia cerrada.	Válvula derivativa según indicación.	Control con neurocirujano	Control a los 15 días del alta hospitalaria.	Alta quirúrgica	
Intervención quirúrgica integral de escoliosis.			Control a los 15 días del alta hospitalaria.	Alta quirúrgica	
Intervención quirúrgica unilateral de cataratas				Alta quirúrgica	SIC: derivación a especialidades

12	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa	Médico de APS inicia la sospecha diagnóstica cuando el paciente consulta por dolor severo de cadera o rodilla, claudicación, y acortamiento de la extremidad inferior afectada. Al aplicar el algoritmo de sospecha diagnóstica de: anamnesis, examen físico, radiografías, examen de laboratorio y descarte de diagnósticos críticos. Efectuado el diagnóstico diferencial se procede a la toma de decisiones y se deriva al especialista reumatólogo, traumatólogo o fisiatra.		Médico especialista descarta o confirma diagnóstico.
13	Fisura labio palatina	Profesional de la salud que atiende parto en la maternidad sospecha y deriva hospital determinado por la red local para su confirmación.		Médico especialista descarta o confirma diagnóstico antes de 15 días desde la sospecha.
14	Cáncer en menores de 15 años	1-Identificar casos sospechosos ante cualquiera de los siguientes síndromes o síntomas: a.)Leucemia: Fiebre junto con citopenias, Anemia en niños mayores de 3 años sin antecedentes de sangramientos, Síndrome hemorrágico acompañado o no de visceromegalia, dolor óseo descartando causas habituales. b)Linfoma: Aumento de volumen (adenopatía) indolora en cualquier sitio, (cuello, axila, ingle, mediastino), que persiste por más de 15 días, o crecimiento progresivo (>1cm), que puede asociarse a pérdida de peso, dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, masa abdominal, tumor maxilar de crecimiento rápido. Puede asociarse a visceromegalia (hepatomegalia- esplenomegalia). c)Tumor Sólido: Masa palpable, generalmente dura, no sensible- Visceromegalia dura- Leucocoria y/o estrabismo en menor de 2 años- Dolor óseo con o sin aumento de volumen local- Lactante con fiebre, visceromegalia y dermatitis seborreica- Compresión de médula espinal- Cefalea, vómitos asociado a:- trastorno de marcha y/o déficit pares craneanos- convulsiones- alteraciones oculares, nistagmo- alteraciones endocrinas- pérdida de habilidades adquiridas 2.-Derivar al nivel secundario para descarte o fundamentación de sospechas de acuerdo a la red de derivación para Tratamiento del Cáncer Infantil (PINDA).Manual "Cuándo sospechar un cáncer en el niño y cómo derivar" centros de salud primarios. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), U. Cáncer PINDA, MINSAL		Médico especialista confirma o descarta el problema de salud
15	Esquizofrenia	Profesional APS frente a sospecha primer episodio Esquizofrenia, deriva a médico de su establecimiento quien, ante la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje y pensamiento y/o comportamiento desorganizado, cambio conductual insidioso y persistente caracterizado por deterioro funcional, corrobora sospecha y deriva a Psiquiatra.	Con sospecha, médico psiquiatra inicia proceso diagnóstico con exámenes y tratamiento de prueba por 180 días	Médico Psiquiatra confirma o descarta diagnóstico a los 180 días.
16	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más	Médico de APS sospecha el diagnóstico por un Tumor germinal gonadal o extragonadal, que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible, sin signos inflamatorios, casi siempre unilateral. Producto del auto-examen testicular o por hallazgo al examen físico en cualquier consulta médica (principalmente en nivel primario ó secundario).Derivar al nivel secundario para descarte o fundamentación de sospecha de acuerdo a la red de derivación.		Médico especialista confirma o descarta el problema de salud
17	Linfomas en personas de 15 años y más	Médico APS sospecha por un aumento de volumen (adenopatía) indolora en cualquier sitio, (cuello, axila, ingle, mediastino), que persiste por más de 15 días, o crecimiento progresivo (>1 cm), que puede asociarse a pérdida de peso; dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, masa abdominal; Tumor maxilar de crecimiento rápido; puede asociarse a visceromegalia (hepatomegalia- esplenomegalia). Debe derivar al nivel secundario de atención para descarte o fundamentación de sospecha de acuerdo a la red de derivación Manual "Cuándo sospechar un cáncer en el adulto y cómo derivar" Centros de salud primarios. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), U. Cáncer PANDA, MINSAL.		Médico especialista confirma o descarta el problema de salud

