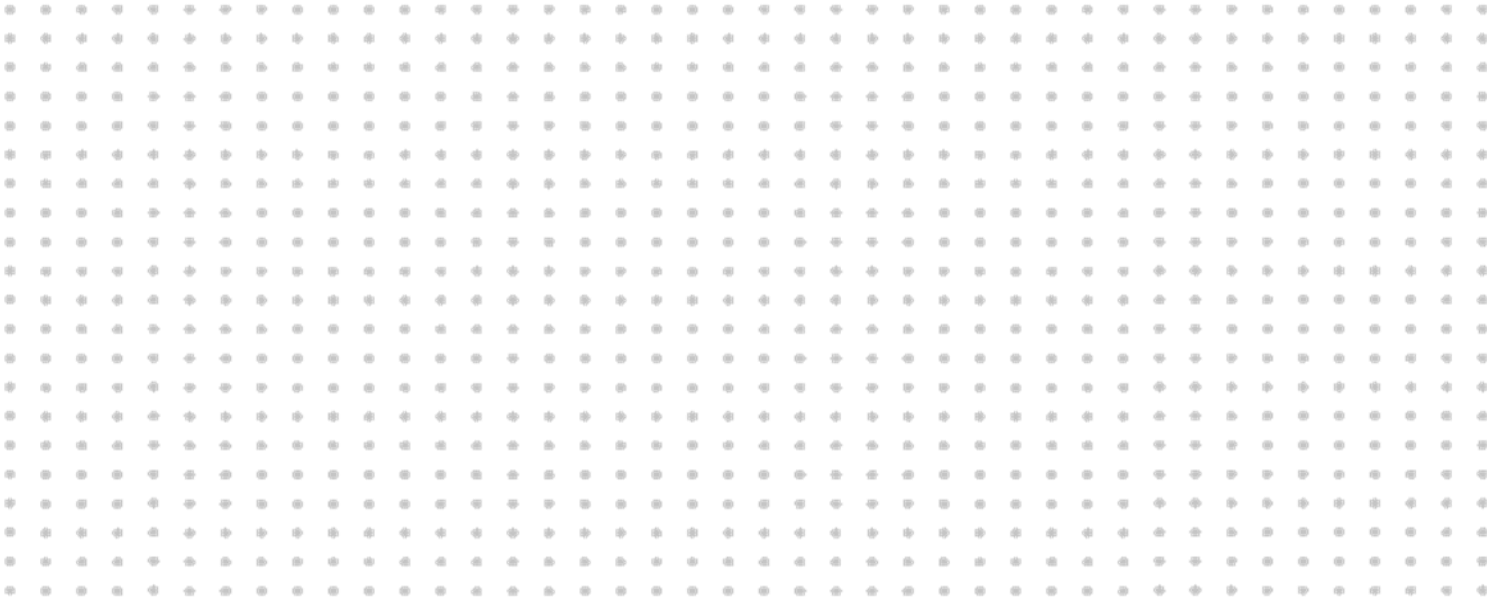


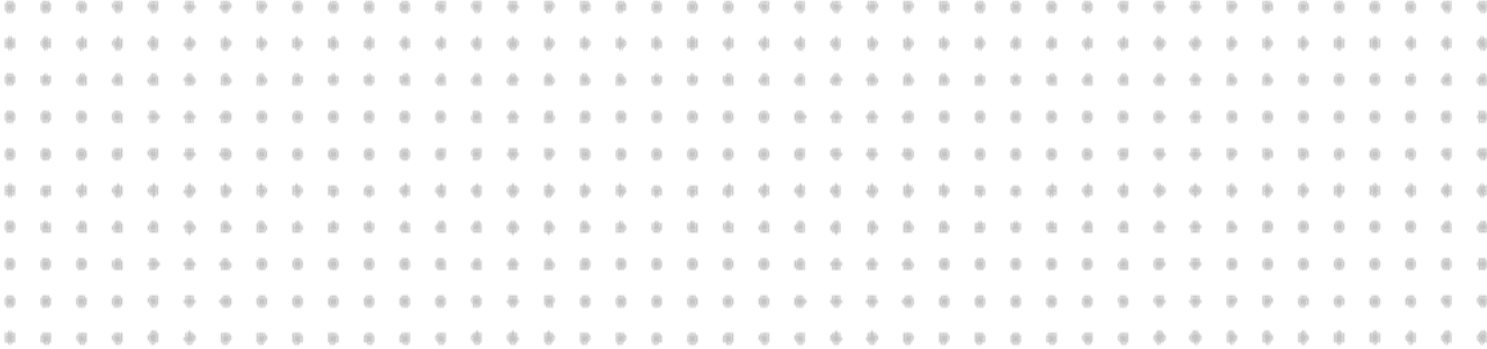


# **ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED**

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

**MINISTERIO DE SALUD**

**2027**



# ÍNDICE

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN                                                                          | 4  |
| OBJETIVO DEL DOCUMENTO                                                                | 6  |
| ALCANCE                                                                               | 6  |
| ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO                                                              | 6  |
| GLOSARIO                                                                              | 7  |
| CAPÍTULO I. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN EN RED                | 10 |
| CAPÍTULO II. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED             | 15 |
| CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA LOCAL Y EN RED   | 25 |
| CAPÍTULO IV: ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA | 35 |
| LISTADO DE RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS ESPECÍFICAS (RPE)                            | 60 |
| REFERENCIAS                                                                           | 69 |

# INTRODUCCIÓN

Una red de salud se construye mediante la acción coordinada de todos sus integrantes. La planificación sanitaria y la programación en red permiten organizar esa acción para promover la salud, prevenir las enfermedades y garantizar diagnósticos y tratamientos oportunos. Asimismo, contribuyen a la rehabilitación, la provisión de cuidados paliativos y la continuidad de la atención durante todo el curso de vida. Para cumplir estos propósitos, Chile cuenta con equipos de salud comprometidos y experimentados, así como con una red pública desplegada en todo el territorio, cuya capacidad debe fortalecerse y aprovecharse de manera integrada.

La planificación local y en red se facilita con la coherencia entre las prioridades nacionales, las necesidades sanitarias de cada población y las decisiones que se adoptan en los niveles de macro, meso y micro gestión. Su propósito no es únicamente distribuir actividades y recursos, sino orientar la red hacia resultados sanitarios verificables, acceso equitativo y oportuno, calidad y seguridad de la atención, continuidad del cuidado y uso responsable de los recursos públicos.

Las presentes orientaciones renuevan el llamado del Ministerio de Salud a trabajar como una sola red, mediante la articulación de la atención primaria, la atención de especialidad, los hospitales y los cuidados domiciliarios y paliativos. Esta labor exige coordinar a los servicios de salud y los municipios con otros organismos del Estado, así como incorporar, cuando resulte necesario, a las universidades, a las organizaciones de la sociedad civil y al mundo privado, con pleno resguardo de la rectoría sanitaria, la protección de las personas y la responsabilidad por los resultados.

La Agenda Estratégica del Ministerio de Salud para el período 2026-2030 establece como ámbitos prioritarios el fortalecimiento de la gobernanza de la red de salud, el aumento de su capacidad resolutive, la mejora de la gestión institucional, el uso eficiente de los recursos, la aceleración de la transformación digital y el desarrollo de las capacidades de las organizaciones y de quienes trabajan en ellas. Estos ámbitos deben traducirse en procesos concretos de planificación, programación, gestión de demanda, monitoreo y evaluación en cada uno de los establecimientos de salud.

En el ámbito sanitario y asistencial, las prioridades comprenden la reducción sostenida de los tiempos de espera, el fortalecimiento de la respuesta frente al cáncer; desde la prevención y la pesquisa hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos; el fortalecimiento de la función preventiva y de seguimiento de la Atención Primaria de Salud, el acceso a la salud mental, la atención preferente y oportuna de las personas mayores y la respuesta sólida frente a las enfermedades transmisibles, riesgos ambientales y emergencias sanitarias.

La transformación digital constituye un habilitador esencial para mejorar la continuidad y el acceso a la atención mediante el avance en la implementación de la interoperabilidad, la historia clínica compartida, la receta electrónica y el acceso a datos oportunos para orientar las decisiones clínicas y de gestión, evitar duplicaciones y permitir evaluar el desempeño de la red. La planificación de inversiones, especialistas, personal e infraestructura deberá basarse en las necesidades sanitarias y en criterios de eficiencia y sostenibilidad.

Estas orientaciones reconocen la diversidad geográfica, demográfica, epidemiológica, social y cultural del país. Por ello, corresponde a los equipos gestores adaptar la planificación a las características de sus comunidades, identificar brechas de acceso y resultados, fortalecer la participación de estas y coordinar las acciones sanitarias con los procesos del gobierno local y del Inter sector. La programación anual debe ser consistente con una mirada de mediano plazo y con metas que permitan verificar avances efectivos en salud y bienestar.

El desafío consiste en transformar las prioridades sanitarias en capacidades operativas y resultados concretos para las personas, lo que requiere liderazgo clínico y administrativo, trabajo colaborativo, responsabilidad y una cultura institucional orientada a la resolución de los problemas. Confiamos en la experiencia, el compromiso y la vocación de servicio de los equipos de salud para avanzar hacia una red pública más integrada, resolutive y humana.

**Dr. Julio Montt Vidal**  
**Subsecretario de Redes Asistenciales**

## OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Orientar el desarrollo de procesos de planificación sanitaria local y programación operativa mediante un marco conceptual, normativo y metodológico común que favorezca la coordinación de la red asistencial.

## ALCANCE

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

## ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

La presente orientación cuenta con cuatro capítulos:

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

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

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

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

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

## GLOSARIO

- 
- **Planificación sanitaria:** Proceso sistemático, participativo y continuo mediante el cual se analizan las necesidades y problemas de salud de una población, sus determinantes, la oferta disponible y las brechas existentes, para establecer prioridades, objetivos, estrategias, recursos, responsabilidades, metas e indicadores destinados a mejorar los resultados sanitarios. Comprende diagnóstico, priorización, formulación, ejecución, seguimiento y evaluación. Su propósito no es simplemente elaborar un plan, sino orientar decisiones y coordinar esfuerzos para utilizar los recursos con efectividad, eficiencia, equidad y pertinencia territorial. MINSAL la reconoce como una herramienta central del ciclo de gestión asistencial y de la conducción de las redes de salud.
- 
- **Planificación local:** Proceso de planificación sanitaria desarrollado en un territorio determinado: comuna, establecimiento o conjunto de establecimientos, mediante el cual las prioridades nacionales y regionales se adaptan a las características epidemiológicas, demográficas, sociales, culturales y geográficas de la población local. Debe incorporar el diagnóstico territorial, las necesidades expresadas por la comunidad, los recursos disponibles, la capacidad resolutoria de los establecimientos y la coordinación con municipios, organizaciones sociales y otros sectores. Su principal expresión en la APS municipal chilena es el Plan de Salud Comunal. Las presentes orientaciones se encuentran en ese contexto ampliando la mirada a la lógica de red integrada de salud.
- 
- **Planificación en red:** Proceso coordinado mediante el cual los establecimientos, niveles de atención, unidades de gestión y demás actores de una red asistencial definen conjuntamente prioridades, objetivos, flujos de atención, capacidades, responsabilidades y mecanismos de articulación para responder integralmente a las necesidades de una población territorialmente definida. Supone superar la planificación aislada de cada establecimiento. Debe integrar APS, especialidad ambulatoria, hospitales, urgencias, rehabilitación, cuidados paliativos y dispositivos comunitarios, considerando la complementariedad de recursos y la continuidad del cuidado.
- 
- **Programación operativa:** Instrumento de gestión que traduce los objetivos y estrategias de la planificación sanitaria en actividades concretas, cuantificables y ejecutables durante un periodo determinado, habitualmente anual. Define qué actividades y prestaciones se realizarán, a qué población estarán dirigidas, en qué cantidad, con qué recursos humanos y físicos, bajo qué rendimientos, plazos, responsables e indicadores. En términos simples, la planificación señala qué se pretende lograr y la programación operativa determina cómo, cuánto, cuándo y con qué recursos se hará.
- 
- **Integración sanitaria:** Proceso mediante el cual las políticas, funciones de salud pública, servicios asistenciales, equipos, niveles de atención y sectores relacionados se articulan como un conjunto coherente, evitando fragmentaciones, duplicaciones, vacíos de atención y contradicciones organizacionales. Busca que las personas reciban, según sus necesidades y durante todo el curso de vida, un continuo de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, coordinadas entre establecimientos, niveles asistenciales y sectores. Implica la coordinación de diferentes servicios y unidades en una lógica de sistema de salud.
- 
- **Gobernanza sanitaria:** Conjunto de procesos, estructuras, reglas e instituciones mediante los cuales se conduce, regula, supervisa y controla el sistema de salud, se distribuyen responsabilidades, se

toman decisiones y se exige rendición de cuentas. La gobernanza no equivale solamente a autoridad jerárquica: supone capacidad efectiva para alinear actores institucionales y sociales en torno a objetivos sanitarios comunes.