Intervención quirúrgica de la articulación afectada.				Control y Kinesioterapia post quirúrgica.	Alta quirúrgica	
Ortopedia prequirúrgica, según indicación antes de 45 días desde la confirmación diagnóstica.	Cirugía primaria: primera intervención desde los 90 días hasta los 365 días. Segunda intervención según indicación entre los 365 y 547 días. Se realiza en la macrored definida.	Cirugía secundarias: según indicación del equipo quirúrgico y de rehabilitación. Se realizan en la microrred definida.	Rehabilitación: desde el primer mes de vida hasta los 15 años, por equipo multidisciplinario en el hospital definido por el Servicio de Salud correspondiente.	Desde el nacimiento hasta los 15 años.	A los 15 años	
Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica				Médico especialista realiza control de seguimiento post tratamiento.	Termino de tratamiento	SIC: derivación a especialidades
Con confirmación diagnóstica, equipo psiquiatría continúa (o inicia) tratamiento, el cual incluye además de la farmacoterapia, consultas y consultorias de salud mental por otros profesionales, psicoterapia individual y familiar e intervenciones psicosociales grupales						SIC: derivación especialidades
Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica				Médico especialista realiza control de seguimiento post tratamiento.	Termino de tratamiento	SIC: derivación a especialidades
Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica				Médico especialista realiza control de seguimiento post tratamiento.	Termino de tratamiento	SIC: derivación a especialidades

18	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	El médico de la APS frente a la sospecha diagnóstica puede solicitar un Test de Elisa para VIH, el que se realiza en APS con consejería pre y post test. Si el resultado del ISP es negativo, se informa al paciente a través de consejería post test y el paciente continúa su atención en APS. Si el resultado del ISP es positivo, llega el informe a APS, donde se debe tomar una nueva muestra de sangre al paciente para hacer la prueba de identidad, si resulta positivo, se informa al paciente a través de consejería post test y se deriva al Centro de Atención de Personas que viven con VIH, ubicado en los CDT.		Médico especialista confirma	
19	Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años	Si el médico de la APS sospecha de neumonía tendrá acceso a radiografía de tórax para confirmar el diagnóstico.		Médico de APS o SAPU confirma el diagnóstico de IRA baja de manejo ambulatorio.	
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	Médico de APS o SAPU ante un paciente adulto de 65 años y más, que por su sintomatología respiratoria aguda es sugerente de neumonía, tendrá acceso a realizarse un radiografía de tórax si lo requiere y a iniciar tratamiento con antibiótico de inmediato.		Médico de APS, confirma o descarta el diagnóstico dentro de 48 horas desde la sospecha.	
21	Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más	Profesional de la salud APS, ante una sospecha por medición elevada de la presión arterial (mayor o igual a 140/90 mm Hg.) se solicita perfil de la presión arterial.		Médico de la APS, confirma e ingresa al Programa de Salud Cardiovascular	
22	Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años	Médico de la APS sospecha de epilepsia, deriva especialista del nivel secundario de atención.		Médico especialista descarta o confirma una epilepsia no refractaria.	
23	Salud oral Integral para niños de 6 años				
24	Prematurez	Prevención de parto prematuro: El profesional que realice el control maternal debe pesquisar el grupo de madres de alto riesgo y derivar oportunamente al nivel secundario. Complicaciones de la Prematurez: Retinopatía del prematuro; Hipoacusia; Displasia Broncopulmonar. El Médico nivel terciario confirma o descarta mediante exámenes específicos.		Prevención de Parto Prematuro: Médico Especialista confirma o descarta el problema de salud. Complicaciones de la Prematurez: Retinopatía del prematuro; Hipoacusia; Displasia Broncopulmonar. El Médico nivel terciario ante sospecha solicita exámenes específicos para confirmar o descartar problemas	
25	Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso	Ante sospecha del profesional de APS de enfermedad del sistema exitoconductor, o de agotamiento del generador en caso de ser portador de marcapaso, por ECG alterado, síntomas del paciente o historia clínica y que requiera de implante o recambio de marcapaso, derivar a nivel secundario para confirmación.		Médico de nivel secundario confirma o descarta con resultado de exámenes.	
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 años a 49 años sintomáticos	Médico APS, ante paciente sintomático solicita ecotomografía, la que se realizará por Programa de Resolutividad APS. Si no tiene compra de examen, deriva la nivel secundario a médico para iniciar estudios.	Paciente se realiza examen diagnóstico	Médico APS con resultado de exámenes descarta o confirma y deriva. Médico de nivel secundario confirma o descarta con resultado de examen Médico de Unidad de Urgencia sospecha coleditiasis e indica cirugía de urgencia	

Tratamiento antiretroviral					
Tratamiento farmacológico según indicación médica.	Atención Kinésica según indicación médica.			Alta médica	Hoja Diaria: confirma PO: de tratamiento
Continuar con tratamiento farmacológico según indicación médica. Atención Kinésica según indicación médica.				Alta médica	Hoja Diaria: confirma PO: de tratamiento
Tratamiento con educación (estilos de vida saludable) y farmacológico si corresponde. Si se requiere evaluación por especialista será derivado al nivel secundario de salud.				Controles con médico y otros profesionales. Exámenes periódicos.	Hoja APS: sospecha DM2 Hoja APS: Confirma DM2 PO: exámenes PO: tratamiento SIC: derivación a especialidad
Tratamiento integral primer año en el nivel primario Tratamiento integral primer año en el nivel secundario Tratamiento integral segundo año en el nivel primario Tratamiento integral segundo año en el nivel secundario				Controles en tercer y cuarto año.	SIC: derivación a especialidades
Todo niño de 6 años recibirá atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente, para mantener una buena salud bucal.				Hasta la erupción de los primeros molares definitivos	Al momento del alta una vez completada la erupción y sellante de los primeros molares permanentes. Hoja Diaria: confirma PO: de tratamiento PO: seguimiento Formulario de Cierre
Medico Especialista realiza terapia adecuada según la situación de salud del paciente				Complicaciones de la Prematurez: Retinopatía del prematuro; Hipoacusia; Displasia Broncopulmonar. Se mantiene en seguimiento integrado con APS por 7 años en la atención secundaria	Una vez producido el parto
Implante o recambio de marcapasos uni o bicameral según indicación médica.				Control del dispositivo, según protocolo sugerido	Alta médica. SIC: derivación especialidades
Tratamiento quirúrgico indicado por médico especialista					Médico da alta en consulta ambulatoria Hoja APS: sospecha OA: ecotomografía compra en extra-sistema Hoja APS: confirma o descarta

27	Cáncer Gástrico	Médico APS, ante paciente de 40 años o más, aplica "pauta de endoscopia" y con una sospecha fundada deriva al nivel secundario de acuerdo a red de atención determinada. En los pacientes menores de 40 años la garantía esta definida solo para los casos confirmados.	Especialista atiende al paciente e indica endoscopia. Médico realiza endoscopia y toma muestra. Además, realizar el tratamiento si se detecta la presencia de Helicobacter Pilory	Médico nivel secundario confirma o descarta con resultado de examen	
28	Cáncer de Próstata en Personas de 15 años y más	Médico APS ante sospecha deriva al paciente a especialista urólogo del nivel secundario. La garantía esta definida a partir de un caso confirmado.	Paciente realiza examen	Médico especialista confirma o descarta el problema de salud	
29	Vicios de Refracción en Personas de 65 años y más	Médico general APS sospecha vicio de refracción y deriva a especialista oftalmólogo.		Profesional de la salud APS confirma presbicia pura.	
30	Estrabismo en menores de 9 años	El Médico de APS ante sospecha deriva al paciente a especialista oftalmólogo del nivel secundario	Médico Especialista de nivel secundario realiza exámenes o solicita exámenes	Médico Especialista confirma o descarta el problema de salud	
31	Retinopatía Diabética	Médico de APS ante una sospecha fundada en paciente diabético, solicita atención médica por especialista Médico en APS, y ante una sospecha fundada en paciente diabético, sospecha y solicita atención por oftalmólogo disponible en APS	Paciente es atendido por un especialista	Médico especialista de APS confirma o descarta paciente diabético con retinopatía, caso nuevo o antiguo Médico especialista de nivel secundario confirma o descarta paciente diabético con retinopatía, caso nuevo o antiguo	
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno no Traumático	Médico de APS ante sospecha, deriva en forma inmediata a consulta por médico especialista	Paciente atendido por el especialista	Médico especialista confirma o descarta desprendimiento de retina, caso nuevo o antiguo	
33	Hemofilia	Médico de APS ante sospecha, deriva al paciente a Hospital Base con Banco de Sangre, con hipótesis Alteración de la Coagulación. Médico especialista Hematólogo identifica Alteración de la Coagulación y deriva a la Macrored para confirmación diagnóstica de Hemofilia.		Médico especialista Hematólogo de la macrored, confirma el diagnóstico de Hemofilia.	
34	Depresión en Personas de 15 años y más	Ante sospecha por cualquier profesional de APS, se deriva a consulta por médico general del establecimiento para diagnóstico.		Médico de APS confirma depresión leve, moderada o severa Médico especialista de nivel secundario confirma o descarta Depresión en pacientes con sintomatología positiva derivados desde los servicios de urgencia. Si se confirma depresión leve a moderada el especialista deriva a atención primaria para tratamiento	
35	Tratamiento Quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en Personas sintomáticas	Médico de APS ante sospecha fundada, deriva a consulta por médico especialista para confirmación diagnóstica		Médico especialista confirma siempre que cumpla con los criterios de inclusión e Indica tratamiento quirúrgico	
36	Órtesis para Personas de 65 años y más			Médico de cualquier nivel de atención, ante criterios de inclusión, confirma requerimiento de órtesis	
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en Personas de 15 años y más	Médico en cualquier punto de la red, ante una sospecha fundada, solicita atención médica por especialista para confirmación diagnóstica (eventos ocurridos a partir del 1º de enero de 2006)	Paciente se realiza exámenes para el diagnóstico	Especialista confirma o descarta con los resultados de los exámenes y evaluación clínica antes de 72 horas de iniciada la sospecha.	

Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica		Al momento del alta, médico indica controles de seguimiento	(1) Médico da alta una vez que se terminen los controles de seguimiento 2) El paciente presenta recaída durante el seguimiento	SIC: derivación a especialidades
Médico indica etapificación Tratamiento específico indicado por médico especialista según etapa de la enfermedad y Guía Clínica		Al momento del alta, médico indica controles de seguimiento	(1) Médico indica alta una vez que se terminen los controles de seguimiento (2) El paciente presenta recaída durante el seguimiento	
Lentes para presbicia (+3)			Lentes entregados	Hoja APS: sospecha Vicio de refracción SIC: derivación a especialidad Hoja APS: Confirma Presbicia Pura PO: entrega de lentes Cierre Automático
Médico indica el tratamiento quirúrgico Médico indica el tratamiento requerido		Al momento del alta, médico indica los controles de seguimiento	Médico indica alta una vez que terminen los controles de seguimiento	SIC: derivación especialidades
Médico especialista indica fotocoagulación y/o vitrectomía			Médico indica alta una vez que se termine el tratamiento indicado.	SIC: derivación especialidades
Médico especialista indica cirugía convencional y/o vitrectomía			Médico indica alta una vez que se termine el tratamiento indicado	SIC: derivación especialidades
Médico especialista de la macroad indica terapia de reemplazo de inicio y deriva para continuar tratamiento en lugar de origen.				
Con confirmación de cualquier tipo de depresión, médico APS indica tratamiento	Con confirmación de depresión severa, médico APS deriva al paciente a consulta por especialista		Médico indica alta una vez que se termine el tratamiento	Hoja APS: Confirma PO: Tratamiento SIC / OA: derivación a especialidad Formulario de Cierre
Se realiza tratamiento quirúrgico Médico especialista al momento del egreso hospitalario, indica control post quirúrgico			Médico indica alta una vez que se termine control post quirúrgico	
Médico de cualquier nivel de atención, ante criterios de inclusión, indica órtesis según pertinencia			Médico cierra el caso una vez que no se requiere más el uso de órtesis	Hoja APS: confirma OA: entrega de órtesis bastón, colchón o cojín antiescaras, silla de ruedas, andador o andador de paseo Formulario de Cierre
Tratamiento médico y hospitalización en prestador con capacidad resolutive dentro de las primeras 24 horas de la confirmación diagnóstica.		Médico especialista indica controles de seguimiento posterior al egreso hospitalario dentro de 10 días posterior al alta.	Médico indica alta una vez que se terminen los controles de seguimiento	SIC: derivación especialidades

38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	Médico en APS ante una sospecha fundada, indica tratamiento inicial si corresponde	Médico en APS solicita exámenes (Espirometría basal y Radiografía de tórax simple) a caso en sospecha			Médico confirma o descarta con resultados de exámenes realizados	Paciente antiguo en tratamiento por médico especialista	Paciente antiguo APS ingresa a APS para tratamiento
39	Asma Bronquial Moderada y Severa en Menores de 15 años	Médico de APS ante una sospecha fundada indica tratamiento si corresponde Médico en APS, solicita exámenes (Espirometría basal y Radiografía de tórax simple) en caso en sospecha Médico de otro nivel de atención deriva a paciente a APS para confirmación diagnóstica				Médico APS confirma o descarta con resultados de exámenes realizados Paciente antiguo APS ingresa a APS para tratamiento Paciente antiguo en tratamiento por médico especialista		
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido	El Médico nivel terciario ante sospecha solicita exámenes según corresponde y deriva al paciente a un prestador capacidad de resolución integral		Médico de nivel terciario inicia tratamiento inmediato		Médico Especialista nivel terciario confirma o descarta		
41	Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, leve o moderada			Paciente se realiza radiografía de cadera y/o de rodilla		Médico APS confirma clínicamente el problema de salud		
42	Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	Médico APS o SAPU sospecha Hemorragia Subaracnoidea, deriva al paciente a un especialista neurólogo o neurocirujano para la confirmación de Hemorragia Subaracnoidea por Aneurisma roto, a un establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad determinado por la red.		Paciente se realiza los exámenes		Médico Neurólogo o Neurocirujano confirma o descarta con resultado de TAC antes de 24 horas de iniciada la sospecha fundada. En caso de requerir angioTAC o angiografía digital para confirmación diagnóstica de aneurisma roto, se debe realizar dentro de 48 horas de la confirmación de hemorragia subaracnoidea por TAC.		
43	Tratamiento Quirúrgico de Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en Personas de 15 años o más	Médico APS sospecha un Tumor Primario de SNC y deriva al paciente a un especialista neurólogo o neurocirujano para confirmar el diagnóstico.		Paciente se realiza los exámenes		Médico Neurólogo o Neurocirujano confirma o descarta con resultado de examen antes de 25 días desde la sospecha. (Pacientes nuevos o recidivos)		
44	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposos Lumbar	Médico sospecha Hernia del Núcleo Pulposos Lumbar refractaria a tratamiento médico (al menos por 6 semanas) o compromiso progresivo y deriva al paciente a un especialista Traumatólogo o Neurocirujano.		Paciente se realiza los exámenes		Médico especialista confirma Hernia del Núcleo Pulposos según los criterios de inclusión y de exclusión		
45	Leucemia en Personas de 15 años y más	Sospecha de Leucemia: médico APS de acuerdo a los siguientes síntomas y signos: fiebre, sudoración nocturna, fatiga, dolor óseo, disnea, hematomas, sangrado fácil (de más de un sitio), infecciones recurrentes, pérdida de peso, dolor abdominal, linfadenopatías, esplenomegalia, debe realizar examen físico completo y exámenes complementarios, partiendo por hemograma y definir eventual referencia. La urgencia en la derivación esta determinada por lo hallazgos clínicos y de laboratorio.		Paciente se realiza el estudio diagnóstico		Especialista confirma o descarta Leucemia Aguda y/o Crónica.		
46	Urgencia Odontológica ambulatoria					El Odontólogo o médico confirma el diagnóstico de Absceso del territorio bucomaxilofacial o de Flegmón y deriva al paciente al nivel secundario.	El odontólogo confirma el diagnóstico de Absceso Subperióstico, pericoronaritis, complicaciones post exodoncia, pulpitis, GUNA, y traumatismo dentoalveolar.	
47	Salud Oral Integral del Adulto de 60 años					Administrativo de SOME APS confirma el otorgamiento de la atención odontológica según la edad del paciente El odontólogo de la APS deriva el paciente al nivel secundario según complejidad.		