- 
- **Red integrada de servicios de salud:** Conjunto articulado de organizaciones y prestadores que entrega, o dispone los arreglos necesarios para entregar servicios de salud equitativos, integrales y continuos a una población definida, y que asume responsabilidad por sus resultados sanitarios, clínicos y económicos. Una red integrada se organiza en torno a las necesidades de las personas y del territorio, tiene una APS fortalecida como primer contacto y coordinadora del cuidado, cuenta con mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, comparte información y recursos y procura resolver los problemas en el nivel más pertinente.
- 
- **Gestión sanitaria:** Proceso de conducción y administración de políticas, programas, recursos, organizaciones e intervenciones destinadas a proteger y mejorar la salud de una población. Comprende planificación, organización, dirección, coordinación, asignación de recursos, implementación, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas. Su ámbito es más amplio que la atención clínica, pues incluye salud pública, promoción, prevención, regulación, vigilancia, acción intersectorial y gestión de servicios, con orientación a resultados sanitarios, equidad y eficiencia.
- 
- **Gestión asistencial:** Conjunto de decisiones y procesos destinados a organizar, coordinar, supervisar y mejorar la prestación efectiva de servicios de atención de salud a las personas dentro de los establecimientos y de la red asistencial. Comprende, entre otros elementos, gestión de demanda y oferta, acceso, agendas, listas de espera, camas, pabellones, derivaciones, referencia y contrarreferencia, procesos clínicos, calidad, seguridad, productividad y uso de recursos. Su finalidad es asegurar atenciones oportunas, resolutivas, continuas, seguras y de calidad.
- 
- **Continuidad asistencial:** Grado en que una persona experimenta su atención como una secuencia coherente, conectada y consistente a lo largo del tiempo, de acuerdo con sus necesidades y preferencias, aunque intervengan distintos profesionales, establecimientos o niveles de atención.
  - Comprende al menos:
    - Continuidad relacional: vínculo sostenido con equipos o profesionales.
    - Continuidad de información: disponibilidad y transferencia pertinente de antecedentes clínicos.
    - Continuidad de gestión: coherencia entre planes, indicaciones, derivaciones y tratamientos.

No significa que la persona sea atendida siempre por el mismo profesional, sino que las distintas intervenciones formen parte de un cuidado reconocible y articulado.
- **Participación vinculante:** Modalidad de participación social en la cual las opiniones, acuerdos o decisiones de la comunidad tienen una incidencia formal, previamente definida y verificable en la formulación, priorización, ejecución o evaluación de políticas, planes y servicios de salud. Para ser vinculante no basta con informar o consultar. Deben existir reglas explícitas que señalen qué materias pueden decidirse conjuntamente, cómo se incorporarán los resultados, qué obligaciones asume la autoridad y cómo se dará cuenta de la decisión adoptada. La participación vinculante no elimina las

competencias legales de la autoridad sanitaria, pero obliga a que la intervención comunitaria produzca consecuencias reales y trazables.

- 
- **Coordinación asistencial:** Proceso deliberado mediante el cual se ordenan y conectan las actividades de atención realizadas por distintos profesionales, unidades, establecimientos y niveles asistenciales, para que la persona reciba los servicios requeridos de manera oportuna, complementaria y coherente. Incluye intercambio de información, definición de responsabilidades, comunicación entre equipos, rutas clínicas, referencia y contrarreferencia, seguimiento de derivaciones, gestión de transiciones y acuerdos sobre el plan de cuidado. La coordinación es uno de los mecanismos que hacen posible la integración y la continuidad asistencial.

# CAPÍTULO I. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN EN RED

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

## 1.1. Sistemas de salud y sus funciones esenciales

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

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

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

La fragmentación de la red asistencial es una gran dificultad que repercute directamente en el nivel de acceso, cobertura y oportunidad de atención de salud de las personas. En ese sentido, uno de los principales desafíos de los gestores de Servicios de Salud es la efectiva integración de los centros de salud de su dependencia y de las prestaciones de salud que otorgan, siendo clave para ese proceso la planificación sanitaria. Para ello, se cuenta con el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario (MAIS) como marco de acción, además que los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por los Objetivos Sanitarios de la Década contemplados en la estrategia nacional de salud (ENS).

---

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

## 1.2. Marco legal

En nuestro país, la red pública de salud se organiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, (en adelante, el Sistema) y se constituye por 29 Servicios de Salud<sup>2</sup>, comprendidos como organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para acometer las acciones integradas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de las personas, dependiendo del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a su supervigilancia en su funcionamiento, siendo coordinados para tal efecto por la Subsecretaría de Redes Asistenciales<sup>3</sup>.

Por su parte, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos públicos que forman parte de él, los establecimientos municipales de Atención Primaria de salud (APS) de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud correspondiente, y todos ellos deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población<sup>4</sup>, misma exigencia que se hace a cada Servicio de Salud para relacionarse con otros Servicios del Sistema, para perseguir el mismo objetivo<sup>5</sup>.

Los establecimientos públicos que forman parte de cada Servicio de Salud se clasifican en “Establecimientos de Autogestión en Red”<sup>6</sup> y “Establecimientos de Salud de Menor Complejidad”<sup>7</sup>, en tanto que el nivel primario de atención de salud está conformado con “Establecimientos de Atención Primaria”<sup>8</sup>, pudiendo ser administrados por Entidades Administradoras de Salud Municipal<sup>9</sup>, o ser dependientes de Servicios de Salud de manera directa o delegada<sup>10</sup>. También existe la clasificación por establecimientos de alta, mediana y baja complejidad<sup>11</sup> y que son denominados actualmente como de tercer, segundo o primer nivel.

## 1.3. Roles y funciones de la planificación en Red

Será una condición necesaria, instalar en cada nivel de gestión y operativo un modelo que explicita como mínimo:

- Los actores del nivel correspondiente (macro, meso y microgestión)
- Actividades y prestaciones señaladas como: impostergables, modificables y aplazables.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Identificación de la infraestructura de la red y su cualificación de ser necesaria una eventual adecuación de su funcionalidad en condiciones especiales.
- Lugares comunitarios o del intersector alternativos y/o complementarios de atención.
- Medios de comunicación y coordinación.

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

### **1.3.1. Ministerio de Salud**

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende entre otras materias:
  1. La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
  2. La definición de objetivos sanitarios nacionales.
  3. La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
  4. La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas.
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas. Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.
- Le corresponderá, de acuerdo con lo establecido en la Ley N.º 19.937, artículo 4, formular y fijar las políticas de salud, que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

### **1.3.2. SEREMI de Salud**

- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, además de mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico
- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.
- Integrar la comisión que revise las dotaciones de atención primaria, en caso de que la propuesta desarrollada por las entidades administradoras para fijarlas no haya sido aprobada por el respectivo Servicio de Salud.
- Articular el trabajo intersectorial y territorial para incorporar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la gestión institucional, promoviendo acciones coordinadas e integradas para obtener los indicadores que contribuyen a mejorar los resultados en salud de la población

- .

### 1.3.3. Servicios de Salud

- Analizar y gestionar toda su oferta institucional y la demanda actualizada, según los requerimientos de salud de la población y la presentación del plan anual.
- Articular, gestionar y velar por el desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas que lo requieran.
- Gestionar las medidas necesarias para la referencia y contra referencia de los usuarios del sistema, dentro y fuera de la red, para dar continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención a la población.
- Respecto a la APS municipal, a los Servicios de Salud les corresponde liderar los procesos en su rol de gobernanza como, por ejemplo: observar la fijación de la dotación de APS, integrar las comisiones de concursos de establecimientos de APS de las comunas de su jurisdicción, transferencia del aporte estatal y de los recursos de programas mediante convenios. Le corresponde además acompañar, supervisar y controlar el cumplimiento normativo de los planes y programas definidos por el MINSAL para ese nivel de atención.
- El gestor de red dispone de distintas instancias para facilitar la articulación de la red asistencial. Uno de ellos, es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA).

### 1.3.4. Entidad administradora de salud municipal

- 
- Le corresponderá formular el Plan de Salud Comunal, el cual contiene las actividades a realizar tanto por la entidad administradora como por los establecimientos de su dependencia, las cuales son diseñadas según los énfasis y prioridades definidas localmente, y las programaciones de los establecimientos respectivos.
- Definir la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud. Lo anterior sin renunciar a generar las adaptaciones necesarias según la realidad local.

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

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

## 1.4. Aspectos de la gestión sanitaria y asistencial

A las personas gestoras de redes de salud, independiente del nivel de atención en el que les corresponda interactuar, no solo les corresponde la planificación sanitaria de la organización asistencial que lideran, sino que también otras tareas propias de la gestión en salud, y que se

desencadenan de esta primera función. A saber, también deben ser parte de su quehacer las funciones de programación operativa de recursos asistenciales, provisión y disposición de acciones sanitarias para su ejecución, monitoreo de la actividad asistencial y evaluación del cumplimiento de lo planificado y programado. De las funciones antes mencionadas, se desprenden las siguientes etapas del Ciclo de Gestión Asistencial:

- **Programación:** Corresponde a la representación y disposición esquemática de las acciones sanitarias relativas a su quehacer asistencial, y de las acciones operativas necesarias para soportar el funcionamiento del o de los establecimientos de salud sobre los que se programa. Esta programación, a su vez, debe reflejar los énfasis señalados en la Planificación Sanitaria y situarse en un periodo razonable para su ejecución.
- **Agendamiento:** Es la representación y disposición efectiva de las acciones sanitarias a ofrecer a las personas y comunidades que las necesiten. El proceso de agendamiento debe considerar el brindar oportunidades efectivas de acceso a estas acciones sanitarias, así como reflejar, en el mediano plazo, la cantidad y características de las acciones sanitarias programadas previamente. Para el nivel secundario y terciario es importante considerar estos elementos de acuerdo a la Orientación Técnica de Gestión de agenda en establecimientos ambulatorios de especialidades, el cual corresponde a un proceso operativo encargado de asignar una citación para atención de salud a un usuario, incorporando elementos de priorización de la necesidad de salud de la persona, oferta de horas disponibles de los profesionales junto con el contacto efectivo y disponibilidad del usuario para su asistencia, junto a la entrega de indicaciones, cuando sea requerido.
- **Producción asistencial:** Corresponde a la ejecución efectiva de las acciones sanitarias ofertadas a la población, y que se espera, sea un correlato de aquellas acciones realmente ofertadas y demandadas por las personas.
- **Evaluación:** Es el proceso que permite vincular, mediante el monitoreo de la producción asistencial y la observación de indicadores de proceso, resultado e impacto, la correcta ejecución de la Planificación Sanitaria. Esta evaluación, a su vez, sirve como insumo para la adecuación de aspectos programáticos posibles de corregir, así como la formulación de próximos procesos de planificación.