Médico en APS indica continuar tratamiento	Médico nivel secundario inicia tratamiento o continúa tratamiento	En la situación de presenta un episodio de exacerbación, Médico en APS o UEH inicia tratamiento exacerbaciones	En caso de paciente portador de EPOC en que se requiera atención por especialista, médico APS deriva al nivel correspondiente para su evaluación			Hoja APS:sospecha PO: Tratamiento OA: Espirometría Basal, Radiografía de tórax simple PO: Exámenes Hoja APS: Confirma o descarta SIC: Derivación
Médico en APS continúa tratamiento Médico nivel secundario inicia tratamiento o continúa tratamiento		En la situación de presentar un episodio de exacerbación, Médico en APS o UEH inicia tratamiento exacerbaciones				Hoja APS:sospecha PO: Tratamiento OA: Espirometría Basal, Radiografía de tórax simple PO: Exámenes Hoja APS: Confirma o descarta SIC: Derivación
Médico Especialista de nivel terciario Continúa con Tratamiento					Médico da alta una vez que se termine el tratamiento	Sospecha
Médico APS indica el tratamiento y el control periódico Médico APS deriva a especialista si la sintomatología persiste. Atención de Especialista				Controles periódicos por médico APS.	Médico da alta por remisión de la sintomatología.	Hoja APS : confirma PO: de tratamiento
Médico Neurólogo o Neurocirujano indica tratamiento quirúrgico o endovascular.				El médico tratante indica el control con especialista antes de 30 días del alta quirúrgica.	Médico da alta por término de tratamiento	SIC: sospecha fundada
Médico Neurólogo o Neurocirujano indica tratamiento quirúrgico.				Control por especialista según indicación médica.	Médico da alta por término de tratamiento	SIC: sospecha
Médico indica la cirugía				Médico indica control con especialista antes de 30 días del alta quirúrgica.	Médico indica alta por término de tratamiento	SIC: sospecha
Tratamiento específico indicado por médico especialista según diagnóstico.				Médico indica control con especialista para Leucemia Crónica y/o Aguda.	Médico indica alta por término de tratamiento	SIC: sospecha
Tratamiento endovenoso y hospitalización en establecimiento de salud de la red. El odontólogo realiza el tratamiento según diagnóstico.					El odontólogo o médico deriva al nivel secundario. El odontólogo indica el alta del paciente.	PO: de tratamiento en Programas Especiales
El odontólogo realiza el tratamiento según el problema del paciente					El odontólogo indica el alta del paciente	Hoja APS: confirma SIC: derivación PO: tratamiento Formulario de Cierre

48	Politraumatizado Grave			Médico de urgencia confirma el problema de salud	
49	Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave	Médico en SAPU sospecha Traumatismo Cráneo Encefálico, y deriva al paciente a otro establecimiento de salud de la red que tenga la capacidad resolutive para confirmar o descartar el diagnóstico.	Paciente se realiza los exámenes para la confirmación del TEC	Médico Neurólogo o Neurocirujano confirma o descarta con resultado de examen	
50	Trauma Ocular Grave	Médico en SAPU sospecha Trauma Ocular Grave, y deriva al paciente a un establecimiento de salud de la red que cuente con oftalmólogo.	Paciente se realiza los exámenes	Médico Oftalmólogo confirma o descarta con resultado de examen	
51	Fibrosis Quística	Médico sospecha Fibrosis Quística y deriva al paciente a un especialista broncopulmonar.	Paciente se realiza los exámenes	Médico especialista confirma el diagnóstico	
52	Artritis Reumatoide	Médico sospecha el artritis reumatoide, y deriva al paciente a un especialista reumatólogo o internista.	Paciente es atendido por un Reumatólogo o Internista	Médico especialista confirma el diagnóstico	
53	Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en adolescentes menores de 20 años	Profesional de la salud APS sospecha el consumo de alcohol y/o droga, y deriva al paciente a un profesional médico de su establecimiento de salud que está a cargo o capacitado para este tipo de atención.	Médico general junto al equipo del área evalúa el paciente	Médico APS confirma el diagnóstico e indica el plan de tratamiento Médico confirma la recaída del paciente	
54	Analgesia del Parto			Se indica la analgesia a la paciente y ella acepta su aplicación	
55	Gran Quemado			Médico de urgencia confirma el diagnóstico según los criterios de inclusión Médico deriva al paciente a un centro de salud con capacidad resolutive	
56	Hipoacusia Bilateral en Personas de 65 años y más que requieren uso de audifono	Médico sospecha pérdida de la audición bilateral y permanente, deriva al paciente a un especialista otorrinolaringólogo.	Paciente es atendido por un Otorrinolaringólogo	Médico especialista confirma el diagnóstico	

Médico realiza tratamiento			Médico cierra el caso cuando se haya realizado el tratamiento completo del Politraumatismo	
Médico Neurólogo o Neurocirujano indica el tratamiento médico o quirúrgico.			Médico indica alta por término de tratamiento	SIC: sospecha
Médico Oftalmólogo indica el tratamiento			Médico indica alta por término de tratamiento	SIC: sospecha
Médico indica el tratamiento según las condiciones de salud del paciente				
Médico indica el tratamiento según las condiciones de salud del paciente				
Paciente recibe el tratamiento mensual incluido en el Plan Ambulatorio Básico (PAB)		Médico indica el plan de seguimiento	Médico indica alta por término de tratamiento	Hoja Diaria: confirma PO: de tratamiento PO: seguimiento Formulario de Cierre
Anestesiista o médico cirujano entrenado administra anestesia epidural continua para partos Médico general o matrona administra Óxido Nitroso			Término de período expulsivo de parto	
Médico indica el tratamiento en el centro de salud con capacidad resolutive		Médico indica control con especialista	Médico indica alta por término de tratamiento	
Médico indica el uso de audifono y otras atenciones requeridas				

**ANEXO N°5:
ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS
EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS
AUGE EN APS 2009**

A continuación se indican algunas directrices según programa o problema de salud que deben ser considerados:

Nº	Programa	Cobertura:	Consideraciones
1	S SALUD DE LA MUJER Anticonceptivos	Lo establece el programa respectivo	Programación, distribución, seguimiento y control, tradicionalmente a cargo del o de la encargado (a) del programa respectivo. La situación continua igual solo que debe existir coordinación con el o la encargado (a) de Servicios Farmacéuticos de la Dirección de Servicio en la gestión técnica y administrativa de la compra y distribución a los establecimientos
4	EPILEPSIA anti-convulsivantes	Nº pacientes adultos bajo control en el nivel 1º Nº pacientes adultos a referir desde el nivel 2º 50% pacientes en tratamiento con carbamazepina de acción convencional 30% con ácido valproico 20 % con fenitoina 10% con fenobarbital 10 % con clonazepam Nº pacientes menor 15 años bajo control en el nivel 1º Nº pacientes menor 15 años a referir desde el nivel 2º	Incluye a pacientes de todas las edades. Los medicamentos sujetos a control legal establecidos en el programa deben ser adquiridos por consultorios, hospitales o droguerías autorizadas. El director técnico de CENABAST entrega las instrucciones para proceder al despacho. Las transferencias de estos productos entre establecimientos deben ser formalizada por la autoridad sanitaria regional. Revisar código CENABAST carbamazepina
5	SALUD CARDIOVASCULAR: insulinas	Nº pacientes BC 2009: 500.000 Nº insulino requirentes (14% BC):70.000 Nº FA insulina NPH año/ paciente :15 Nº jeringas insulina año/paciente: 365 % FA insulina cristalina crisis : 10%	Considerar el aumento de pacientes insulino requirentes en APS. La jeringa para la aplicación de insulina esta considerada en el financiamiento. Para el 2009 se financia una jeringa dia/paciente (deben entregarse junto con el medicamento y la información de uso) Recordar circular B23/Nº 36 de 25/07/06 iPrecauciones y Recomendaciones uso Insulinaí
6	SALUD ADULTO MAYOR: lentes presbicia	100% de adultos mayores evaluados en el programa de salud con presbicia pura un par de lentes 3 dioptrias/ paciente cada 2 años.	Ver Programa Presbicia aprobado por Resol.ex.Nº 410 de 2005, MINSAL. Entregar los lentes en el local de entrega de medicamentos mediante un formulario extendido por el profesional que diagnostica e indica los lentes. Mantener registro mensual de lentes despachados.
7	PARKINSON: antiparkinsonianos	Nº pacientes menos 60 años bajo control en el nivel 1º Nº pacientes menos 60 años a referir desde el nivel 2º 52,5% pacientes con indicación L-Dopa carbidopa 17,5% pacientes con indicación L-Dopa benserasida 505% pacientes con indicación pramipexole 35 % con trihexifenidilo Nº pacientes mas 60 años bajo control en el nivel 1º Nº pacientes menos 60 años a referir desde el nivel 2º 75 % pacientes con indicación L-Dopa carbidopa 25% pacientes con indicación L-Dopa benserasida 25% pacientes con indicación pramipexole 20% con trihexifenidilo 25% con quietapina	Ver ícanasta Enfermedad Parkinsoní. Considerar que trihexifenidilo y quietapina están destinados a pacientes con esta patología y no son compartidos con otras patologías.
8	ARTROSIS: anti-inflamatorios y analgésicos	Nº pacientes adulto mayor diagnosticado bajo control en el nivel 1º 80% pacientes indicación paracetamol Celecoxib. Pacientes con alto riesgo GI y sin riesgo cardiovascular (HTA, ICC) Tramadol: solo paciente con HTA mal controlada, antecedentes ulcera péptica o sangramiento digestivo ultimo año, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal entre otros.	Ver Guía Clínica Tratamiento Artrosis. Considerar que los medicamentos están destinados a pacientes con artrosis de rodilla o cadera . El medicamento de elección es el paracetamol en dosis altas y debe ser despachado de acuerdo a la Norma Nº 9 de la N.G.T.Nº 12 "Dispensación medicamentos a paciente crónico". Tramadol esta destinado solo a estos pacientes al menos por este procedimiento de compra.