## CAPÍTULO II. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED

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

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

#### 2.1.1. Enfoque de derechos ciudadanos y protección social

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en su diario vivir, así como en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso para todos (12).

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

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

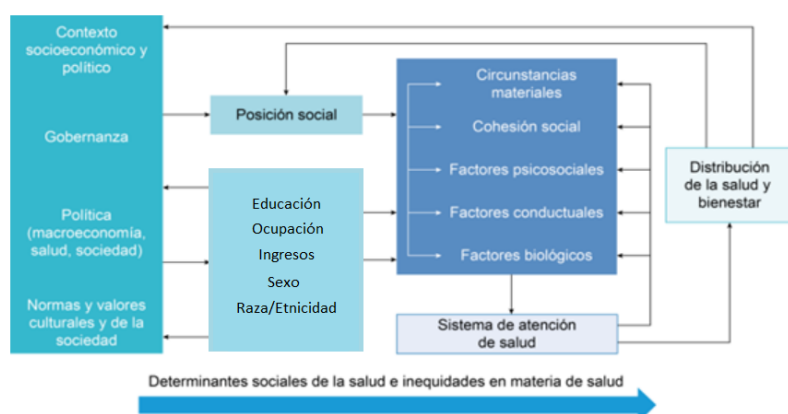


**Figura 1.** Modelo de determinantes sociales de la salud (Fuente: OPS/OMS.2013)

La salud es, de acuerdo con este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que

tengan las personas para desarrollar su potencial. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

### **2.1.3. Enfoque de curso de vida**

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples DSS interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones para producir resultados en salud. Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, persona mayor y también en las siguientes generaciones. En este contexto, se considera la salud como un continuo integrado y dinámico en que existe un efecto acumulado de los determinantes sociales, siendo clave la implementación temprana de acciones de promoción y prevención en salud, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida.

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

### **2.1.4. Enfoque de equidad en salud**

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

Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades evitables en el acceso y resultados en salud y sus determinantes, y que existen entre las personas y grupos con diferente condición o estatus social, siendo necesario no solo identificar grupos y territorios excluidos, sino también los mecanismos que explican tales diferencias. A continuación, se mencionan elementos que se deben considerar al momento de planificar acciones sanitarias que den cuenta de disminución de estas brechas.

La igualdad de trato y la no discriminación por razones de sexo es un derecho humano fundamental sólidamente consagrado en todos los grandes instrumentos internacionales y regionales<sup>12</sup>. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que hombres y mujeres, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, adquirir una discapacidad o morir por causas que son injustas y evitables.

---

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

La incorporación del enfoque intercultural en el desarrollo e implementación de políticas, programas, normas y la implementación del modelo de atención de salud con pertinencia cultural, de acuerdo con la realidad de cada territorio, permite al Sistema de Salud operacionalizar la interculturalidad, lo que exige permanentemente hacer adecuaciones de sus propias prácticas y de su cultura organizacional para hacerlo más accesible y aceptable.

### **Pueblos indígenas**

La pertenencia a un pueblo indígena opera como elemento estructural de inequidades sanitarias. En Chile, los pueblos indígenas tienen sistemáticamente peores resultados en pobreza por ingresos, pobreza multidimensional, menor nivel de escolaridad y mayores índices de desocupación. Estos indicadores dan cuenta de la reproducción de factores de exclusión que se reflejan en resultados en salud inequitativos para la población indígena, que se traducen en el deterioro de su nivel de salud.

La ley 20.584, en su art.7° entrega responsabilidad institucional al sector salud para que adopte las medidas necesarias para la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, resguardando el pleno y efectivo derecho de los pueblos indígenas a través de sus propias instituciones representativas, en el marco del Convenio N°169, OIT.

### **Población migrante**

Tanto la condición como la experiencia migratoria en sus diferentes etapas, supone la exposición a riesgos psicosociales y ambientales que tienen impacto y generan desigualdades en salud de este grupo, las cuales cuentan con una gran variabilidad según el estrato socioeconómico y la condición legal de las personas migrantes. Particular atención debiera tener la migración irregular<sup>13</sup>, ya que por las condiciones en que se ha desarrollado su proceso migratorio, su exposición a riesgos ha sido mayor desde su lugar de origen, durante el tránsito y en el lugar de destino. Se suma a ello que la evidencia señala que este grupo es el más propenso a experimentar barreras de acceso al sistema de salud, específicamente la atención primaria.

El marco normativo nacional que rige respecto a personas migrantes y refugiadas del Ministerio de Salud es la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile, Resol. Ex. N°1308 del 30.10.2017, cuyo propósito es contribuir al máximo estado de salud de los migrantes Internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos.

#### **2.1.5. Enfoque de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS)**

Para abordar la complejidad de las determinantes sociales que influyen en los factores biopsicosociales de las víctimas y sus familias producto de la desaparición forzada, ejecución, tortura, exoneración, relegación, clandestinidad y exilio por razones políticas ocurridas en el periodo comprendido entre el 11 de septiembre de 1973 y 10 de marzo de 1990; se debe reconocer que esta población refiere mayor vulnerabilidad y riesgo aumentado de daño a su salud integral debido a la tensión permanente a las que estas personas han estado sometidas gatillando características

---

<sup>13</sup> Personas extranjeras que han ingresado al país por pasos no habilitados o que habiendo ingresado de forma regular su permiso no está vigente.

especiales que la diferencian de los procesos de enfermedad que afectan a la población no expuesta a este tipo de violencia. Sumado a otros determinantes estructurales tales como la dificultad en el acceso a la verdad y justicia, la relativización de los hechos, entre otros, han reflejado resultados en salud inequitativos para esta población, que se traducen en el deterioro de su nivel de salud y calidad de vida.

### 2.1.6. Participación social y comunitaria

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

En el marco normativo nacional, destaca la Ley N.º 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, promulgada en 2011(14), que institucionaliza la participación ciudadana como un principio de la gestión pública. Asimismo, el Instructivo Presidencial N.º 007 para el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública (15), vigente, orienta a los órganos de la Administración del Estado a promover una participación significativa, inclusiva y con enfoque de derechos, incorporando especialmente a los grupos históricamente excluidos de los procesos de toma de decisiones y promoviendo la igualdad de género.

En este contexto, la participación social y comunitaria constituye un componente estratégico para avanzar hacia un sistema de salud más democrático, transparente y centrado en las personas, promoviendo la transición desde modelos orientados principalmente a la entrega de información y acceso a prestaciones hacia modelos de participación incidente y deliberativa, donde las personas, las familias y las comunidades contribuyan activamente a la definición, implementación y evaluación de las políticas e intervenciones que afectan su salud y bienestar(17).

### 2.1.7. Calidad y seguridad de la atención

Debe constituir un eje central y transversal en la planificación y programación en APS, ya que resulta crucial el enfoque de calidad porque:

- Ordena el trabajo con un sentido sanitario, más allá de lo meramente administrativo.
- Mejora los resultados clínicos y organizacionales.
- Optimiza el uso de recursos y la eficiencia de los procesos.
- Fortalece la seguridad del paciente mediante la reducción de riesgos, la implementación de protocolos estandarizados y la mejora de la experiencia usuaria.
- Contribuye a una APS más resolutoria, integrada y centrada en las personas, atendiendo las necesidades reales de la población, para otorgar una atención sanitaria de calidad (acciones educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento)
- Favorece la continuidad del cuidado.

- Permite una adecuada priorización y monitoreo, evaluando resultados y ajustando la planificación, fortaleciendo así la gestión local y en red.
- 

En este contexto, la Reforma de Salud del 2005 incorporó entre sus principios la **calidad de la atención** y estableció, dentro del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), la **garantía de calidad** para un conjunto definido de prestaciones. Posteriormente, la **Ley N.º 20.584 (2012)**, en su artículo 4º, reconoció explícitamente el **derecho de las personas a recibir una atención de salud segura**. La implementación de este marco normativo se ha materializado mediante el cumplimiento de los requerimientos básicos de estructura para la autorización sanitaria, establecidos en el D.S. N.º 58/2008 (NTB); la creación de los programas de calidad y seguridad de la atención en los prestadores institucionales de salud, orientados a fortalecer la cultura de seguridad y la mejora continua de procesos Norma 154<sup>[1]</sup>, el desarrollo del Sistema Nacional de Acreditación y el cumplimiento de normas y protocolos vinculados con la **seguridad del paciente**.

Finalmente considerar en la programación incluir las acciones del Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2025–2030 <sup>[2]</sup> que busca mejorar la atención en salud con equidad, calidad y seguridad, articulando acciones entre actores y niveles del sistema, alineado con la estrategia nacional de salud y basado en lineamientos de la OMS adaptados para nuestro país

## 2.2. Leyes relacionadas con la atención de salud

### 2.2.1. Ley de Derechos y Deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud

La ley N° 20.584 plantea que toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes. Consta de 3 ámbitos que abarcan los derechos incluidos: Dignidad, Autonomía e Igualdad. Dentro de la planificación sanitaria se debe considerar las acciones que operacionalizan estos derechos y deberes.

### 2.2.2 Atención preferente

El año 2019, con la Ley 21.168 se modifica la ley 20.584 creando el Derecho a la Atención Preferente de Personas Mayores y Personas con Discapacidad, la cual establece que las personas mayores de 60 años y las personas con discapacidad, así como los cuidadores o cuidadoras, tendrán derecho a ser atendidos preferente y oportunamente por cualquier prestador de acciones de salud, con el fin de facilitar su acceso a dichas acciones, sin perjuicio de la priorización que corresponda aplicar según la condición de salud de emergencia o urgencia de los pacientes, de acuerdo con el protocolo respectivo que debe desarrollar cada establecimiento de salud. La ley establece la atención preferente y oportuna en consulta de salud, prescripción y entrega de fármacos y exámenes y procedimientos más complejos

Para ello, se debe caracterizar la demanda estimada de atención preferente, y la capacidad de respuesta de los establecimientos, junto con definir las diferentes prestaciones que están

implicadas en la atención preferente, con los mecanismos de coordinación e integración de estas y analizar y proponer mejoras al proceso de atención en los centros de salud y el tránsito de los sujetos de atención preferente en la red.

### **2.2.3 Ley Mila**

La Ley N°21.372, modifica la Ley N°20.584 de “Derechos y deberes del paciente”, reconociendo el derecho al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes (NNA) durante su atención de salud y de mujeres o personas gestantes durante el trabajo de parto. Estableciendo medidas especiales en relación con el trato digno y respetuoso hacia las personas que brindan acompañamiento.

El acompañamiento de NNA durante la hospitalización y atención ambulatoria es un elemento esencial para la recuperación de la salud, dado que ésta puede generar estrés elevando los niveles de angustia y ansiedad, afectando la recuperación de la salud. El acompañamiento por parte de una persona significativa le otorga seguridad, protección y bienestar. De esta misma manera, el acompañamiento a mujeres o personas gestantes en el proceso de parto ejerce un rol contenedor, disminuyendo su estrés, dolor y ansiedad, facilitando este proceso y mejorando su experiencia.

### **2.2.4 Ley Dominga**

La Ley N° 21.371 establece un estándar especial de trato a los padres que sufran la muerte intrauterina del hijo o hija cuyo nacimiento esperaban, tanto en el manejo clínico por parte de los servicios de salud como respecto de su situación laboral. Para lograr esto, la ley modifica la ley N° 20.584, en el sentido de incorporar un nuevo párrafo a su artículo 5°, referente al derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia, en virtud del cual se establece el deber de los prestadores de salud de realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre, u otra persona gestante, que hayan sufrido la muerte gestacional o perinatal, así como también para el padre o aquella persona significativa que la acompañe.

## **2.3. Estrategias de la planificación en la red de atención de salud pública**

### **2.3.1. Estrategia Nacional de Salud 2021-2030**

La Reforma de Salud del año 2004 (Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937), establece como parte de la función rectora del Ministerio de Salud, la definición de objetivos sanitarios nacionales. Para la década 2021-2030, estos entregan el marco para el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud (ENS), instrumento en el que se exponen los principales desafíos sanitarios y se establecen las acciones y abordajes para enfrentarlos (19).

La ENS debe constituir el principal marco metodológico para el proceso de planificación ya que es la definición institucional de las prioridades y objetivos sanitarios para el sistema de salud chileno, la cual toma como marco orientador los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y se asumen como principios, el asegurar los derechos en salud, alcanzar la universalidad y reducir las inequidades en salud(21).

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

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

La Estrategia Nacional de Salud considera 9 objetivos estratégicos como principales áreas de intervención para alcanzar estos 3 objetivos sanitarios, cuya definición se realiza tomando en cuenta los DSS, en el entendido de que el individuo, y su salud son la expresión de él y el contexto que lo rodea. Estas áreas incluyen, por tanto, las condiciones en que viven las personas, los estilos que adoptan para vivirla, las principales situaciones en que se ve afectada su salud, y ciertos elementos que desde el sistema de salud deben estructurarse como soporte para dar respuesta a las anteriores (figura 2).

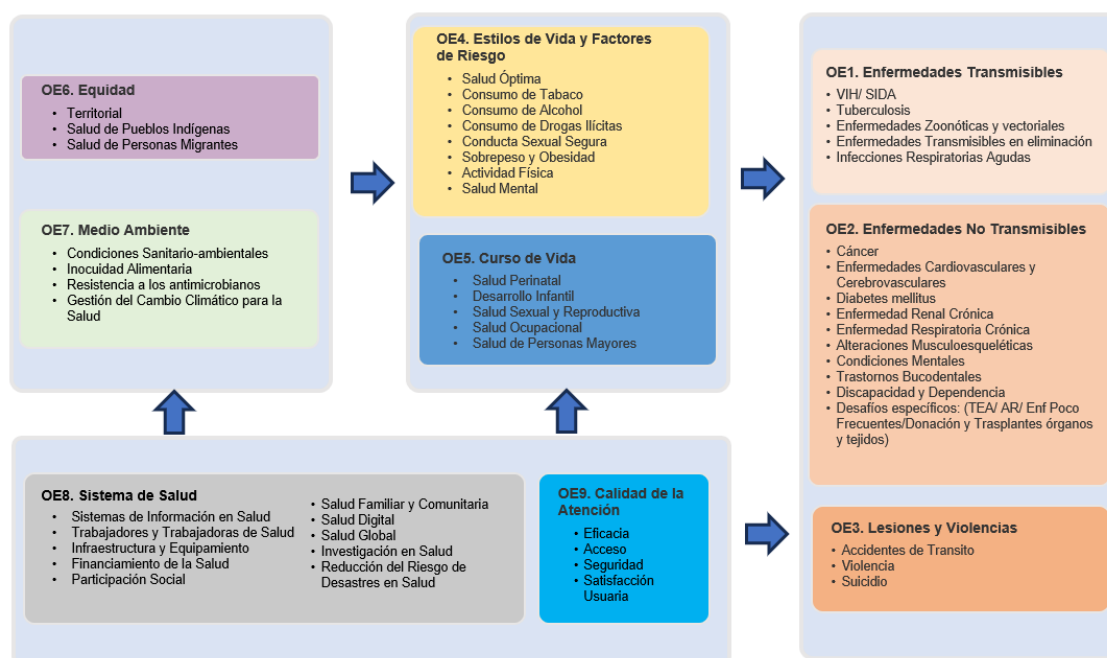


**Figura 2.** Objetivos Estratégicos y temas priorizados al 2030 Fuente: Fuente: Elaboración propia MINSAL.

### 2.3.2. Gestión del Riesgo de Desastres en Salud

Chile presenta una alta exposición a amenazas de origen natural, biológico y antrópico que, junto con condiciones de vulnerabilidad social, territorial e institucional, configuran escenarios de riesgo. En este contexto, resulta indispensable incorporar la Gestión del Riesgo de Desastres en Salud como una dimensión transversal de los procesos de planificación y programación sanitaria, fortaleciendo la capacidad del sistema de salud para anticipar y gestionar los riesgos, reducir el riesgo de desastres, adaptarse a los efectos del cambio climático y responder oportunamente a las necesidades de salud de la población.

La Gestión del Riesgo de Desastres en Salud comprende el conjunto de acciones orientadas al conocimiento y la gestión de los riesgos que pueden afectar la salud de la población y el funcionamiento de la red asistencial, considerando la reducción del riesgo de desastres, la preparación, mitigación, la respuesta, la recuperación y la adaptación. Su desarrollo se enmarca en la Ley N.º 21.364, la Estrategia Nacional de Salud 2021–2030 y el Plan de Adaptación al Cambio Climático del Sector Salud.

Incorporar esta dimensión en la planificación y programación en red implica considerar el análisis de riesgos, vulnerabilidades y capacidades del territorio en la priorización, planificación y programación de las acciones de salud.

### **2.3.3. Gestión de ambientes laborales saludables y seguros, para el personal de salud de APS: Estrategia Saludablemente APS**

Contar con equipos de salud saludables y motivados contribuye a mejorar la atención a las personas usuarias, reducir el ausentismo laboral y favorecer la continuidad de los servicios. El marco normativo nacional, especialmente la Ley n° 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; el Decreto supremo n° 44 (2023) sobre gestión preventiva de riesgos laborales; la Ley n° 21.634 sobre prevención, investigación y sanción de acoso laboral y violencia en el trabajo (Ley Karin, 2023) y la Ley n° 21.188 (Ley de Consultorio Seguro, 2019), entre otras, establecen las bases legales fundamentales para garantizar entornos laborales seguros, inclusivos y protectores para quienes trabajan en el sector salud.

Esto implica la coordinación e integración entre equipos de salud y actorías relevantes como los comités paritarios, comités de aplicación, Organismos Administradores de la Ley 16.744, organizaciones comunitarias y actores intersectoriales, entre otras, destacando que solo mediante la cooperación y la corresponsabilidad es posible responder adecuadamente. La complejidad del cuidado de ambientes laborales saludables requiere de una gestión activa de las entidades administradoras de salud municipal, reconociendo su rol como responsables de gestionar el cuidado del personal de salud a cargo. En este contexto, se deben promover estrategias de cuidado basadas en un diagnóstico que considere indicadores como el ausentismo, rotación de personal, enfermedades laborales, resultados del CEAL-SM, y tasas de agresiones, entre otros.

Para ello, se deben elaborar planes comunales para la gestión de ambientes laborales saludables y seguros los cuales deben ser parte integral del plan de salud comunal. Se debe considerar, además, que para la implementación y gestión de las actividades contempladas en este plan es necesario contar con referentes comunales, asignándoles horas semanales para el desarrollo de esta labor. Así mismo, se debe contemplar la incorporación de horas indirectas en la programación destinadas a garantizar su participación del personal de los establecimientos en las actividades de cuidado de los equipos incluidas en estos planes.

## **2.4. Modelos de la red**

### **2.4.1 Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria**

Para aportar soluciones ante la fragmentación, el año 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició una consulta en la que participaron diversos países de la región. Este proceso

dio origen al libro “Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Acorde a la definición de OPS, las RISS son “una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”(22). Se consideran una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la Orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros.

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

#### **2.4.2. Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS)**

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

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

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

- **Integralidad:** El concepto de integralidad, ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.
- **Continuidad del cuidado:** Corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) viene a complementar y materializar la consecución de los principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS); brindando un marco de acción y condiciones para que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Así se busca dar respuestas más adecuadas a las necesidades de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.

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

### 3.1. Integración de los distintos niveles de planificación

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

A nivel nacional, en tanto, los Objetivos Sanitarios se materializan en la Estrategia Nacional de Salud, la que posee un correlato en los Planes Regionales de Salud, los que a su vez deben servir de marco de referencia a los planes de salud comunales. (figura 3).



**Figura 3.** Niveles de planificación. (Fuente: Elaboración propia MINSAL).

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

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

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

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

Si bien existen diversas formas de planificar, el modelo de gestión basada en resultados (GBR) destaca como la herramienta más utilizada en la planificación sanitaria de países en los últimos años, y por organizaciones de administración pública en todo el mundo. Esta, se define como una estrategia general de gestión con la cual se pretende lograr el mejor desempeño y resultados demostrables (30). Es un proceso continuo de **hacer, aprender y mejorar**, que se expresa en el denominado enfoque de ciclo de vida de la GRB y que incluye elementos de planificación, seguimiento y evaluación.

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

### 3.3. Etapas de la planificación

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

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

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

**ARTÍCULO 58 DE LA LEY N.º 19.378**

- Corresponde a las entidades administradoras de salud municipal formular el proyecto de programa de salud municipal.
- Debe elaborarse dentro del marco de las normas técnicas del Ministerio de Salud.
- Dichas normas se comunican mediante los Servicios de Salud.
- El proceso forma parte de las responsabilidades anuales de planificación de la APS municipal.

*Nota editorial: mantener para validación jurídica los plazos, procedimientos e interpretaciones normativas señalados en el texto original.*

**3.4. Plan de Salud Comunal y Programa de Salud Municipal**

El Plan de Salud Comunal (PSC), de acuerdo con el artículo 58 de la Ley N.º 19.378 es de responsabilidad de cada entidad administradora de salud municipal y debe enmarcarse en las normas técnicas y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud(32). Dicho plan debe guiar el accionar comunal en los temas de salud, respondiendo a las características de salud propias de la población perteneciente a su territorio. El PSC debe ser formulado a través de una planificación estratégica y debe tener una visión de mediano plazo, es decir, debe formularse, a lo menos, para todo un período alcaldicio y tener ajustes anuales en caso de ser necesario. La comuna debe procurar la participación de las personas funcionarias que conforman los equipos de salud y de los sectores de la comunidad que contribuyan a los objetivos sanitarios del territorio.

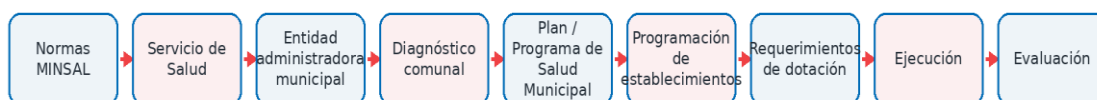
**Proceso comunal vinculado a Ley N.º 19.378**

**Figura 4.** Síntesis del proceso comunal vinculado al artículo 58 de la Ley N.º 19.378.

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

- Formulación desde MINSAL de las presentes orientaciones al 10 de septiembre de cada año.
- Fecha de entrega del PSC elaborado por el gobierno local municipal al 30 de noviembre del año 2026.
- Fecha tope de revisión por parte del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2026.

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

Se debe recordar que los municipios cuentan con la atribución de formular un “Plan de Desarrollo Comunal”<sup>14</sup>, comprendido como el instrumento rector de desarrollo en la comuna, y que debe contemplar las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y promover su avance social, económico y cultural, teniendo una vigencia mínima de 4 años<sup>15</sup>. Los alcances de este Plan de Desarrollo Comunal, en el ámbito de la salud, deben vincularse con las funciones para las que se encuentran facultadas en su territorio, entre ellas la salud pública y la protección del medio ambiente(32). La coincidencia de un instrumento de planificación con el otro es de responsabilidad de la administración municipal y puede contar, para efectos de atención primaria de salud, con la asesoría del servicio de salud correspondiente. En consecuencia, con lo que se ha señalado en los párrafos anteriores, se espera que el PSC esté formulado para los siguientes 3 años desde que se elige un nuevo gobierno comunal dejando el cuarto año para reformularlo completamente volviendo a hacerlo coincidir con un nuevo período de gobierno local.

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

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

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

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

---

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

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

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

Se espera que, en el PSC para el periodo alcaldicio, las comunas formulen la planificación estratégica en salud, tomando como base la planificación estratégica comunal desarrollada previamente y contenida en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), que constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna (Ley 18.695). En el presente año programático para quienes hayan formulado planificación de más de un año, coincidiendo con el período alcaldicio, deben hacer ajustes a esa planificación sin que repitan el ciclo completo antes indicado. Por otra parte, aquellas entidades administradoras que mantuvieron el proceso de carácter anual deben realizar la formulación señalado en los párrafos siguientes.

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

Una manera de graficar el proceso señalado es la siguiente:

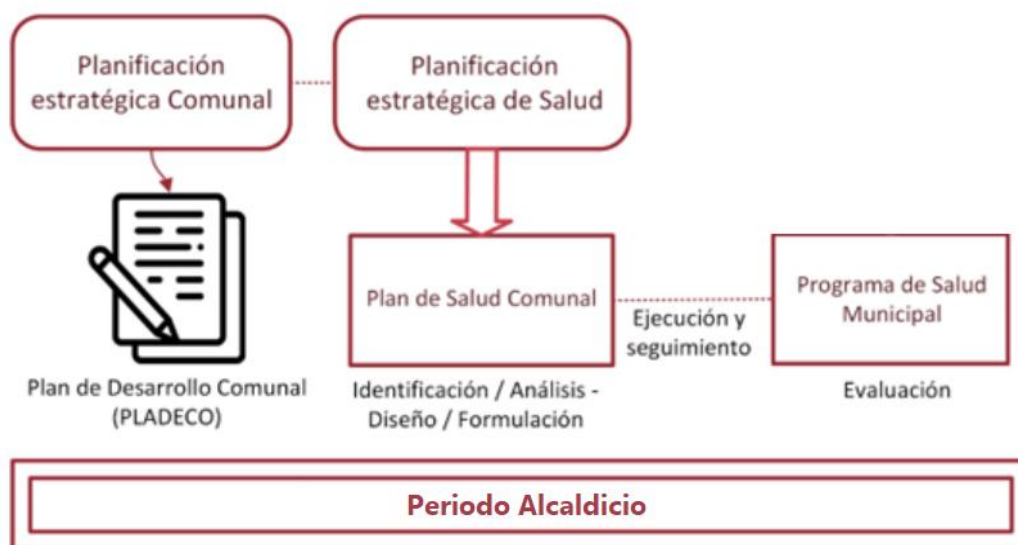


**Figura 5.** Planificación para el periodo alcaldicio. Fuente: Elaboración propia MINSAL.

## 3.5. Secciones para incluir en el Programa de Salud Municipal

### 3.5.1. Componentes del PSM

#### 3.5.1.1. Plan Comunal de Salud:

##### 3.5.1.1.1. Objetivos institucionales (OI)

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

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

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

##### 3.5.1.1.2. Diagnóstico de Salud Integrado (DSI)

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

##### 3.5.1.1.3. Contextualización

Se espera que las Entidades Administradoras de Salud Municipal entreguen una aproximación territorial y demográfica de su comuna, incorporando un enfoque de determinantes sociales de

salud, así como presentar el modelo de gestión y el modelo de atención implementado en su red de salud local.

#### 3.5.1.1.4. Diagnóstico de Necesidades en Salud (DNS)

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

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

El diagnóstico epidemiológico debe contener:

- Estadísticas Vitales: natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad específica por grandes causas.
- Presencia de factores de riesgo: tabaquismo y consumo de alimentos y nutrientes perjudiciales, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, entre otros.
- Incidencia de enfermedades agudas de relevancia sanitaria.
- Prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas transmisibles.
- Prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y otras condiciones de discapacidad.
- Carga de enfermedad
- Cohesión social, Medio ambiente y bienestar social (indicadores de encuesta de bienestar social).
- Acceso a áreas verdes (Sistema de Indicadores y Estándares del Desarrollo Urbano (SIEDU)).
- Evaluación de los barrios o vecindarios como lugares para vivir (ENCAVI)

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

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

#### 3.5.1.1.5. Diagnóstico de Recursos en Salud (DRS)

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

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

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

Finalmente, con la intención de avanzar a una comprensión integrada de las redes de salud del territorio, se espera que los Planes de Salud Comunal hagan mención a los recursos disponibles en establecimientos públicos de salud de nivel secundario y terciario de administración de los Servicios de Salud o entidades delegadas, y que tributen de manera **no exclusiva** a la población de cada comuna en particular, haciendo énfasis en los elementos y recursos de coordinación asistencial dispuestos por la Entidad Administradora de Salud Municipal para la adecuada vinculación entre su red local y la red de salud intercomunal correspondiente.

#### 3.5.1.1.6. Brecha Sanitaria y Asistencial

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

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

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

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

#### **3.5.1.1.7.1. Evaluación de los problemas priorizados definidos en el PSC**

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

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

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

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

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

- Las acciones sanitarias deben ser capaces de ligar el problema de salud priorizado con su solución. Cada problema debe tener algunas acciones priorizadas para su abordaje. Las acciones pueden incluir elementos de vigilancia epidemiológica y de promoción, prevención, curación y rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del ciclo vital. Es decir, las acciones no deben estar restringidas a un programa de salud específico de la atención primaria, sino que deben ser capaces de incluir coordinaciones de todo el sector salud y del intersector. La estimación de la brecha asistencial, incluida en el DSI, debe ser la guía que facilite la priorización de las principales acciones que se deben ejecutar y cómo ellas deben ser implementadas (figura 6).
- Los indicadores deben recoger elementos de proceso y de resultado; es decir, deben implicar mediciones de cumplimiento de las acciones realizadas y un indicador que refleje el resultado que se pretende lograr en el periodo. Al mismo tiempo, para cada indicador se debe reflejar una meta esperada. Para la formulación de los indicadores, resulta de utilidad la Matriz de Cuidados por curso de vida que se asocia a estas Orientaciones.

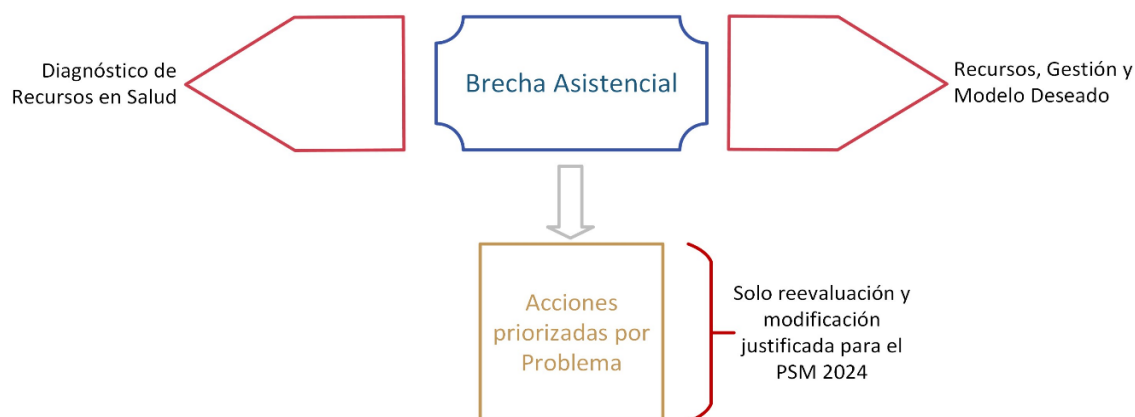


**Figura 6.** Brecha asistencial para la identificación de las principales acciones. Fuente: elaboración propia MINSAL.

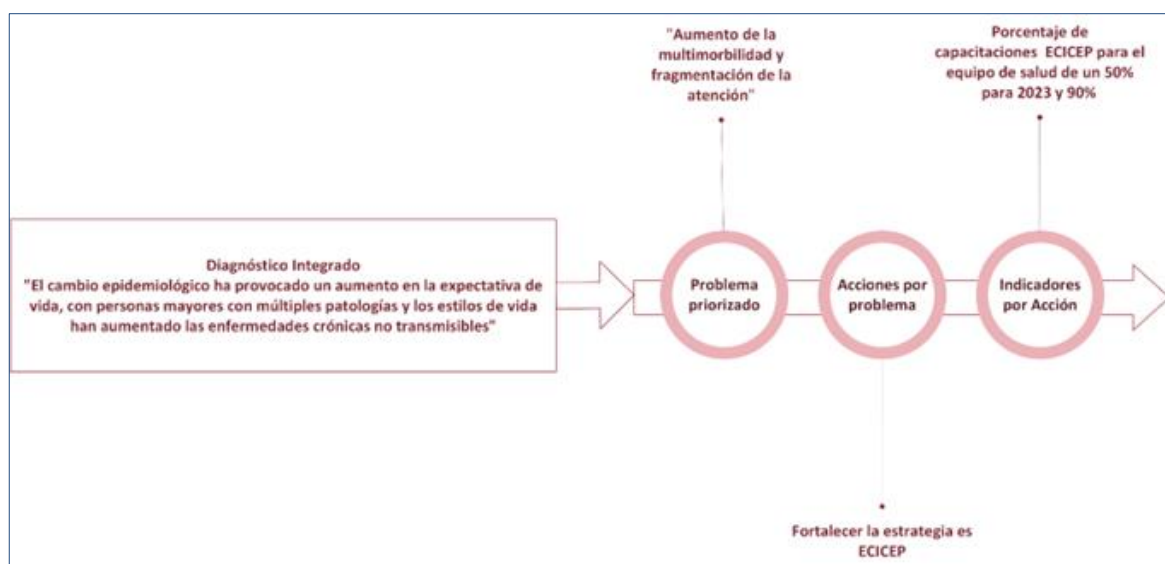


**Figura 7.** Ejemplo del PSC de la comuna de Buin de las etapas y procesos desde la elaboración del Diagnóstico de Salud Integrado y sus derivados. Elaboración propia. Fuente: Dirección de Salud de Buin.

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

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

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

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

### 4.1. Programación Asistencial y Operativa

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

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

#### Relación planificación - programación



Figura 8. Relación entre planificación sanitaria y programación operativa.

### 4.2 . Proceso programático de la atención primaria

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

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

**a. Estimación de cuidados primarios:**

- Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de condiciones crónicas por grupo de edad y grupo de riesgo.
- Estimación de controles de salud y de condiciones crónicas según población bajo control, cobertura, concentraciones y rendimientos.
- Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud.
- Estimación del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)
- Estimación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria y del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).
- Estimación de procedimientos.
- Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad.
- Estimación de atenciones remotas.

**b. Estimación de recursos necesarios:**

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

**c. Oferta de recursos**

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

**d. Brechas de Recursos**

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

**4.2.1. Matriz de programación en atención primaria**

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

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

**Definiciones técnicas:**

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

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

**Desarrollo de la programación operativa**

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

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

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

Dejando un total de 220 días a programar

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

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

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

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

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

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

| Ley    | Horas /Días              |
|--------|--------------------------|
| 19.378 | 5 días anuales           |
| 19.664 | 3 días por cada semestre |

### 4.2.2. Actividades a programar

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

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

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

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

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

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

#### 1. Prestaciones por curso de vida

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

#### 2. Actividades con garantías explícitas en salud asociadas a programas

Deben regirse por las indicaciones contenidas en los documentos técnicos que están publicados para cada uno de los problemas de salud GES que tienen componente en atención primaria.

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

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

#### a. Actividades de promoción de la salud

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

#### b. Actividades de prevención y protección específicas

- Vacunaciones: según lo contemplado en el programa nacional de inmunizaciones (PNI), considerando las vacunas universales, focalizadas en grupos específicos, regulares según edades, estacionales o esporádicas.
- Realización de EMPA y EMPAM, asegurando el seguimiento de las personas con resultados alterados
- Consultas o controles: por ejemplo, consultas o controles de medicina, enfermería, nutrición, salud mental, social, odontológica, regulación de la fertilidad, tamizaje de cáncer cervicouterino y cáncer de mamas, entre otras; incluyendo a todo el curso de vida de las personas.
- Distribución de productos de PNAC y PACAM: según lo contemplado en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios y los documentos que la complementan.

- Sesiones educativas grupales e individual a población de riesgo.
- Sesiones educativas grupales con énfasis en el autocuidado y bienestar para todo el curso de vida.
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el autocuidado y autoestima de los usuarios de riesgo, así como también aquellas realizadas en el contexto de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIs).
- Consejerías individuales y familiares y grupales.
- Creación de grupos de autoayuda.
- Educación grupal a personal técnico y profesionales del Servicio Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores y de los centros residenciales correspondientes al territorio del centro de salud.
- Actividades comunitarias para acercar el test rápido de VIH a la población.
- Actividades comunitarias realizadas con consejos consultivos de adolescentes y jóvenes y otras instancias de participación juvenil. Actividades de curación y rehabilitación.
- Diferentes consultas para atender la morbilidad por cada profesional del equipo de salud en establecimiento o domicilio.
- Telemedicina.
- Educación grupal e individual a personas con diferentes condiciones de salud
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el autocuidado y autoestima de los usuarios con diversas condiciones de salud

#### **c. Actividades de cuidados paliativos**

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

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

- Educación individual y grupal de usuarios con problemas de salud y población general.
- Campañas de difusión y sensibilización de problemas de salud.
- Actividades promocionales y de autocuidado para Adolescentes y Jóvenes.
- Conformación de Consejos Consultivos de Jóvenes.
- Campañas para la promoción de la inclusión

- Campañas de promoción de eliminación de estigmatización de grupos específicos

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

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

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

- Difusión a través de redes sociales de actividades y prestaciones dirigidas a adolescentes.
- Reuniones de planificación, seguimiento y evaluación.
- Reuniones de trabajo intersectorial incluyendo a población niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que pertenecen programas de Mejor Niñez y del Servicio Nacional de Menores.
- Jornadas de capacitación para la formación de facilitadores de los talleres prenatales.
- Jornadas de capacitación para la formación de facilitadores del taller de habilidades parentales de familias con hijos e hijas menores de 5 años "Taller Nadie es Perfecto".
- Jornadas de capacitación sobre el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) en el establecimiento de atención primaria.
- Jornada de capacitación en salud en todas las políticas e intersectorialidad, en el marco de las RISS.
- Reuniones clínicas de los diferentes estamentos/profesionales de cada Centro de Salud Familiar. Corresponderá a la Dirección de cada Centro de Salud, la definición de frecuencia, duración y protocolos para la realización de éstas.
- Actividades administrativas que facilitan la gestión y de acorde al modelo. (jefes de sector, referentes de programáticos, Encargados de Unidad, etc.)

#### **g. Actividades de desarrollo del Modelo de Salud Familiar**

- Reuniones de sector: reuniones de todos los integrantes de los equipos de cabecera. Se sugiere frecuencia semanal en horario y duración a definir en cada establecimiento.

- Prestaciones y acciones dirigidas a otorgar un cuidado integral centrado en las personas, priorizadas de acuerdo con la estratificación de riesgo.

### 4.2.3. Definiciones de Atenciones Remotas

La salud digital tiene como propósito contribuir al fortalecimiento de la Red Asistencial, favoreciendo el acceso oportuno a la atención de especialidades de gran demanda en la APS, nivel secundario y terciario, aumentando la oferta y cobertura de atención, ampliando la cartera de servicios en aquellas especialidades que presentan listas y tiempos de espera significativos las cuales podrían ser resueltas en este nivel de atención.

- **Telemedicina:** corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación que permite realizar diagnóstico, tratamiento, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos.
- **Teleinterconsulta:** Corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.
- **Seguimiento remoto:** Toda actividad con contacto efectivo, con el fin de realizar monitoreo a distancia del estado de salud rescate u otra actividad no asimilable a las actividades regulares, para mantener vigilancia del estado de salud del paciente, realizado de manera remota, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicaciones
- **Consejería remota:** relación de ayuda, entrega de información y educación que se debe agendar, puede realizarse en dos a tres sesiones, que se desarrolla en un marco de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral.
- **Educación grupal remota:** actividades sincrónicas para reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la vida saludable, crianza respetuosa, y promover autocuidado y prevención de prácticas de riesgo, realizadas a través de otros canales de comunicación (no presenciales), como medios electrónicos, informáticos y/o audiovisuales disponibles para cumplir el objetivo.
- **Teleconsultoría:** Corresponde al intercambio de información, opiniones y sugerencias sobre casos clínicos entre miembros del equipo de salud a la distancia, realizadas a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones en modalidad sincrónica (tiempo real). Siendo el principal objetivo, aumentar las competencias del equipo clínico de menor especialización, a través de la transmisión de conocimientos entre los equipos de salud. Puede ser utilizada para que un grupo de profesionales de salud comparta definiciones o sugerencias con otro grupo de profesionales en torno a un problema común.
- **Telemonitoreo:** consiste en recopilar, registrar, almacenar y procesar datos de parámetros fisiológicos, mediante dispositivos que permitan transmitir

electrónicamente información que requiera de monitoreo. Los profesionales de la salud supervisan y evalúan estos de forma remota y, cuando es necesario, intervienen realizando acciones de salud. (ej.: monitoreo de pacientes crónicos).

Las actividades a distancia pueden realizarse mediante:

**Video llamadas:** Atención realizada por videoconferencia a través de plataformas de telemedicina, que involucra a dos usuarios que pueden verse y escucharse al mismo tiempo.

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

(\*) Estas deben ser excepcionales, la videollamada debe ser el canal preferente para la realización de atenciones a distancia, dejando el canal telefónico para aquellos casos donde no es posible realizar una videollamada.

## Ejemplo matriz básica de programación de actividades

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

Fuente: elaboración propia

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

#### 4.2.4. Coeficientes técnicos de programación de prestaciones trazadoras del Plan de Salud Familiar

A continuación, se precisan algunas prestaciones con sus coeficientes técnicos: cobertura, concentración y rendimiento. Los rendimientos propuestos hacen referencia a las actividades realizadas dentro de los establecimientos y podrán ser ajustadas en caso de que las prestaciones sean en domicilio u otro lugar. Se debe considerar en el proceso programático la dispersión geográfica del territorio u otras condiciones que aumenten tiempos de traslados.

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

## Actividades indirectas

Incluye toda actividad orientada al mejor funcionamiento del centro de salud y al soporte de las actividades directas, son agendables a los funcionarios del centro, por ejemplo, reuniones clínicas, traslados a Visitas domiciliarias, entre otras. Incluye además las actividades de cuidado de equipos de salud, según la programación establecida para las mismas.

## Consideración de horas administrativas

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

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

Es importante mencionar que, tanto las prestaciones de salud que forman parte del Plan de Salud Familiar, como también las que son parte de programas de reforzamiento en la atención primaria de salud (PRAPS), deben ser programadas según los estándares y coeficientes técnicos sugeridos en las RPE por área temática. Estas áreas de cuidados consideran acciones específicas destinadas a mejorar la Salud bucal, respiratoria, cardiovascular, mental, entre otros.

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

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

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

Las principales actividades del profesional gestor de la demanda son:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación para que las SIC generadas se adhieran a estos protocolos

- Tomar conocimiento y validar la pertinencia de las SIC originadas en el establecimiento, derivando al nivel de especialidad solo las que tengan pertinencia, y gestionando aquellas susceptibles de resolver en atención primaria.
- Recoger necesidades de capacitación del equipo de salud para potenciar las capacidades de los equipos de cabecera.
- Manejo de la Normativa y Documentos Técnicos asociados a la Gestión de derivación
- Apoyar la implementación de la Interoperabilidad en la red local de salud.

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

## 4.2.7. Estimación de recursos humanos y demanda en APS

### 4.2.7.1.1 Estimación de recursos necesarios

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

### 4.2.7.1.2 Estimación de la demanda

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

### 4.2.8. Evaluación y monitoreo

En general, los objetivos de una evaluación son:

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

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

### 4.2.9. Gestión de agenda en APS

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

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

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

Finalmente, se señala que la gestión de agendas permite:

- Otorgar accesibilidad y continuidad de los cuidados
- Reducir los tiempos de espera de una atención

- Otorgar atención eficiente y oportuna
- Contar con un registro y trazabilidad de la información
- Mejorar la satisfacción usuaria.

La gestión eficaz de agendas en Atención Primaria requiere optimizar recursos, reducir los tiempos de espera, monitorear la pérdida de horas, el uso de agendas escalonadas y una distribución equilibrada del tiempo clínico de los profesionales. Para lograrlo, es clave implementar estrategias basadas en herramientas digitales que permitan una citación dinámica, sumado a la coordinación constante entre los equipos de trabajo (jefes de Sector y SOME) para garantizar que todo usuario se retire con una cita agendada. Así también, se sugiere mantener las agendas abiertas por un período de tiempo que permita su oportuna gestión.

### 4.3 Programación del nivel secundario y terciario

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

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

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

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

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

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

### 4.3.1. Gestión de agenda en el nivel de especialidad

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

La agenda corresponde a la estructura organizativa de las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por modalidad y tipo de atención, en la que se produce la citación de un usuario/persona. Está definida por una carga de actividad y rangos horarios determinados los cuales se encuentran basados en los rendimientos acordados para dicha actividad. Por otra parte, el sistema de agenda debe mantener la trazabilidad de la información de los usuarios/personas, por lo cual debe ser flexible, que permita cambios en tiempo real y que logre la integración de datos con el resto de las áreas del establecimiento. Debe ser un mismo sistema para toda la institución que permita el control de todas las actividades ambulatorias programables y agendables de los profesionales.

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

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

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

#### a) Administración y Programación de la agenda:

- Mantener la estructura del Sistema de Agenda actualizada, de acuerdo con la planificación y programación, definida de manera anual junto a sus reprogramaciones considerando la documentación relacionada a este proceso, definida por el establecimiento.
- Diferenciar tipo de atención, modalidad y subtipo de prestación (riesgo biomédico, GES, control al alta de la atención cerrada, entre otros), de acuerdo con la priorización de atenciones de salud.

- Es recomendable programar citas presenciales y remotas de manera alternada, con el fin de hacer más eficiente el uso de los recursos disponibles, tales como, el personal de salud clínico y administrativo, infraestructura, seguridad y beneficios para el usuario.

b) Mantención de Horas disponibles:

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

c) Agendamiento:

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

d) Gestión de Citas:

- Se debe realizar confirmación de horas, días previos a la cita, cualquiera sea la modalidad de atención (presencial o remota) Esta acción permite gestionar de manera eficiente las horas disponibles, contribuye a disminuir la lista de espera y favorece el contacto entre el establecimiento y el/la usuario/a.
- Asegurar el contacto efectivo con los/las usuarios/as, haciendo uso de los distintos canales de comunicación remota para informar por parte de la institución y así mismo por el usuario, sobre cambios o anulaciones de horas, con el fin de evitar concurrencias innecesarias y pérdidas de cupos.
- Frente a solicitud de re-agendamiento o anulación de cita por parte de la persona, se debe registrar en el sistema de agenda el motivo de ésta y asignar una nueva hora cuando corresponda, liberando la anterior para el uso de otro usuario/a.

### 4.3.2. Programación operativa del nivel de especialidad

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

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

Descuentos Individuales por feriado legal:

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

Descuentos individuales por días administrativos:

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

Descuentos individuales por capacitación:

| Capacitación |                                                                                                                                                                                                |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ley          | Días de capacitación                                                                                                                                                                           |
| 19.664       | 3 días por cada semestre                                                                                                                                                                       |
| 18.834       | La referida Ley no especifica un número fijo de "días de capacitación", sino que detalla los tipos de capacitación disponibles para los/las funcionarios/as y las condiciones de su asistencia |

### 4.3.3. Programación individual

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

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

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

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

### 4.3.4. Criterios técnicos para la programación

#### A. Actividades Clínicas:

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

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

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

## B. Actividades No clínicas:

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

Recomendación de porcentajes de actividad no clínica

| Profesional                | Ambulatorio | Hospitalizado | Quirúrgico | Urgencia | UTM-LAB-AP | Farmacia | A. Social |
|----------------------------|-------------|---------------|------------|----------|------------|----------|-----------|
| Asistente Social           | -           | -             | -          | -        | -          | -        | 42%       |
| Bioquímico(a)              | -           | -             | -          | -        | 42%        | -        | -         |
| Enfermero(a)               | 38%         | 16%           | 21%        | 9%       | -          | -        | -         |
| Médico                     | 15%         | 10%           | 2%         | 2%       | -          | -        | -         |
| Fonoaudiólogo(a)           | 23%         | 16%           | -          | -        | -          | -        | -         |
| Kinesiólogo(a)             | 28%         | 13%           | -          | 7%       | -          | -        | -         |
| Matrón(a)                  | 32%         | 15%           | 25%        | 15%      | -          | -        | -         |
| Nutricionista              | 36%         | 12%           | -          | -        | -          | -        | -         |
| Psicólogo(a) Clínica       | 33%         | 34%           | -          | -        | -          | -        | -         |
| Psicopedagogo(a)           | 44%         | -             | -          | -        | -          | -        | -         |
| Químico(a)-Farmacéutico(a) | -           | -             | -          | -        | -          | 33%      | -         |
| Terapeuta Ocupacional      | 32%         | 24%           | -          | -        | -          | -        | -         |
| Tecnólogo(a) Médico(a)     | -           | -             | -          | -        | 26%        | -        | -         |

### **C. Programación de atención ambulatoria**

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

### **D. Programación de atención cerrada**

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

#### **Programación atención usuario/paciente hospitalizado**

Para el proceso de hospitalización, se recomienda:

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

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

El producto principal de la hospitalización es el egreso hospitalario, por lo cual, no es aplicable un rendimiento a la Atención Directa de Hospitalizado, sino que, se debe aplicar un rendimiento y seguimiento a las actividades como Atención en Sala de profesionales médicos, Visitas en sala (Interconsultas) realizadas desde la atención ambulatoria, entre otros.

### 4.3.5. Estándares sugeridos para programación según recurso cama

| Profesional           | Nivel de cuidados                                                                                                          | Tiempo estimado                                     | Observaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Médico/a              | Nivel de cuidado crítico UCI                                                                                               | 30-60 min.                                          | Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                       | Nivel de cuidado crítico UTI                                                                                               | 30-45 min.                                          | Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                       | Nivel de cuidado medio                                                                                                     | 20 min.                                             | Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                       | Nivel de cuidado básico                                                                                                    | 15 min.                                             | Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nutricionista         | Nivel de cuidado crítico<br><br>Se considera UCI, UTI, adulto, pediátrico y neonatológicos. Norma Técnica SAN, MINSAL 2005 | 30 min                                              | Atención integral del paciente (anamnesis, requerimientos nutricionales, formulación dieta terapéutica, planificación alimentaria, balance nutricional, hídrico y nitrogenado, control de ingesta, evaluación y reevaluaciones). Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia. |
|                       | Nivel de cuidado medio                                                                                                     | 20 min                                              | Atención integral del paciente. Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia.                                                                                                                                                                                                  |
|                       | Nivel de cuidado básico                                                                                                    | 15 min                                              | Atención integral del paciente (*). Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia                                                                                                                                                                                               |
| Fonoaudiólogo/a       | Todos los niveles de cuidados                                                                                              | Se sugiere rendimiento de 2 a 3 atenciones por hrs. | Atención integral del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Psicólogo/a           |                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Kinesiólogo/a         |                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Trabajador/a social   |                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Terapeuta ocupacional |                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Profesional            | Nivel de cuidados            | Tiempo estimado | Observaciones                                                                                                           |
|------------------------|------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Técnico/a paramédico/a | Nivel de cuidado crítico UCI | 115 min         | Atención integral paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)    |
|                        | Nivel de cuidado crítico UTI | 115 min         | Atención integral al paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. Medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.) |
|                        | Nivel de cuidado medio       | 85 min          | Atención integral al paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.) |
|                        | Nivel de cuidado básico      | 85 min          | Atención integral al paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.) |

### 4.3.6. Rendimiento por tipo de cama para Profesional Enfermería

| Tipo Cama\Tipo atención | Básica    | Definición                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Básico                  | 3 minutos | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado/a en cama básica y tenga duración máxima de 3 minutos   |
| Intermedia              | 5 minutos | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado/a en cama básica y tenga duración máxima de 5 minutos   |
| Compleja                | 7 minutos | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado/a en cama básica y tenga duración máxima de 7 minutos   |
| Tipo Cama\Tipo atención | Medias    | Definición                                                                                                                                                                                        |
| Básico                  | 5 min     | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizado en cama básica y tenga duración máxima de 5 minutos     |
| Intermedia              | 7 min     | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizad@ en cama básica y tenga duración máxima de 7 minutos     |
| Compleja                | 10 min    | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizad@ en cama básica y tenga duración máxima de 10 minutos    |
| Tipo Cama\Tipo atención | UTI/UCI   | Definición                                                                                                                                                                                        |
| Básico                  | 15 min    | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizad@ en cama básica y tenga duración máxima de 15 minutos    |
| Intermedia              | 25-35 min | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizad@ en cama básica y tenga duración máxima de 25-35 minutos |
| Compleja                | 35-45 min | Se trata de cualquier actividad de enfermería (educativa, gestión, asistencial, investigación) que se realice a un paciente hospitalizad@ en cama básica y tenga duración máxima de 35-45 minutos |

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

# LISTADO DE RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS ESPECÍFICAS (RPE)

| N°     | Nombre                                                                                                                                                                |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RPE 1  | Lineamientos de pueblos indígenas                                                                                                                                     |
| RPE 2  | Lineamientos de atención a población migrante                                                                                                                         |
| RPE 3  | Criterios técnicos para el programa de calidad y seguridad asistencial en Atención Primaria                                                                           |
| RPE 4  | Criterios técnicos para la programación de prestaciones de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)                                                         |
| RPE 5  | Criterios técnicos para la programación de gestión de la salud Mental y los ambientes laborales saludables del personal de salud de APS                               |
| RPE 6  | Especificaciones técnicas de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles en Atención Primaria                                                      |
| RPE 7  | Ejes estratégicos para gestión de la capacitación en los establecimientos de atención primaria municipal                                                              |
| RPE 8  | Formato Programa Anual de Capacitación 2025                                                                                                                           |
| RPE 9  | Criterios técnicos para la programación de actividades por telemedicina en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria                                                  |
| RPE 10 | Criterios técnicos para la programación de actividades odontológicas en APS y Especialidades                                                                          |
| RPE 11 | Criterios técnicos para la programación de prestaciones de salud mental en APS y para la programación de atención abierta de salud mental en el nivel de especialidad |
| RPE 12 | Criterios técnicos para la programación de actividades del programa cardiovascular en Atención Primaria                                                               |
| RPE 13 | Criterios técnicos para programación de actividades de programas de salud respiratoria en Atención Primaria                                                           |
| RPE 14 | Criterios técnicos para programación de actividades de rehabilitación en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria                                                    |
| RPE 15 | Criterios técnicos para programación de actividades de Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria                                                               |
| RPE 16 | Criterios técnicos para la programación de prestaciones para niños y niñas en Atención Primaria y niños, niñas y adolescentes en Atención Secundaria y Terciaria      |

| N°     | Nombre                                                                                                                                                 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RPE 17 | Criterios técnicos para la programación de actividades del programa adolescente en Atención Primaria                                                   |
| RPE 18 | Criterios técnicos para la programación de actividades del Cuidado integral para personas con dependencia severa y sus cuidadores en Atención Primaria |
| RPE 19 | Criterios técnicos para la programación de actividades asociadas al Programa de Tuberculosis en Atención Primaria                                      |
| RPE 20 | Criterios técnicos para la programación de actividades de químicos farmacéuticos en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria                          |
| RPE 21 | Criterios técnicos de programación de atención ambulatoria especialidades                                                                              |
| RPE 22 | Criterios técnicos para programación actividades Salud Sexual y Salud Reproductiva Atención Secundaria y Terciaria                                     |
| RPE 23 | Criterios técnicos Programación de Atención Cerrada de Salud Mental                                                                                    |
| RPE 24 | Criterios técnicos para la Programación de Unidades Oncológicas                                                                                        |
| RPE 25 | Criterios técnicos para programación de Actividades de Cuidados Paliativos Universales en Atención Primaria, Secundaria y Terciaria                    |
| RPE 26 | Criterios técnicos para Medicina Nuclear Nivel Terciario                                                                                               |
| RPE 27 | Criterios técnicos para Imagenología Nivel Secundario y Terciario                                                                                      |
| RPE 28 | Criterios técnicos del programa de atención y control en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) -Nivel Secundario                                     |
| RPE 29 | Criterios técnicos para el proceso de programación comités y comisiones en redes de alta complejidad                                                   |
| RPE 30 | Criterios técnicos para la programación de la Urgencia Gineco-obstétrica                                                                               |
| RPE 31 | Donación de sangre y medicina transfusional                                                                                                            |
| RPE 32 | Cirugías mayores y mayores ambulatorias                                                                                                                |
| RPE 33 | Unidades de laboratorio                                                                                                                                |
| RPE 34 | Criterios técnicos para Hospitalización domiciliaria                                                                                                   |

| N°     | Nombre                                                                                                               |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RPE 35 | Criterios técnicos para la programación de los equipos especializados del Programa de Reparación y Atención Integral |
| RPE 36 | Glosario de actividades clínicas programables en la atención ambulatoria de especialidades                           |
| RPE 37 | Procedimientos endoscópicos                                                                                          |
| RPE 38 | Atención cerrada                                                                                                     |
| RPE 39 | Análisis de género en contexto de Plan de Salud Comunal                                                              |
| RPE 40 | Gestión en emergencias y desastres                                                                                   |

## EDITORES

|                          |                                                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------|
| Juan Ilabaca Mendoza     | Jefe departamento de cuidados integrales, DIVAP            |
| Loreto Oviedo Jara       | Profesional del departamento de cuidados integrales, DIVAP |
| Ricardo Molina Arteaga   | Profesional del departamento de cuidados integrales, DIVAP |
| Milena Pereira Romero    | Profesional del departamento de cuidados integrales, DIVAP |
| Macarena Riquelme Rivera | Profesional del departamento de cuidados integrales, DIVAP |

## COLABORADORES

### JEFATURAS MINSAL

|                              |                                                         |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Dra. Paulina Pinto Maturana  | Jefe División de Atención Primaria                      |
| Dra. Elisa Llach Fernández   | Jefa División de Gestión de Red Asistencial             |
| Dra. Marcia Erazo Bahamondes | Jefa División Políticas Públicas Saludables y Promoción |
| Dra. Ximena Barrios Jorquera | Jefa División Planificación Sanitaria                   |
| Dra. Marcela Silva Montes    | Jefa División Prevención y Control de Enfermedades      |
| Dra. Samantha Anriquez       | Jefa de División de Emergencias Sanitarias              |

### JEFATURAS DEPARTAMENTO

|                             |                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Juan Ilabaca Mendoza        | Jefe departamento de cuidados integrales, DIVAP                       |
| Patricia Vega Cornejo       | Jefe Departamento Gestión Operacional, DIVAP                          |
| Laura Morlans Huaquin       | Jefa Departamento Control de Gestión y Calidad, DIVAP                 |
| Alejandra Ávalos Núñez      | Jefa Departamento Integración y Desarrollo, DIVAP                     |
| Susana Fuentealba Cofre     | Jefa Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA |
| Cristian Lara Román         | Jefe Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, DIGERA       |
| María José Espinoza Astorga | Jefa Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, DIGERA     |
| Mario Fuentes Elgueta       | Jefe Departamento de Gestión y Planificación Estratégica, DIPOL       |

|                                |                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cristian Cofré Sasso           | Jefe de Depto. de Nutrición y Alimentos, DIPOL                                                     |
| Patricia Zamora Valdés         | Jefa Departamento Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, DIPOL                           |
| Odette Urrutia Pumeyrau        | Jefa Departamento Estrategia Nacional de Salud, DIPLAS                                             |
| Carolina Neira Ojeda           | Jefa Departamento Enfermedades no Transmisibles, DIPRECE                                           |
| René Guzmán Montes             | Jefe Departamento Ciclo vital, DIPRECE                                                             |
| Constanza Piriz Tapia          | Jefa Departamento Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE                                           |
| Carolina Mendoza Van der Molen | Jefa Departamento Salud Bucal, DIPRECE                                                             |
| Fernando Bernal Ortiz          | Jefe Departamento Control y Prevención VIH e ITS, DIPRECE                                          |
| Pablo Norambuena Cárdenas      | Jefe Departamento Salud Mental, DIPRECE                                                            |
| María José Letelier Ruiz       | Jefa Departamento Salud Digital, Subsecretaría de Redes Asistenciales                              |
| Jozabed Letelier Sepulveda     | Jefa Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario, Subsecretaría de Redes Asistenciales |
| Jorge Vilches Apablaza         | Jefe Departamento de Epidemiología, Subsecretaría de Salud Pública                                 |
| Claudia Carrasco Dajer         | Jefa Departamento de Reducción del Riesgo para Emergencias Sanitarias, DES                         |

## DIVAP

|                             |                                                                 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Clodoveth Millalen Sandoval | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Danilo Ríos Poblete.        | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Macarena Riquelme Rivera    | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Cesar Morales Sepúlveda     | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Lorena Palma Rodríguez      | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Catalina Lemus Mena         | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Nathalie Silva Pizarro      | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Norman Romo Grogg           | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |

|                                      |                                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Maria Luisa Mardones Leyton          | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Damaris Meza Lorca                   | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Juan Herrera Burott                  | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Ricardo Hernández Fonfav             | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Marcela Rivera Medina                | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Nicolás Fierro Jordán                | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Verónica Véliz Rojas                 | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Deiza Troncoso Miranda               | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Viviam García Pachon                 | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| María José Romero Rebolledo          | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Sergio Rojas Garrido                 | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Fabian Jiménez Castro                | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Daniela Bustamante Peralta           | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Gladys Oejda Moris                   | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Maria Jose Fernández Muñoz           | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Maria de los Angeles Bravo Beristain | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Pamela Meneses Cordero               | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Alejandro Iglesias Bonsses           | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Alondra Muriel Lagos Marchant        | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Álvaro Gabriel Campos Muñoz          | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Daniel Molina Mena                   | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Lorena Sotomayor Soto                | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Marcela Rodríguez Romero             | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Pablo Wilhelm del Villar             | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |

|                           |                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Paz Anguita Hernández     | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Romy Schneider Gutierrez  | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Tania Labra Olivares      | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Paloma Gaete Delorme      | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Javiera Bianchi Azocar    | Profesional del Departamento de Cuidados integrales en Salud    |
| Hernan Guajardo Castro    | Profesional del Departamento de Desarrollo e Integración en APS |
| Catalina Alcalde Cárdenas | Profesional del Departamento de Gestión Operacional             |
| Paulina Núñez Vargas      | Profesional del Departamento de Información para la Gestión     |

## DIGERA

|                             |                                                                          |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Claudia Campos Ponce        | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| José Rojas Caniumil         | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Patricia Acevedo Loyola     | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Ana Jara Rojas              | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Estefanía Cifuentes Morales | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Gisela Acosta Poque         | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Anamari Avendaño Arechavala | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Elizabeth Casanova Salazar  | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Paola Arévalo Leal          | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Maureen Gold Semmler        | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Mauricio Farias Araya       | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Carolina Isla Meneses       | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Cristian Matamala Valencia  | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Miguel Ulloa Espinoza       | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Claudia Campos Ponce        | Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |

|                               |                                                                       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Jose Rosales Caniumil         | Profesional del Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Consuelo Escobar              | Profesional del Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria |
| Paulo Vilches González        | Profesional del Departamento Red de Urgencia                          |
| Karina Trujillo Fuentes       | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Claudia Celedón Carrasco      | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Maria Paulina Torrealba       | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Cristian Parra Becerra        | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Eduardo Artiga González       | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Felipe Salinas Gallegos       | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Maylen Cortese Sampieri       | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Vilma Cortes Lacoste          | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Claudia Arroyo Nazer          | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Pamela Gallardo Camus         | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Valery Sapiain Plaza          | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |
| Marlene Valenzuela Valdenegro | Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas  |

## DIPOL

|                        |                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------|
| Yilda Herrera Figueroa | Profesional del Departamento de Nutrición y Alimentos |
|------------------------|-------------------------------------------------------|

## DIPLAS

|                        |                                                                                                 |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Marisol Cofré Albornoz | Profesional de apoyo del Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos              |
| Doris Gallegos Ulloa   | Coordinadora Oficina de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles /Departamento de Epidemiología |

**DIPRECE**

|                              |                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carla Benavides Lourido      | Profesional del Departamento de Enfermedades No Transmisibles                                                  |
| Carla Hernández Mercado      | Profesional del Departamento de Enfermedades No Transmisibles                                                  |
| Ximena Neculhueque Zapata    | Profesional del Departamento de Enfermedades no Transmisibles                                                  |
| Paula Silva Concha           | Profesional del Departamento Salud Bucal                                                                       |
| Mary Hatton de Heeckeren     | Profesional del Departamento Enfermedades Transmisibles                                                        |
| Carolina Cifuentes Cid       | Profesional del Departamento de Enfermedades Transmisibles                                                     |
| Jorge Valdebenito Pino       | Profesional del Departamento de Enfermedades Transmisibles                                                     |
| María Teresa Silva Quilodrán | Profesional del Departamento de Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.                  |
| Carolina Peredo Couratier    | Profesional del Departamento de Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.                  |
| Andrea Peña Otárola          | Profesional del Departamento de Enfermedades Transmisibles                                                     |
| Nicole Garay Unjidos         | Encargada de Oficina Nacional de Salud de Niños, niñas y adolescentes y jóvenes, Departamento de Ciclo Vital   |
| Cettina D'Angelo Quezada     | Profesional de Oficina Nacional de Salud de Niños, niñas y adolescentes y jóvenes, Departamento de Ciclo Vital |
| Gina Correa Atencia          | Profesional de Oficina Nacional de Salud de Niños, niñas y adolescentes y jóvenes, Departamento de Ciclo Vital |

**DEPARTAMENTO DE SALUD DIGITAL**

|                        |                                               |
|------------------------|-----------------------------------------------|
| Nicole Rivera Guerrero | Profesional del Departamento de Salud Digital |
|------------------------|-----------------------------------------------|

**DIVISIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS**

|                 |                                                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------|
| Halue Hishihara | Profesional Depto. Reducción del Riesgo en Emergencias sanitarias |
| Paulo Contreras | Profesional Depto. Reducción del Riesgo en Emergencias sanitarias |

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007;44.
2. Ministerio de Salud. Participación Ciudadana en Atención Primaria: Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. 2014.
3. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. En 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. 2009.
5. Annual report of the director, 1996. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1996.
6. Organización Mundial de Salud. Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. 1996.
9. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional CASEN. 2017.
10. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile N.º 001 - 011. 2006.
11. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. 2006.
12. Cabieses B, Bernal M, McIntyre AM. (2017). International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. [Internet].
13. SlideShare [Internet]. 2014 [citado 1 de agosto de 2024]. Minsal 2008 en el camino a centro de salud familiar. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/minsal-2008-en-el-camino-a-centro-de-salud-familiar/37391604>
14. Ministerio del Interior. Ley No 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades. 1992.
15. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Instructivo N°007: Instructivo Presidencial para el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública. 2022.
16. Ministerio de Salud. Instrumento de evaluación Compromisos de Gestión. 2023.
17. Ministerio de Salud. Participación Ciudadana en Atención Primaria: Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. 2014.
19. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios al 2030. 2022.
20. Ministerio de Salud. Análisis crítico de temas: diabetes mellitus. Insumo para la evaluación final de periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. 2019.
21. Departamento Estrategia Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Formulación Estrategia Nacional de Salud 2021: Metodología de trabajo. 2020.
22. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. 2018.
23. Ministerio de Salud. Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud. 2018.
24. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. 2013.
25. ONU. Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. 2015 [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

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