ANEXO N°6: MARCO JURÍDICO

La Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria, y su Reglamento General Decreto N° 2296 y Decreto N° 1889 de Carrera Funcionaria que regulan la administración, el financiamiento, la coordinación y relaciones laborales de la atención primaria municipalizada, incluyen, entre otros temas, los elementos básicos a considerar para la programación local.

Entre sus principales aspectos, esta el Programa de Salud de la Comuna que debe contener el programa de capacitación válido para la Carrera Funcionaria, que a su vez, debe incluir las actividades tendientes a la adquisición de competencias nuevas que permitan el mejoramiento de la atención y la mayor resolutivez, como la mejoría en la atención y la implementación del Modelo de Salud Familiar y de Gestión del equipo de Salud.

Además esta Ley en su Art. 59°, crea las Comisiones Técnicas de Salud Comunal y en su Reglamento General Decreto N° 2296 (Art. 16 al 25), se señala la asesoría técnica que deben proporcionar los Servicios de Salud para apoyar en la Formulación del Proyecto de la programación local. Además, la Ley regula la fijación de la dotación y los criterios para ello. Asimismo, establece un Sistema de remuneraciones y define conceptos básicos sobre Sueldos y asigna responsabilidades en su fijación al I Consejo Municipal (Art. 39).

En el Título 3, Párrafo 1°, Art. 49° los criterios que determinaran el aporte mensual de financiamiento y que incorpora población, nivel socioeconómico y ruralidad, prestaciones que se programen y prestaciones que efectivamente se realicen medido mediante IAAPS.

El 5 de Enero del 2007 se publicó en el Diario Oficial la Ley N° 20.157, que establece normas para fijar nueva estructura de Entidad Administradora y Establecimientos Municipales y establece cambios en el número y denominación de las Jefaturas. Se autoriza hasta 9 jefaturas por establecimiento y se permite hasta tres Jefaturas en Comunas con solo Postas. Se modifican porcentajes de asignación por cumplimiento de metas de la Ley 19.378 aumentándose el porcentaje fijo a 10,3% gradualmente al año 2010 y el porcentaje de la asignación a 11,9% al 2010 para quienes cumplan el 90% o más de las metas y hasta

un 5,95% para quienes cumplan entre 75 y 89% de las metas. Crea un nuevo periodo de incentivo al retiro para funcionarios de Atención Primaria, de 10 meses para los hombres y 11 meses para las mujeres.

Se establecen modificaciones a la asignación de desempeño difícil separando el mundo urbano del mundo rural y alargando a tres y cinco años respectivamente la realización del proceso de calificación. Solo postularán los establecimientos urbanos. Los rurales tendrán el beneficio sin necesidad de postular, sin embargo, también deben ser calificados para asignarles el tramo de asignación que les va a corresponder. Solo el 25% de los establecimientos urbanos tendrán derecho al beneficio, en tres tramos de 15%, 10% y 5% para el 10% hasta el 20% y hasta el 100% de las dotaciones de establecimientos calificados respectivamente y los rurales percibirán 26%, 19% y 10% para el 10%, el 10% y el 100% de las dotaciones de los establecimientos rurales. Se crea una bonificación especial para chóferes de un 17% sobre el nivel y categoría en una carrera referencial lineal.

ANEXOS N° 7: CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA Y AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD

Tabla N°1. ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO SUGERIDOS

Prestaciones	Duración	Rendimiento
N° de consultas por hora psiquiatra	30 min.	2 consultas / hora médica
N° de consultas por hora resto especialidades	15 min.	4 consultas / hora médica
N° de consultas por hora odontología	20 min.	3 consultas / hora médica
N° de consultas abreviadas por hora médico*	5 min.	12 consultas / hora médica
N° de consultas por psicólogo u otro profesional de salud mental	30 min.	2 consultas / hora médica
N° de psicoterapias individuales	45 min.	1,33 psicoterapias / hora
N° de psicoterapias grupales (6 personas)	2 horas	3 psicoterapias / hora
N° de intervenciones psicoterapéuticas grupales (8 personas)	2 horas	4 psicoterapias / hora
N° de consultorías psicoterapéuticas (6 casos)	4 horas	1,5 casos / hora
N° de horas médicas por día cama básica	15 min.	4 visitas cama / hora médica
N° de horas médicas por día cama UTI	30 min.	2 visitas cama / hora médica
N° de horas médicas por día cama UCI	60 min.	1 visita cama / hora médica
N° de procedimientos (promedio) por hora médica	30 min.	2 procedimientos / hora médica
N° de cirugías menores por hora médica	30 min.	2 cirugías menores / hora médica
N° de cirugías mayores por hora pabellón	120 min.	0.5 cirugía mayor / hora pabellón
N° de horas cirujano por cirugía mayor	120 min. x 2 cirujanos	0.25 cirugía mayor / hora cirujano
N° de cirugías ambulatorias por hora pabellón	60 min.	1 cirugía ambulatoria / hora pabellón
N° de horas cirujano por cirugía ambulatoria	60 min. x 2 cirujanos	0.5 cirugía ambulatoria / hora cirujano
N° de cirugías obstétricas por hora pabellón	60 min.	1 cirugía obstétrica / hora pabellón
N° de horas m. obstetra por cirugía obstétrica		1 cirugía obstétrica / hora médica

* Consulta abreviada para receta o lectura de exámenes.

Tabla N°2: ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO SUGERIDOS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

2.1. Especialidad: Cirugía Bucal y Máxilo Facial

Actividad	Rendimiento por hora		Tiempo en minutos	
	mínimo	máximo	mínimo	máximo
Urgencia Actividad	6	6	10'	10'
Examen y Diagnóstico	4	4	15'	15'
Controles	5	6	12'	10'
Exodoncia	6	6	10'	10'
Intervenciones Cirugía Bucal	2	3	30'	20'
Intervenciones Cirugía y Traumatología Máxilo Facial	0,5	0,5	120'	120'

2.2. Especialidad: Endodoncia

Actividad	Rendimiento por hora		Tiempo en minutos	
	mínimo	máximo	mínimo	máximo
Urgencia Actividad	6	6	10'	10'
Examen y Diagnóstico	4	4	15'	15'
Pulpotomía	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	3	3	20'	20'
Radiografía retroalveolar	6	8	10'	7.5'

2.3. Especialidad: Odontopediatría

Actividad	Rendimiento por hora		Tiempo en minutos	
	mínimo	máximo	mínimo	máximo
Examen y Diagnóstico	4	4	15'	15'
Control Odontológico Niño Sano	3	4	20'	15'
Aplicación de Sellantes	6	10	10'	6'
Fluoruración Típica	6	10	10'	6'
Pulido Coronario Destartraje Supraging	3	3	20'	20'
Pulpotomía	3	4	20'	15'
Examen y Diagnóstico 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'

2.4. Especialidad: Operatoria

Actividad	Rendimiento por hora		Tiempo en minutos	
	mínimo	máximo	mínimo	máximo
Examen y Diagnóstico	4	4	15'	15'
Fluoruración Típica	6	10	10'	6'
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'

2.5. Especialidad: Ortodoncia

Actividad	Rendimiento por hora		Tiempo en minutos	
	mínimo	máximo	mínimo	máximo
Urgencia Actividad	6	6	10'	10'
Ingreso	no tiene	no tiene		
Exámen 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'
Sesión 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'

2.6. Especialidad: Periodoncia

Actividad	Rendimiento por hora		Tiempo en minutos	
	mínimo	máximo	mínimo	máximo
Urgencia Actividad	6	6	10'	10'
Examen y Diagnóstico	4	4	15'	15'
Destartraje supragingival y Pulido Coronario	3	3	20'	20'
Destartraje subgingival y Pulido Radicular	3	3	20'	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'

2.7. 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'
Teleradio gráficas	4	6	15'	10'
Sialografías	1	2	60'	30'

Tabla N° 3: ESTÁNDARES DE GRADO DE USO SUGERIDOS:
Índice Ocupacional cama básica 85% y cama crítica 80%

CÁLCULO DEL TIEMPO DISPONIBLE PARA ATENCIÓN DIRECTA DE PACIENTES.

ÍTEM	DÍAS A RESTAR POR ÍTEM	DÍAS AÑO	% RESPECTO DE HRS. CONTRATADAS	
TOTAL DÍAS AÑO		365		
SÁBADOS Y DOMINGOS	105	260	100%	Contrato Diurno
FESTIVOS (L-V)	10	250	96%	Laborable
VACACIONES	15	235	90%	Exigible
LIC. MÉDICAS + PERMISOS ADMINISTRATIVOS	5	230	88%	Disponibile
ATENCIÓN	Indirecta	Directa		
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DISPONIBLE	10%	90%	80%	Disponibile Atención Directa de Pacientes



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD