

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Marco Operativo para implementación en comunas pioneras en
Atención Primaria Universal
Versión 2025*



INDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	10
AUTORÍA	11
INTRODUCCIÓN	14
OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO	19
CAPÍTULO 1. ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN LA REFORMA DE SALUD: CONCEPTOS CLAVES	20
Líneas estratégicas para instalar e implementar la universalización de la atención primaria	25
CAPÍTULO 2. AVANZANDO HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN CHILE: CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	28
Ser comuna pionera en el contexto de la Atención Primaria Universal.....	28
Compromisos que asumen las comunas pioneras	29
Acciones iniciales en las comunas pioneras	31
Gobernanza asociada a la universalización de la atención primaria de salud	32
Perfil y roles de los actores involucrados en la gobernanza.....	33
La necesidad de gestionar el cambio en toda comuna pionera	36
CAPÍTULO 3. MARCO OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN LAS COMUNAS PIONERAS	38
Componente N°1. Cobertura Universal de las prestaciones de la atención primaria	39
1.1 Inscripción universal.....	39
1.2 Utilización de los servicios (contacto con la atención primaria).....	47
1.3 Ampliación de la extensión horaria	52
1.4 Optimización de los procesos administrativos	59
Componente N°2. Habilitadores para facilitar el acceso a la APS Universal	66
2.1 Atenciones extramuro	66
2.2 Gestión remota de la demanda.....	74
2.3 Implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona.....	87
2.4 Fortalecimiento ECICEP: Mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental ..	95
2.5 Fortalecimiento ECICEP: Atención periodontal para personas con diabetes mellitus .	110
2.6 Fortalecimiento ECICEP: Mejoramiento de la capacidad de resolución en atención primaria de la hipoacusia en personas de 65 años y más	115

Componente N°3. Estrategias de participación para la Atención Primaria Universal.....	121
3.1 Diálogos ciudadanos y plan comunal de mejora de la experiencia usuaria	121
3.2 Promoción de la Salud a través de la identificación y recomendación de activos comunitarios (Cartografía de activos comunitarios para la salud).....	132
3.3 Diálogos ciudadanos: abordaje de emergencias y desastres, en el marco de una APS Resiliente	154
CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LAS COMUNAS PIONERAS	169
1.1 Indicadores.....	169
1.2 Medios y fuentes de verificación	172
1.3 Instructivo para el reporte de indicadores	185
1.4 Formatos sugeridos para el reporte de indicadores.....	197
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198
ANEXOS	201
Anexo 1. Diagnostico cualitativo de la gestión administrativa de la atención primaria de salud.....	201
Anexo 2. Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos en comunas pioneras de la APS universal.....	209
Anexo 3. Formato Acuerdo Administrativo	213
Anexo 3.1. Detalle de las dimensiones a considerar del acuerdo	220
Anexo 4. Pauta de chequeo de criterios mínimos del sistema de gestión remota de la demanda.....	223
Anexo 5. Encuesta de experiencia usuaria en Atención Primaria de Salud Universal.....	224
Anexo 6. Formato de invitación a diálogos ciudadanos	227
Anexo 7. Matriz de problemas: experiencia usuaria en APS	228
Anexo 8. Matriz para la sistematización de proyectos, diálogos ciudadanos.....	229
Anexo 9. Instructivo mapeo directo activos comunitarios.	230
Anexo 10. Pautas orientadoras para el acompañamiento en la instalación e implementación de la Atención Primaria Universal.....	232
• Inscripción Universal	232
• Acuerdo administrativo, primer año.....	232
• Acuerdo administrativo, segundo y tercer año	234
• Planificación de recursos y plan de gastos	236
• Implementación de ECICEP, primer año	237

• Implementación de ECICEP, segundo año.....	241
• Implementación de Gestión Social Local (GSL)*	243
• Cartografía de activos comunitarios en salud	243
Anexo 11. Informe de planificación de la ampliación de la extensión horaria.....	245
Anexo 12. Informe de planificación y cumplimiento de acciones para el acuerdo administrativo	248
Anexo 13. Informe de planificación y cumplimiento de las acciones extramurales	251
Anexo 14. Informe de planificación y cumplimiento de acciones para el rediseño de la atención de salud mental.....	254
Anexo 15. Informe de conclusiones de diálogos ciudadanos sobre experiencia usuaria .	262
Anexo 16. Informe de planificación y cumplimiento de acciones para la identificación y/o actualización de activos comunitarios	265
Anexo 17. Programa Jornada regional de APS Universal	267

ILUSTRACIONES, TABLAS Y DIAGRAMAS

Listado de Ilustraciones	
Ilustración 1	Marco conceptual de cobertura de salud (Tanahashi).
Ilustración 2	Cobertura Universal en Salud (incluyendo ley de atención inversa - Hart).
Ilustración 3	Plataforma de monitoreo de inscripción en las comunas pioneras de la APS Universal.
Ilustración 4	Informativo para el uso de la plataforma de gestión remota de la demanda “Telesalud”.
Ilustración 5	Formulario de solicitud Telesalud.
Ilustración 6	Panel de reportería de la plataforma Telesalud.
Ilustración 7	Elementos comunes entre la estrategia ECICEP y de Rediseño de Salud Mental.
Ilustración 8	Esquema de la estrategia de mejora de la calidad de la atención de salud mental en Atención Primaria.
Ilustración 9	Dimensiones de la calidad de la atención de salud mental en atención primaria de salud.
Ilustración 10	Proceso actual para el acceso de las personas a atención de salud (pre-rediseño).
Ilustración 11	Proceso propuesto para el acceso de las personas y su atención de salud mental (post rediseño, ámbito diagnóstico precoz y categorización).
Ilustración 12	Resumen del proceso del mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental en atención primaria.
Ilustración 13	Flujos para la atención periodontal a usuarios en control por diabetes mellitus en establecimientos de atención primaria
Ilustración 14	Visualización en el SITS de las brechas de acceso geográfico a Establecimientos de APS en una comuna.
Ilustración 15	Visualización en el SITS de la red de establecimientos de atención primaria de una comuna del país.

Ilustración 16	Visualización en el SITS de la resiliencia de hogares de una comuna.
Ilustración 17	Visualización en el SITS de amenazas socio naturales de una comuna.
Ilustración 18	Visualización ampliada (zoom) en el SITS de riesgos de inundación en una comuna.
Ilustración 19	Visualización ampliada (zoom) en el SITS de riesgos de afectación por incendios forestales en una comuna.
Ilustración 29	Visualización ampliada (zoom) en el SITS de riesgos de afectación por incendio forestal en una manzana de una comuna.
Listado de Tablas	
Tabla 1	Descripción del perfil y rol de los referentes técnicos operativos según Institución.
Tabla 2	Descripción de los equipos motores por alcance territorial.
Tabla 3	Listado de prestaciones y/o acciones por curso de vida (Fuente: decreto per cápita 2023).
Tabla 4	Dimensiones del acceso a servicios de salud y ejemplos de barreras.
Tabla 5	Acciones extramurales consideradas para el cumplimiento del indicador.
Tabla 6	Criterios de priorización de solicitudes sugeridos para Telesalud.
Tabla 7	Caracterización de necesidades y prestaciones y/o acciones sugeridas por categorización en el rediseño de la atención de salud mental.
Tabla 8	Resumen de técnicas cualitativas sugeridas para la recopilación de activos comunitarios para la salud.
Tabla 9	Categorización de activos que pueden identificarse según el modelo de desarrollo comunitario basado en activos.
Tabla 10	Elección de técnicas para identificar activos comunitarios según categoría.
Tabla 11	Preguntas orientadoras sugeridas para dirigir identificación de activos.

Tabla 12	Indicadores del programa de Universalización de la Atención Primaria (PRAPS) para las comunas en su primer año de implementación.
Tabla 13	Indicadores del programa de Universalización de la Atención Primaria (PRAPS) para las comunas en su segundo y tercer año de implementación.
Tabla 14	Detalle sobre los indicadores de evaluación de las comunas pioneras en su primer año de implementación.
Tabla 15	Detalle sobre los indicadores de evaluación de las comunas pioneras en su segundo y tercer año de implementación.
Listado de Diagramas	
Diagrama 1	Fases para la inscripción universal.
Diagrama 2	Fases para la utilización de servicios.
Diagrama 3	Fases para la ampliación de la extensión horaria.
Diagrama 4	Fases para el acuerdo de optimización de procesos administrativo.
Diagrama 5	Fases para la planificación de acciones extramurales.
Diagrama 6	Fases para la implementación de gestión remota de la demanda.
Diagrama 7	Fases para la implementación de la ECICEP.
Diagrama 8	Fases para la mejora de la calidad de la atención de salud mental en APS.
Diagrama 9	Fases para la atención periodontal para personas con DM.
Diagrama 10	Fases para el fortalecimiento de la resolutiveidad en APS, hipoacusia.
Diagrama 11	Fases para los diálogos ciudadanos sobre mejora de experiencia usuaria.
Diagrama 12	Fases para el mapeo de activos comunitarios.

Diagrama 13	Fases para la elaboración de planes de abordaje de emergencias y desastres a partir de diálogos ciudadanos.
--------------------	---

GLOSARIO DE TÉRMINOS

APS	Atención Primaria de Salud.
APS-U	Atención Primaria de Salud Universal.
BPG	Guía de Buenas Prácticas.
CESFAM	Centro de Salud Familiar.
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar.
DIDECO	Dirección de Desarrollo Comunitario.
DM	Diabetes Mellitus.
ECICEP	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas.
EMIAE	Equipo motor para la implementación de activos comunitario.
ENT	Enfermedades No Transmisibles.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
ISAPRE	Institución de Salud Previsional.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
MAIS	Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PCI	Plan de Cuidado Integral.
PRAPS	Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud.
RA	Reconocimiento de Activos.

RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud.
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencias.
SAR	Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad.
SUR	Servicio de Urgencia Rural.
SECPLA	Secretaría Comunal de Planificación.
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial.
SIC	Solicitud de Interconsulta.
SIGTE	Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera.
SITS	Sistema de Indicadores Territoriales en Salud.
SM	Salud Mental.
VDI	Visita Domiciliaria Integral.

PRESENTACIÓN

Que todas y todos gocemos del mayor bienestar posible a lo largo de nuestras vidas es el anhelo de las naciones. Los países que han sido exitosos en generar condiciones económicas, sociales y políticas favorables, como es el caso de Chile, deben enfrentar un problema que afecta profundamente a la sociedad y que frena el desarrollo, como es la inequidad.

En salud conocemos muy de cerca este problema, pues gozar de **una buena salud requiere generar condiciones de vida saludables y asegurar un acceso universal y efectivo a la atención sanitaria**. Cada vez hay más personas que viven con alguna enfermedad crónica, y muchas de ellas con varias, lo que, por un lado, tensiona nuestros establecimientos, presiona y frustra a los trabajadores y trabajadoras de la salud, y por el otro, genera largas esperas, gastos de bolsillo y condiciona el acceso y provisión de servicios a la capacidad de pago. **La segmentación de las personas al acceder a los servicios, fragmentación de la atención, brechas en la gestión y recursos dificultan hacer efectivo el derecho a la salud en nuestro país**, y hacen necesario avanzar hacia una transformación del sistema.

Para hacer frente a los desafíos presentes y futuros, es que el Gobierno del presidente Gabriel Boric está impulsando una **reforma integral del Sistema de Salud, que contempla propuestas de cambios** para, por una parte, mejorar la respuesta del sector a las preocupaciones de las personas en Chile como dignidad en el trato, mayor acceso y continuidad en la atención, disminución de la espera y mayor protección financiera, pero, por otro lado, enfrentar los nuevos desafíos sanitarios mejorando la coordinación de todo el Estado, con enfoque en mejorar la calidad de vida y bienestar.

El centro de estos cambios es fortalecer y transformar la Atención Primaria, avanzando hacia convertirla en una estrategia universal, para que todas las personas accedan sin discriminación de ningún tipo, y sin barreras que dificulten o impidan que puedan llegar. Lograr que la atención primaria se transforme en la primera opción, y, por lo tanto, la principal estrategia de cuidados de salud para toda la población a lo largo de toda su vida, siendo la apuesta central de esta primera etapa. A través de su fortalecimiento en distintos ámbitos, y de forma progresiva, estamos no solo trabajando para lograr una atención primaria con un alto estándar de calidad, sino que también para resguardar un acceso efectivo y adaptado a la realidad de las personas, que incorpore, nuevas tecnologías que resuelvan las necesidades de salud de las personas cerca de donde viven, estudian o trabajan y que considere la participación activa de las personas en la construcción de ambientes saludables que mejoren su calidad de vida. La salud es el piso fundamental para la seguridad social de un país, es por ello por lo que **avanzar en el fortalecimiento de la atención primaria de salud es imperativo, pues la APS es un bien público que debe ser puesto a disposición de todas las personas** si queremos mejorar la calidad de vida de los habitantes de nuestro país.

Dra. Carmen Aravena Cerda
Jefa de la División de Atención Primaria
Ministerio de Salud

Dr. Bernardo Martorell Guerra
Coordinador de la Reforma
Ministerio de Salud

AUTORÍA

La elaboración de las Orientaciones Técnicas para la Universalización de la Atención Primaria de la Salud y edición estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial, que fue coordinada por Vanessa Díaz Bravo y Alison Morales San Martín, profesionales de la Comisión de Reforma de Salud y la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, respectivamente. A continuación, se mencionan responsables técnicos del desarrollo de cada capítulo y quienes revisaron y colaboraron en la versión final del documento.

Se incluye el agradecimiento a los equipos de las comunas pioneras 2023, Servicios de Salud y SEREMIS de Salud, quienes a través de su participación en los grupos de discusión o en base a sus observaciones, permitieron la redacción de estas Orientaciones Técnicas.

Comité editor (orden alfabético).

Vanessa Díaz Bravo	Encargada nacional APS Universal, Comisión de Reforma
Rocío Muñoz Embry	Profesional APS Universal, Comisión de Reforma

Profesionales revisores (orden alfabético)

Carmen Aravena Cerda	Jefa de la División de Atención Primaria
Bernardo Martorell Guerra	Coordinador nacional, Comisión de Reforma

Colaboradores en la redacción de los capítulos (por orden alfabético)

Profesionales	Institución	Capítulo
Ximena Barros Vanessa Díaz Bernardo Martorell	Comisión de Reforma	Introducción
Roberto García - Basado en: Orientación Técnicas APS Universal 2023, Documento de posición de la Comisión Técnica para la APS Universal, Reforma al sistema de salud: una agenda de transformaciones	Comisión de Reforma	Capítulo 1. Atención primaria universal en la reforma de salud, conceptos claves
Alison Morales - Basado en: Orientación Técnicas APS Universal 2023	División de Atención Primaria	Capítulo 2. Avanzando hacia la atención primaria universal en Chile: consideraciones para la implementación
Vanessa Díaz	Comisión de Reforma	Capítulo 3. Inscripción universal

<ul style="list-style-type: none"> - Basado en: Manual de inscripción APS-U en Front Integrado (FONASA) <p>Equipo de la comuna de Canela y del Servicio de Salud Coquimbo Equipo de la comuna de Coltauco</p>		
<p>Vanessa Díaz</p> <p>Equipo Servicio de Salud Araucanía Sur</p>	Comisión de Reforma	Capítulo 3. Utilización de Servicios
<p>Ximena Barros</p> <p>Equipo de la comuna de Alhué y del Servicio de Salud Metropolitano Occidente</p>	Comisión de Reforma	Capítulo 3. Ampliación de la extensión horaria
<p>Alejandra Ávalos, Ximena Barros, Sergio Rojas</p> <p>Equipo de la comuna de La Cruz Equipo de la comuna de Linares</p>	Comisión de Reforma	Capítulo 3. Optimización de los procesos administrativos
<p>Rocío Muñoz Juan Pablo Rubio</p> <p>Equipo de la comuna de Renca</p>	Comisión de Reforma	Capítulo 3. Atenciones extramuro
<p>Equipo de Telesalud MINSAL/OPS: Ana Duarte, Cristian González, Hernán Guajardo, Antonio Vergara, Pablo Wilhem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basado en: Lineamientos técnicos para la gestión remota de la demanda en atención primaria 	División de Atención Primaria Salud Digital Consultores OPS	Capítulo 3. Gestión remota de la demanda
<p>Equipo ECICEP DIVAP: María de los Ángeles Bravo, Irma Vargas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basado en: Marco operativo de la estrategia de cuidado integral centrados en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad 	División de Atención Primaria	Capítulo 3. Fortalecimiento de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona
<p>Equipo de Salud Mental DIVAP: Álvaro Campos, Alejandro Iglesias, Tania Labra, Alondra Lagos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basado en: Estrategia para la mejora continua de la calidad de la atención de salud mental en la APS, guía de implementación para ejecutores 	División de Atención Primaria	Capítulo 3. Mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental

<p>Equipo Salud Oral y ECICEP, DIVAP: María de los Ángeles Bravo, Jazmín Yoma, Irma Vargas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basado en: Orientación técnico-administrativa atención periodontal para personas con diabetes mellitus 	<p>División de Atención Primaria</p>	<p>Capítulo 3. Atención periodontal para personas con diabetes mellitus</p>
<p>Juan Pablo Rubio</p>	<p>Comisión de Reforma</p>	<p>Capítulo 3. Mejoramiento de la capacidad de resolución en atención primaria de la hipoacusia en personas de 65 años y más</p>
<p>Vanessa Díaz, Ricardo Hernández, Ignacio Silva</p> <p>Equipo de la comuna de Perquenco y Servicio de Salud Araucanía Sur Equipo Servicio de Salud Coquimbo</p>	<p>Comisión de Reforma División de Atención Primaria</p>	<p>Capítulo 3. Diálogos ciudadanos y plan comunal de mejora de la experiencia usuaria</p>
<p>Paz Anguita, Ximena Barros, Vanessa Díaz, Ricardo Hernández, Alejandro Iglesias, Laura Morlans, Rocío Muñoz, Sergio Rojas</p>	<p>Comisión de Reforma División de Atención Primaria</p>	<p>Capítulo 3. Diálogos ciudadanos y APS Resiliente</p>
<p>Rocío Muñoz, Juan Pablo Rubio</p> <p>Equipo SEREMI de Salud Araucanía</p>	<p>Comisión de Reforma</p>	<p>Capítulo 3. Cartografía de activos comunitarios para la salud</p>
<p>Vanessa Díaz</p>	<p>Comisión de Reforma</p>	<p>Capítulo 4. Evaluación de las comunas pionera</p>
<p>Alejandra Ávalos, Rocío Muñoz, Gladys Ojeda, Sergio Rojas</p>	<p>Comisión de Reforma</p>	<p>Pautas orientadoras para el acompañamiento en la instalación e implementación de la Atención Primaria Universal</p>

INTRODUCCIÓN

La salud de una población es la mayor riqueza de un país. Chile ha sido manifiesto de aquello, demostrando a lo largo de su histórica tradición sanitaria, su contribución al desarrollo humano, social y económico por más de un siglo. Sin embargo, la desigualdad en salud, evidenciada en el acceso y sus resultados poblacionales, aún sigue siendo la peor de las injusticias del Chile actual¹. Lo anterior motiva la urgencia de realizar cambios para responder al sentir de la ciudadanía, pero además para adaptarse a los nuevos retos que enfrenta el sistema de salud y la necesidad de modificar el paradigma actual de abordaje centrado en el daño hacia uno basado en construir condiciones para que las personas se mantengan saludables.

Para responder a las necesidades que originan la Reforma de Salud, se ha identificado que fortalecer y lograr el acceso y cobertura universal a la atención primaria de salud es fundamental, pues esta estrategia se ha relacionado con mejores resultados sanitarios a nivel internacional. La evidencia señala que la atención primaria permite²:

- Aumentar el acceso de la población más vulnerable a los servicios de salud, ya que propende a eliminar barreras de acceso de aquellos grupos poblacionales que no disponen de recursos económicos para obtener servicios de salud.
- Contribuir a la calidad en la atención clínica de salud. En ese sentido, las comparaciones entre médicos generales y especialistas benefician a los primeros en tanto sustentan sus intervenciones en guías clínicas basadas en evidencia, más que nada en enfermedades de alta prevalencia y frecuencia entre la población.
- Impactar en la prevención de las enfermedades. La atención primaria tiene la posibilidad de realizar tamizajes preventivos a un gran grupo poblacional expuesto al riesgo de tener ciertas enfermedades. Las iniciativas de prevención genérica (no fumar, apoyar la lactancia materna, usar cinturón de seguridad, etc.) tienen mejor *ajuste (setting)* en atención primaria y funcionan mejor que las prevenciones secundarias (desarrolladas por especialistas), cuando el daño ya existe.
- Impactar en el manejo prematuro de los problemas de salud. Es decir, la atención primaria y los equipos que en ella trabajan han demostrado que tienen ventaja comparativa en el manejo de problemas de salud antes de que éstos se agraven y deban ser derivados a servicios de urgencias o requieran hospitalizaciones.
- Centrar las atenciones en las personas y no en las enfermedades, así como también coordinar las atenciones que requerirán las personas. La capacidad de llevar a cabo la continuidad del cuidado y centrarlo en las personas aumentan la satisfacción de las mismas y la eficiencia en la provisión de los servicios.
- Reducir las consultas innecesarias o inapropiadas con especialistas médicos. Vinculado con lo anterior, la evidencia indica que no hay mejores resultados de salud si se incrementa la dotación

¹ Ministerio de Salud (2023). Reforma al Sistema de Salud: Una agenda de transformaciones

² (Damarell, Morgan, & Tieman, 2020) (Shi, Starfield, Kennedy, & Kawachi, 1999) (Starfield, 2009) (Starfield, Lemke, Herbert, Pavlovich, & Anderson, 2005) (Starfield, Shi, & Macinko, 2005)

de médicos especialistas. Esto tiene una fuerte base teórica detrás: los especialistas son entrenados en hospitales y son entrenados para ver enfermedades más serias que las que se presentan en contextos comunitarios, por lo tanto, tienen mayor probabilidad de sobreestimar la enfermedad que ven en la persona y recurrir al uso de mayores recursos.

Además de los beneficios reportados a nivel internacional que conlleva una atención primaria fuerte, es necesario considerar que nuestro país cuenta con una extensa tradición y desarrollo de esta. Para Chile, la atención primaria es considerada una estrategia de salud de alta relevancia, cuyo objetivo es garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar de las personas, familias y comunidades, mediante el modelo de atención llamado Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario (MAIS). Este marco de acción establece que los servicios y prestaciones se centren en las necesidades efectivas de las personas, abordándolas desde una perspectiva integral, a lo largo de su curso de vida, y con continuidad de cuidados que van desde la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

La atención primaria en Chile no sólo se constituye como un nivel de atención, si no que, como una estrategia de salud, incluso jugando un rol cultural y social fundamental³, pero producto de cambios a nivel social, sanitario y administrativo, se llegó a un escenario crítico a inicios de la década de los 90, en que se presentaba un desfinanciamiento cercano a un 50%; baja capacidad resolutoria, debido a los problemas con exámenes de laboratorio y radiología, a la falta de personal y de insumos de farmacia y el bajo acceso al nivel secundario de las personas derivadas con interconsultas y; horarios poco accesibles para el público generaban un exceso en la demanda de servicios de urgencia⁴; lo que conllevó trabajar en la reconstrucción de esta.

Progresivamente, la atención primaria chilena ha ido mostrando fuertes señales de consolidación y resultados sanitarios satisfactorios, toda vez que la tendencia del financiamiento ha ido en aumento desde la década del 2000 (coincidente con la Reforma de Salud anterior) hasta la fecha⁵ y que el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario se encuentra presente en más del 80% de los establecimientos de atención primaria del país.

Actualmente, el **acceso y cobertura de la atención primaria** está restringido solo para las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y que, a la vez, estén inscritas en algún centro de salud primaria; pero, además, existen barreras de acceso que dificultan o impiden que incluso los beneficiarios de FONASA inscritos en los establecimientos de salud accedan efectivamente a los cuidados de la atención primaria. Esto se traduce en un acceso desigual y heterogéneo a los cuidados de salud a lo largo del territorio nacional, lo que influye negativamente en el bienestar de la población, pues el país no se beneficia de las ventajas de contar con cuidados territoriales, basados en la atención primaria.

³ (Molina, 2010)

⁴ (Heyermann, 1995)

⁵ Cuadrado, Fuentes-García, Barros, Martínez, & Pacheco, 2021)

Un factor crucial que determina que se requiera avanzar en la Reforma al sistema sanitario y al paradigma actual de abordaje, es el agravamiento del perfil epidemiológico de la población chilena también demanda una urgente reconfiguración de la forma en que los servicios de salud abordan a la población, especialmente, la que se encuentra en riesgo de salud. La última Encuesta Nacional de Salud (2017) ha evidenciado que cerca de 11 millones de chilenas y chilenos, de más de 15 años, viven con dos o más enfermedades crónicas simultáneamente, las cuales requerirán cuidados individuales de largo plazo e indicación farmacológica crónica (18), es decir, viven en condición de multimorbilidad. De este grupo, cerca de 2,5 millones de chilenas y chilenos conviven con cinco o más condiciones crónicas simultáneamente, lo que hace aún más grave el panorama epidemiológico (18). Algunos ejemplos de esas enfermedades crónicas son: las caries cavitadas (55%), hipertensión (27,6%), dislipidemia (46%), diabetes (12,3%), tabaquismo actual (33,4%), problemas asociados al consumo de alcohol (12%), síntomas depresivos (15,8%), consumo excesivo de sal (98%), bajo consumo de frutas y verduras (85%), sedentarismo de tiempo libre (87%) y obesidad (34,4%)⁶.

La pandemia de COVID-19 ha agravado el abordaje de estas condiciones de salud. Dada la conversión de los servicios de salud para la atención de COVID-19 y las restricciones de movilidad de la población, entre otras razones, los cambios en la actividad asistencial complicaron la cobertura de cánceres, de salud mental y salud cardiovascular. En ese sentido, para el caso del cáncer, se redujeron las prestaciones y las confirmaciones diagnósticas en un 35% y se registraron aumentos de casos en cinco tipos de cánceres: 14% casos extras en el 2021 y 10% en el 2022 (Cuadrado et al. y Ward et al., 2021 citados en Rojas et. al, 2022)⁷; con respecto a salud mental, entre un 32% y 45% de las personas refirieron deterioro en su estado de ánimo: 47,3% reconoció tener síntomas de depresión, 25% reconoció tener síntomas de ansiedad, 16,3% admitió síntomas de insomnio, 29,6% reconoció haber aumentado el consumo de tabaco y 13,5% reconoció haber aumentado el consumo de alcohol (Bravo et al., 2021 citado en Rojas et. al, 2022)⁸ y; en referencia a salud cardiovascular, se redujeron los ingresos en un 47% y controles en un 60%, reduciendo la cobertura efectiva de hipertensión arterial de 47% a 23% y de diabetes de 30% a 17,5% (MINSAL, 2022 citado en Rojas et. al, 2022) (19) y el 51% de las personas indicó haber aumentado de peso en promedio 7,5 kilogramos (IPSOS, 2021 citado en Rojas et. al, 2022)⁹.

Ante este escenario, el sistema de salud necesita y debe mejorar su respuesta de manera global, con independencia de la condición socioeconómica que las personas tengan.

Hoy por hoy, la atención primaria se encuentra colmada de personas bajo control a las cuales las diferentes intensidades de prestaciones no están acordes a su nivel de riesgo de salud y a las necesidades de cuidado derivadas de éste¹⁰. Por consecuencia, las personas propenden a buscar soluciones a sus condiciones crónicas de salud de manera episódica y mediante el acceso que ofrecen las urgencias, puesto que la forma en que se organiza la oferta desde atención primaria no se ajusta a sus

⁶ (Margozzini & Passi, 2018)

⁷ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

⁸ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

⁹ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

¹⁰ (Margozzini & Passi, 2018)

requerimientos. Es así como sus condiciones crónicas carecen del acompañamiento, seguimiento y cuidado adecuado, generando la fuerte carga de morbilidad y económica que se mencionó anteriormente.

Lo anterior se enlaza con la situación preocupante de las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles al cuidado de la atención primaria. En ese sentido, 11% de los egresos anuales de los hospitales nacionales se comprenden como hospitalizaciones que pudieran haber sido evitadas con los cuidados adecuados obtenidos desde atención primaria. Esta cifra, además, muestra que quienes tienen mayor afectación por hospitalizaciones evitables son aquellas personas que habitan en comunas de alta vulnerabilidad social, lo que es especialmente grave si se considera que una de cada tres personas que se hospitaliza por una condición de salud evitable, fallece durante la hospitalización¹¹. En términos de costos para el sistema de salud, las hospitalizaciones evitables representan el 20% de ocupación días-cama del sistema hospitalario (equivalente a 69.000 egresos quirúrgicos) y todo este fenómeno represente cerca de US\$ 300.000 millones de dólares de gasto evitable¹².

Para que el sistema de salud en su conjunto mejore su respuesta ante los escenarios epidemiológicos y sanitarios que se presentan, es determinante trabajar en el cierre de las brechas de optimización de la gestión y funcionamiento de la atención primaria, de modo tal de aumentar la efectividad de los equipos de salud y sus acciones sanitarias, mediante el acceso a la salud.

Más allá de las consecuencias enunciadas anteriormente, relativas al rezago en la utilización de servicios que implicó el abordaje de la pandemia COVID-19, esta también permitió a los equipos obtener valiosos aprendizajes y materializar el valor social que la atención primaria tiene para el país.

La atención primaria prontamente reaccionó y reconvirtió (incluso antes de la emisión de lineamientos de acción sanitaria desde el Ministerio de Salud) su quehacer para hacer frente a la pandemia, dado su posición privilegiada como primer punto de contacto con la comunidad. La atención primaria reorganizó el funcionamiento de los centros priorizando atenciones presenciales solo para pacientes, según riesgo de salud (embarazadas, pacientes con multimorbilidad, recién nacidos, etc.); implementó nuevas prestaciones (toma de PCR, realización de test de antígenos, vacunación contra el COVID-19); incorporó estrategias de salud pública entendidas como trazabilidad, aislamiento de casos y contactos, formando a sus equipos al respecto; creó nuevas modalidades de atención basadas en tecnologías (telemedicina, teletriage, vigilancia y seguimiento mediante plataformas); fortaleció los vínculos con la red de atención de urgencia y con las redes comunitarias territoriales, entre otras¹³. Todo esto permitió que la atención primaria generara un tremendo aprendizaje y que se configurara un escenario de oportunidad para avanzar con mayor velocidad en áreas que requerían optimización, tal como la reestructuración del sistema de salud resiliente para avanzar hacia la cobertura universal, con atención oportuna y de calidad para toda la población¹⁴.

¹¹ (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2022)

¹² (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2022)

¹³ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

¹⁴ (CEPAL, 2022)

Por todo lo anterior, se ha propuesto universalizar el acceso y cobertura a los cuidados de salud, independientemente de la previsión de salud de las personas. Esto permitirá no solamente distribuir los beneficios de los cuidados preventivos a personas que actualmente se excluyen de este nivel, sino también desarrollar estrategias que abordan el territorio en su integralidad, con un foco fuertemente preventivo. Es por esto por lo que el eje de la Reforma de Salud, referido a la atención primaria, incluye aumentar la cobertura al 100% de la población, independiente del seguro de salud y de su capacidad económica. Pero, tal como ha sido señalado por distintos espacios, como el Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria¹⁵, es necesario fortalecer el sistema para lograr el impacto esperado.

Finalmente, la universalización de la atención primaria busca que todo chileno y chilena pueda gozar del mejor estándar de cuidados y de salud, sin ser este condicionado por las circunstancias económicas, sociales u otras en que las personas viven y se desenvuelven. Para ello, es necesario reconfigurar un sistema de salud que vaya avance, aceleradamente, hacia cuidados de calidad y comprensivos para todas y todos; que vaya desde la fragmentación hacia la integración centradas en las personas; desde las inequidades hacia la justicia sanitaria y *accountability* y; desde la fragilidad hacia la resiliencia¹⁶.

¹⁵ Espacio político técnico constituido por ex Ministros/as de Salud, parlamentarios representantes de las comisiones de salud, representantes de las municipalidades, representantes de los/as usuarios/as, representantes de los trabajadores, representantes de los colegios profesionales, representantes de la academia y sociedades científicas y representantes de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud. Su objetivo es asesorar en el diseño de la política pública de universalización de la atención primaria.

¹⁶ En el mes de febrero 2023, se ha vivido una de las peores catástrofes relativas a incendios forestales, que ha afectado la zona centro sur del país. Esta se inició por olas de calor récord para la zona y la temporada, así como también el efecto de la megasequía que afecta al país. Hasta el momento más de 500.000 hectáreas han sido afectadas, dejando un balance de 25 fallecidos y más de 2.000 viviendas destruidas. Para mayor detalle, consultar: <https://elpais.com/chile/2023-02-06/chile-combate-la-ola-de-incendios-forestales-mas-mortifera-de-la-ultima-decada.html>

OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO

Las *Orientaciones Técnicas para Universalización de la Atención Primaria de Salud* tienen como objetivo establecer el marco operativo y la orientación metodológica de la implementación de la universalización de la atención primaria en el país.

En su segunda versión, este documento establece y desarrolla las acciones sugeridas a implementar durante el primer y segundo año de universalización de la atención primaria en las comunas. Esta guía de acciones para la instalación y desarrollo de la atención primaria universal permitirá conformar una base sólida para avanzar hacia la cobertura y acceso universal progresiva de la salud primaria.

El presente documento está dirigido a quienes conforman los equipos motores para la implementación de la universalización de la atención primaria en las comunas que se encuentran en su primer y segundo año de puesta en marcha.

A lo largo de la lectura de este documento, los equipos motores para la universalización de la atención primaria podrán:

1. Revisar los conceptos y elementos claves asociados a la atención primaria universal.
2. Comprender los elementos principales asociados a la implementación progresiva de la universalización de la atención primaria en Chile, tales como roles y funciones de los actores involucrados y gestión del cambio.
3. Revisar el detalle de las acciones que se sugieren implementar durante el primer y segundo año de cambio en una comuna pionera, incluyendo la justificación de su priorización y la descripción metodológica para su ejecución.
4. Conocer el marco evaluativo de la atención primaria universal para su primer y segundo año de implementación.

CAPÍTULO 1. ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN LA REFORMA DE SALUD: CONCEPTOS CLAVES

Para una implementación exitosa de la Atención Primaria Universal, es crucial definir los conceptos fundamentales que guían las estrategias de esta política pública. Este enfoque no se limita a ser meramente el primer nivel de atención, sino que se concibe como una estrategia integral y comprometida, dirigida a promover la salud y la equidad sanitaria en la población. Chile, en su compromiso con esta visión, adapta su atención primaria para abordar eficazmente el perfil de problemas y necesidades de salud específicos del país.

La atención primaria en nuestro país se fundamenta en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, enfatizando también en el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz de enfermedades crónicas. Este enfoque requiere un involucramiento activo de las comunidades a las que sirve, poniendo el foco en las necesidades reales de individuos, familias y comunidades. Se caracteriza por la continuidad en los cuidados y una coordinación efectiva con otros niveles de atención de la red asistencial y con el intersector.

Es vital reconocer que, como estrategia, la atención primaria debe comprender en profundidad las necesidades y problemas de salud prevalentes, así como los recursos disponibles para las personas a las que atiende. Es esencial mantener una visión clara de la operación de los determinantes sociales en los territorios, ya que estos factores tienen un impacto significativo en la salud de las comunidades. Por lo tanto, la atención primaria en Chile no solo busca tratar enfermedades, sino también transformar la vida de los habitantes de estos territorios mediante una aproximación holística y sensible a su contexto social.

La conceptualización de la atención primaria como estrategia implica que el objetivo es garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, dentro de un marco de equidad. Esto requiere un enfoque proactivo en el despliegue de acciones en el territorio, orientadas hacia la provisión de servicios de salud integrales, accesibles, continuos, de calidad y oportunos para toda la población; pero también considerar la amplia gama de factores que intervienen en la salud y bienestar¹⁷. Por tal motivo, es crítico garantizar el acceso universal a la atención primaria, eliminando las barreras que actualmente limitan la disponibilidad de servicios de salud a diversos grupos o sectores de la sociedad.

El acceso universal a la salud se define como como *“la ausencia de barreras de tipo físico, geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud”*¹⁸. En el contexto actual de Chile, se observa una limitación para acceder a cuidados esenciales de salud, restringiendo su acceso sólo a las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que se inscriben voluntariamente en algún centro de salud primaria. Además de ello, existen barreras de distinta naturaleza que restringe el acceso incluso para quienes están

¹⁷ (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

¹⁸ (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

inscritos. Esta situación conduce a una segmentación del sistema de salud y a una disparidad en el acceso a los servicios esenciales, creando un escenario de acceso desigual y heterogéneo a la atención primaria y a los beneficios que esta reporta.

Esta segmentación se manifiesta en que los cuidados proporcionados por la atención primaria no están disponibles para toda la población del territorio nacional, siendo una primera barrera el tipo de seguro de salud que poseen las personas y sus familias, lo que representa un desafío importante para alcanzar la universalidad en el acceso a la salud. Esta restricción en el sistema de salud chileno conlleva una realidad preocupante: una parte considerable de la población no accede a los servicios promocionales, preventivos, curativos o de rehabilitación que la atención primaria proporciona, lo que tiene un impacto no sólo a nivel de la salud individual de estas personas, si no que a nivel poblacional. Concretamente, más de tres millones de personas en Chile están excluidas de los beneficios de la atención primaria, debido a que no son beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este grupo excluido comprende a los beneficiarios de las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y a personal, tanto activo como retirado, de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.

No obstante, el alcance del problema va más allá de este conjunto de la población. Incluso entre los beneficiarios de FONASA, aquellos que no se han registrado en un centro de salud enfrentan limitaciones en el acceso a estos servicios esenciales. En 2022, de los 15.233.814 beneficiarios FONASA, solo alrededor de 13 millones estaban inscritos en un centro de salud. Esto significa que aproximadamente el 13% de los beneficiarios de FONASA no estaban afiliados a ningún establecimiento de atención primaria. Esta situación refleja una brecha significativa en el sistema de salud, donde el acceso a la atención primaria, esencial para la prevención y tratamiento temprano de enfermedades, está condicionado por la afiliación a un sistema de salud específico y por la inscripción activa en centros de atención. Esta realidad subraya la urgente necesidad de reformas que aseguren un acceso más equitativo y universal a los servicios de salud en Chile, garantizando que todas las personas, independientemente de su condición puedan beneficiarse de los cuidados integrales que ofrece la atención primaria de salud.

Otras barreras significativas que se reportan como limitantes para que las personas puedan acceder a los cuidados que se otorgan en la atención primaria son las referidas a la organización, como horas de atención no convenientes o requisitos administrativos engorrosos. Las barreras financieras, como no contar con disponibilidad adecuada de recursos en la APS, barreras de acceso geográfico o incluso de aceptabilidad de los servicios, son otro tipo de factores que deben ser considerados para el análisis y respuesta ante esta problemática.

En consecuencia, es imprescindible replantear y reestructurar los sistemas políticos de salud para superar estas limitaciones y avanzar hacia un modelo de atención primaria más inclusivo y equitativo, que asegure la salud y el bienestar de todos los habitantes del país.

En cuanto a la cobertura de salud, esta se entiende como *“la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura,*

recursos humanos, tecnologías de la salud (incluye medicamentos) y financiamiento¹⁹ y la cobertura universal de salud como “la existencia de mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población”²⁰. Existen condiciones que determinan la cobertura efectiva y, por tanto, diversas barreras que puedan afectar su resultado. De acuerdo con el marco conceptual diseñado por Tanahashi (1978)²¹ y utilizado por la Organización Mundial de la Salud en la evaluación de avances en cobertura universal de salud, se plantean cinco tipos de barrera para la cobertura de salud:

Ilustración 1. Marco conceptual de cobertura de salud (Tanahashi)



1. **Disponibilidad:** hace referencia a la existencia de los dispositivos y recursos requeridos para que el servicio sea provisto. Ejemplos de barreras de disponibilidad son el insuficiente número de establecimientos de salud, número inadecuado de profesionales de la salud, espacios físicos no aptos para la atención, etc.
2. **Accesibilidad:** además de existir disponibilidad de los servicios, estos deben estar al alcance de las personas. Las barreras de acceso pueden estar asociadas con la geografía o el transporte, costos financieros directos e indirectos y elementos organizacionales. Ejemplo de barreras de acceso son gastos asociados a la atención, medicamentos o exámenes, horarios de funcionamiento de los establecimientos, sistemas de agendamiento limitados, requerimientos para la inscripción, entre otros.
3. **Aceptabilidad:** las personas no acceden a los servicios de salud por barreras determinadas social y culturalmente, que se asocian a los valores que asignan al uso de los servicios sanitarios y a los significados que otorgan a sus estados de salud y enfermedad. Estas barreras condicionan que las personas no acepten los servicios, a pesar de que estén disponibles y que sean asequibles. Por

¹⁹ (Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial, 2017)

²⁰ (Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial, 2017)

²¹ (Tanahashi, 1978)

ejemplo: el miedo o vergüenza de atenderse en un determinado servicio de salud, incompatibilidad cultural entre el usuario y el equipo de salud, la desconfianza en los equipos de salud y en los tratamientos prescritos, creencias religiosas, estigma social, entre otras.

4. **Contacto:** esta condición da cuenta de la interacción entre el proveedor y el usuario cuando los servicios ya están disponibles, son accesibles y aceptables. Las barreras de contacto se ven reflejadas en los *cuidados renunciados*²² (34), indicador que guarda relación con el uso del servicio sanitario cuando la necesidad de atención es percibida. Este fenómeno es un problema incluso en países con alta cobertura de servicios sanitarios y sus orígenes reflejan inequidades en salud y guarda relación de manera relevante con el desempeño de la protección financiera que brindan los sistemas de salud²³.
5. **Efectividad de la cobertura:** Por último, el contacto con el servicio sanitario no asegura que el servicio sea satisfactorio y cumpla con los criterios de efectividad definidos particularmente en cada caso. La cobertura efectiva es reflejada en la medida en que el servicio genera el beneficio esperado en salud.

Garantizar la cobertura universal a la atención primaria implica comprender que existe un problema inherente en las prestaciones de salud que debe ser revertido mediante la cobertura universal. Tudor Hart (1971)²⁴ señaló que la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a las necesidades de la población. Es decir, las personas con mayor carga de vulnerabilidad social tienden a tener mayores problemas de salud y presentan mayores problemas de acceso y cobertura de salud que las personas aventajadas socioeconómica y socioculturalmente hablando.

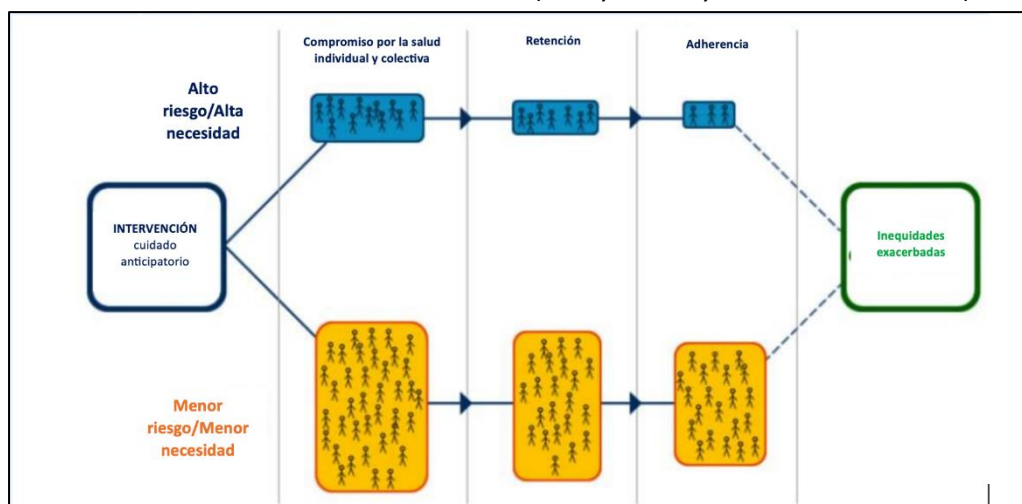
De acuerdo a lo anterior, la inequidad a la que se apela anteriormente, se erige por diferentes factores: primero, por la deficiente distribución de recursos de salud, por la facilidad que tienen ciertos sectores de gozar de afluencia para acceder a establecimientos de salud, en comparación con otras áreas desaventajadas y, segundo, porque el nivel educacional y el estatus socioeconómico determina la autoconciencia y el autocuidado que las personas tienen al buscar salud y bienestar (y al acceder a ello). Es así como la Ley de Cuidados Inversos plantea la paradoja que aquellos que requieren más cuidados de salud enfrentarían más barreras para acceder a esto y tendrían peores resultados en salud. Esto enfatiza, asimismo, la importancia de incluir y vincular los determinantes sociales de la salud en el acceso equitativo a los servicios de salud para todas las personas, sin discriminar por ninguna de las características inherentes a ellas.

²² Traducido del término *forgone care*.

²³ (Bodenmann, Favrat, Wolff, & et-al, 2014) (Sandoval, Petrovic, Guessous, & Stringhini, 2021)

²⁴ (Tudor Hart, 1971)

Ilustración 2. Cobertura Universal en Salud (incluyendo ley de atención inversa (Hart))



Fuente: Adaptación de Sanjeev Sridharan, 2009

Además de estos conceptos claves ya enumerados, la Atención Primaria Universal rescata los conceptos tradicionales que han formado parte de la estrategia a nivel nacional. Solo con fines de enumeración, se exponen a continuación²⁵:

- **Enfoque de derechos ciudadanos y protección social:** el derecho a la salud y a la atención de salud es un derecho humano fundamental. La protección social es el mecanismo por el cual se proveen las condiciones que brindan seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles el ejercicio de los derechos sociales que les permitan gozar de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso en toda la sociedad.
- **Estrategia Nacional de Salud al 2030:** instrumento en el que se exponen los principales desafíos sanitarios y se establecen las acciones y abordajes para enfrentarlos. Hacia el año 2030, la Estrategia Nacional de Salud busca mejorar la salud y bienestar de la población, disminuir las inequidades, asegurar la calidad de la atención de salud y avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.
- **Redes Integradas de Servicios de Salud:** 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. Lo anterior supone organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio.
- **Principios del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario:**
 - **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,

²⁵ (Ministerio de Salud, 2023)

basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas.

- **Integralidad:** refiere a los niveles de prevención y a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población.
- **Continuidad del cuidado:** 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.

Para operacionalizar estos principios se impulsa la Estrategia de cuidados integrales centrados en la persona (ECICEP), la cual se enmarca en el Modelo de atención y brinda un marco de acción y condiciones para que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia de los servicios de salud. Así busca dar respuestas más adecuadas a la necesidad de las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población general. La implementación y desarrollo de la ECICEP requiere de un rediseño en los procesos de atención y gestión en los establecimientos. Cambios que facilitan el tránsito desde la atención fragmentada y centrada en la enfermedad a la colaboración y centrada en la persona, en los que la relación entre el equipo de salud y la persona tiene valor propio que antecede al contenido de la atención abordando sus necesidades de salud de forma integral donde la persona toma decisiones informadas sobre su salud.

Líneas estratégicas para instalar e implementar la universalización de la atención primaria

El gobierno del presidente Gabriel Boric Font ha impulsado una agenda de transformaciones y reforma integral al sistema de salud que contribuya a mejorar la dignidad en los cuidados de las personas, otorgue acceso oportuno y de calidad, según necesidad, con mayor protección financiera y un uso más eficiente de los recursos. Un sistema de salud que socialmente integre y no segregue, que sea capaz de mejorar la salud de la población otorgando mayor equidad en sus resultados.

Para cumplir con ello, la Reforma de Salud ha sido organizada en torno a 4 ejes, interdependientes, que permiten avanzar progresivamente hacia la salud universal con equidad. Estos cuatro ejes corresponden a los siguientes:

- Garantizar la cobertura universal de la atención primaria de salud.
- Dignificar y modernizar el sistema público de salud.
- Generar condiciones de vida saludable con equidad.
- Construir un nuevo sistema de seguridad social en salud.

Se ha determinado que garantizar la cobertura universal a la atención primaria de salud, o también denominada *Universalización de la Atención Primaria de Salud o Atención Primaria Universal (APS-U)*, es el corazón de la Reforma, pues a partir de ésta se espera transformar el sistema de salud en su conjunto y, así, mejorar la salud de la población, garantizando el derecho a la salud de todas las

personas, contemplando sus expectativas y aspiraciones e incorporando mecanismos de disminución de las desigualdades en salud.

La universalización de la atención primaria tiene cinco objetivos orientadores, los que fueron consensuados tras la discusión en diversos espacios, y que constituyen el marco global de los propósitos que se buscan alcanzar mediante la implementación de las acciones contenidas en las líneas estratégicas. Estos objetivos son:

- **Objetivo 1. Cobertura:** Ampliar la cobertura y el acceso universal y equitativo a cuidados integrales de la atención primaria de salud.
- **Objetivo 2. Gobernanza:** Fortalecer la rectoría y gobernanza para que la atención primaria de salud sea el centro y articulador del sistema sanitario.
- **Objetivo 3. Financiamiento:** Aumentar y mejorar el financiamiento en la atención primaria y avanzar hacia la eliminación del gasto de bolsillo que se convierte en barrera para el acceso.
- **Objetivo 4. Intersectorialidad:** Fortalecer la coordinación intersectorial en la atención primaria para abordar los determinantes sociales de la salud.
- **Objetivo 5. Recursos:** Asegurar la disponibilidad de recursos sanitarios en la atención primaria de Salud.

Para el logro de esos objetivos, la implementación de la universalización de la atención primaria se ha organizado en torno a tres líneas estratégicas (LE):

- **LE 1. Ampliación de cobertura y acceso efectivo**

La ampliación de la cobertura de la atención primaria universal en Chile es un objetivo crucial para asegurar que todos los ciudadanos, sin excepción, tenga acceso a servicios de salud integrales, de alta calidad, adecuados y oportunos. Según la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS,2022), este acceso debe ser garantizado sin discriminación alguna, incluyendo la disponibilidad de medicamentos seguros, efectivos, y asequibles. Además, es fundamental que el uso de estos servicios no conlleve dificultades financieras, especialmente para los grupos de situación de vulnerabilidad.

En este contexto, las acciones de la primera línea estratégica deben enfocarse en asegurar que toda la población chilena, independientemente de su sistema de previsión de salud, tenga acceso a la atención primaria. Este enfoque no solo es un paso hacia la igualdad en el cuidado de salud, sino que también responde a las expectativas y preocupaciones de la ciudadanía en materia de salud. La ampliación de la cobertura de la atención primaria universal representa un compromiso con la equidad en salud y con el bienestar de todos los habitantes de Chile.

- LE 2. Modelo de cuidados sanitario, social y ambiental digno y de calidad para el territorio a cargo

Procurar una mejor calidad del cuidado de salud es una estrategia que creciente y constantemente ha impregnado como preocupación dentro de los sistemas de salud alrededor del mundo. Junto con los antecedentes antes expuestos que magnifican el agravamiento del perfil epidemiológico de la población chilena, la preocupación sobre este ámbito aumenta por la constatación de que, a pesar de que hay un extenso desarrollo de conocimiento sobre las buenas prácticas sanitarias para enfrentar estas condiciones de salud, los resultados de salud no son predecibles homogéneamente para toda la población. Y no son predecibles para toda la población debido a que existen profundas diferencias en los estándares de provisión de servicios de salud dentro del sistema de salud mismo, a pesar de que los países dispongan de sistemas de salud robustos económicamente y bien desarrollados. Junto a lo anterior, la persistente necesidad de optimizar el uso de los recursos y expandir la cobertura de salud presente en los países de altos, medios y bajos ingresos requieren del desarrollo de estrategias locales que se basen en servicios de calidad para poder obtener mejores resultados a menores costos.

- LE 3. Recursos optimizados, marco de monitoreo y evaluación del desempeño que sostiene la provisión de servicios de salud

La optimización de la gestión administrativa, financiera y sanitaria de la atención primaria es crítica para maximizar la oferta, ajustarla a la demanda efectiva y mejorar el flujo laboral diario. Los procesos administrativos, de la fuerza laboral y financieros contribuyen a mejorar la oportunidad, calidad, acceso y cobertura universal de los cuidados en salud, por lo que examinar si aquellos procesos están proveyendo su máximo potencial optimizado es clave para apoyar a los equipos de salud a entregar su mayor potencial.

En ese sentido, es necesario trabajar en torno a los aspectos involucrados con la gestión administrativa, financiera y sanitaria. Es decir, trabajar en lo relativo a sistemas de gastos eficientes e ingresos ajustados y equitativos de acuerdo con la realidad epidemiológica, sociodemográfica y territorial de las comunas; revisión de estándares de infraestructura y equipamiento de calidad, suficiente, bien mantenido para aumentar la capacidad resolutive y desarrollo de la atención primaria universal y; fuerza laboral suficiente y altamente competente para escenarios de salud pública y epidemiológica cada vez más desafiantes.

Ahora bien, para evaluar si la progresión de las acciones emprendidas para instalar e implementar la atención primaria universal van en la dirección correcta (es decir, los objetivos están siendo cumplidos) se requiere contar con la evaluación y monitoreo de los resultados de desempeño de la atención primaria. De acuerdo con esto y, reconociendo la alta cantidad de indicadores asociados al funcionamiento de la atención primaria nacional, se requiere contar con información más precisa, oportuna y de calidad para la toma de decisiones que permita evaluar brechas, determinar prioridades, establecer líneas base, medir la consecución de objetivos y vincular la medición de indicadores entre sí para contribuir a la materialización de la cobertura y acceso universal.

CAPÍTULO 2. AVANZANDO HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN CHILE: CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Llevar a cabo un cambio de tal magnitud, en el que se asegure acceso universal a una atención primaria resolutoria, integral, con mecanismos de participación vinculantes y con recursos suficientes y equitativos, requiere una serie de medidas que deben ser ampliamente discutidas y cuidadosamente planificadas para lograr una implementación exitosa. Es por ello por lo que la universalización de la atención primaria de salud se realizará en una modalidad de implementación gradual, lo que implica que paulatinamente se introducirán los cambios que conducen a contar con una atención primaria fuerte y universal.

La progresividad también se aplica a las comunas que se suman en la ampliación de la cobertura de la atención primaria, es decir, anualmente se incorporarán comunas a esta estrategia. Este proceso de escalabilidad de la implementación de la universalización de la atención primaria inicia el 2023 con un proceso de implementación temprana en siete comunas del país llamadas pioneras. A partir de este proceso, el que será desarrollado durante la primera etapa mediante un programa de reforzamiento (PRAPS), se evaluarán un conjunto definido de acciones específicas, que pertenecen al set de acciones globales de la política pública de universalización de atención primaria.

Ser comuna pionera en el contexto de la Atención Primaria Universal

Ser comuna pionera de la Atención Primaria Universal significa ser parte de las primeras comunas que inician el proceso nacional de ampliación de la cobertura y acceso en la atención primaria a los cuidados integrales para el total de la población que habita, trabaja o estudia en una comuna.

Este proceso se realizará a través de un modelo optimizado de cuidados, que incorpora nuevas tecnologías que mejoran la capacidad resolutoria, junto a mejoras en los procesos clínicos, administrativos y de gestión, otorgando una mejora en la experiencia de las personas, con respuesta más oportuna y de calidad a sus problemas de salud.

Una vez que una comuna se oficializa como pionera en la instalación e implementación de la Atención Primaria Universal, esta debe planificar y llevar a cabo una serie de estrategias y acciones dirigidas a mejorar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de la atención primaria de salud. Nuevamente, en consideración del carácter gradual de la implementación, las acciones deben ser ejecutadas a medida que se cumplan los procesos de preparación para ello, por lo que la temporalidad en que estas se lleven a cabo en las distintas comunas variará según la realidad local.

A medida que las comunas pioneras avancen en la etapa de implementación, estas introducirán nuevas estrategias, las que se enmarcan en las líneas estratégicas del eje de universalización de la atención primaria de salud de la Reforma.

Compromisos que asumen las comunas pioneras

Para que una comuna consiga implementar los cambios que se requieren para lograr el acceso y cobertura universal, se requiere cumplir y fortalecer una serie de elementos, los cuales constituyen la base para llevar a cabo cualquier proceso de transformación. Estos son:

a. Visión política y liderazgo

Una comuna pionera en la instalación e implementación de la Atención Primaria Universal requiere manifestar explícitamente querer liderar los cambios necesarios para su fortalecimiento, lo cual se concreta mediante la aceptación de la Autoridad Comunal de ser parte de esta transformación. Esto asegura la alineación de los actores del sector salud, pero principalmente del intersector territorial, respecto a la consecución de un objetivo común para el territorio. Asimismo, facilita la conformación de equipos de trabajo diversos que den sostenibilidad a las acciones que se lleven a cabo.

Contar con líderes en todas las capas de gobernanza es sustancial. En relación con esto, es fundamental concertar un liderazgo coordinado en la autoridad central, comprendido como Ministerio de Salud, FONASA, direcciones de Servicio de Salud, equipos de SEREMI de Salud y las jefaturas a nivel comunal y hospitalario²⁶. La coordinación debe denotar una fuerte comunicación convencida del sentido y la importancia del cambio y el compromiso por su implementación. Asimismo, debe ser capaz de flexibilizar los procesos de adaptación local, convocando a los diferentes actores claves para generar movimiento generalizado de la sociedad civil.

Este equipo principal, al que se ha denominado **equipo motor**, deberá generar vínculos estrechos con los equipos operativos según las distintas estrategias que se implementen.

b. Participación amplia de los actores involucrados

Generar espacios de discusión vinculantes para la implementación de la Atención Primaria Universal es fundamental para llevar a cabo un proceso que sea representativo de la realidad de la comuna. Estos espacios pueden ser convocados desde niveles de gobernanza, tales como la comuna o los establecimientos, Servicio de Salud y/o SEREMI de Salud; y también pueden ser convocados por organizaciones que conforman dichas instituciones, como son las asociaciones de funcionarios y agrupaciones de usuarios u otras organizaciones que se vinculan con el sector salud, como son las juntas de vecinos, colegios, iglesias, entre otros.

En tanto la sociedad civil y las personas que reciben los servicios de la atención primaria, su participación es altamente relevante. Primero, permite mantener un contexto político favorable, a través de la movilización de la ciudadanía hacia la universalización de la atención primaria, haciéndole actor clave de la demanda por lo anterior. Segundo, permite vincularlas con la protección y el cuidado de su estado de salud, al involucrarlas con la gestión de un sistema sanitario acorde a sus necesidades reales y efectivas. Téllez y cols (2019) lo señalan de este modo: *“Visto de esta manera, su participación*

²⁶ (Téllez, Sapag, Barros, & et-al)

*en el modelo es principal, desde el levantamiento de las necesidades, la planificación de los sistemas y procesos de atención hasta su control y evaluación*²⁷. Es por esto que se recomienda fuertemente fomentar la existencia de espacios e instancias para lograr convocar a un amplio espectro de representantes de la comunidad, con el fin de incorporar las distintas voces en la construcción de esta política pública.

c. Comunicación efectiva

Trabajar sobre la comunicación efectiva, es decir, en el proceso que involucra el poner ideas, conocimientos, pensamientos e información en común, de la manera más clara, comprensible y transparente posible es un elemento base para la universalización de la atención primaria. En ese sentido, es importante generar canales de comunicación que favorezcan el intercambio de información e ideas de manera eficiente y transparente que facilite la recolección de puntos de vista, posturas, observaciones de todos los actores involucrados en los procesos de universalización, de modo tal que la implementación de la política pública considere todos los acervos culturales, técnicos y políticos de quienes están coexistentes en el territorio local.

d. Optimización de los procesos de gestión administrativa y sanitaria

Los procesos administrativos, financieros y sanitarios, constantemente, se encuentran en proceso de mejora continua. La mejora continua dice relación con la optimización de procesos que, dicho de otro modo, es el mecanismo que adapta continuamente todos los procesos involucrados en la gestión sanitaria, de modo de tal de hacerlos más eficientes, eficaces y efectivos para las personas que acceden y/o son cubiertas por la universalización de la atención primaria como para los equipos de atención y de administración comunal.

Las comunas deben preparar un diagnóstico que les permita conocer cuáles son los ámbitos que requieren ser optimizados y cuáles son los mecanismos que ayudarían en tal misión (digitalización, establecimiento de protocolos, gestión por proyectos, capacitaciones, adquisiciones, por ejemplo) para que así se establezca un compromiso de trabajar en ello y que se convierta en una gestión en sintonía con lo que la universalización requiere.

Los beneficios de invertir tiempo en esto se relacionan con la posibilidad de obtener mejores resultados sanitarios; reducir costos o la duplicidad de inversión financiera en procesos; aumentar la eficiencia de las acciones sanitarias; mejorar el uso de tiempo involucrado en la gestión financiera, administrativa y sanitaria; aumentar la estandarización de procesos para disminuir la tasa de errores entre otros.

²⁷ (Téllez, Sapag, Barros, & et-al)

Acciones iniciales en las comunas pioneras

Tras la aceptación de una comuna para iniciar el proceso de universalización de atención primaria, es necesario emprender las siguientes acciones con miras a planificar la instalación y la posterior implementación con ajuste a la realidad local:

a. Primera reunión ampliada en el territorio comunal

En una primera instancia²⁸, tanto la/el SEREMI de la región respectiva como el/la director/a de Servicio de Salud le solicitan al alcalde/sa que convoque a los participantes relevantes del territorio local. Se sugiere que la convocatoria alcaldía considere a representantes de equipos gestores a nivel de Servicio de Salud y comunal, jefatura de salud pública de la SEREMI de Salud respectiva, jefatura de atención primaria del Servicio de Salud, jefatura de salud comunal, jefatura de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), jefatura de Secretaría Comunal de Planificación (SECPLAC) y directores de los centros de salud de atención primaria.

El objetivo de esta primera instancia es dar a conocer la Reforma de Salud y la Atención Primaria Universal e informar las implicancias de ser una comuna pionera, en la práctica de la gestión sanitaria y municipal. Asimismo, se espera recoger dudas operativas y especificidades de la comuna que puedan favorecer o debilitar algunas de las acciones de la Atención Primaria Universal.

En una segunda instancia de la reunión, se sugiere convocar la participación de representantes de distintos espacios comunales, tales como concejales, representantes de los equipos de salud (jefes de sector y programas), representantes gremiales, representantes del consejo de usuarios de los centros de salud, líderes/as comunitarios, representantes de instituciones claves del intersector (profesores, bomberos, carabineros, entre otros).

El objetivo de esta segunda instancia es, igualmente, dar a conocer la Reforma de Salud y la Atención Primaria Universal e informar las implicancias de ser una comuna pionera. La única variante es que en este espacio se abre mayormente la oportunidad de recoger dudas operativas, especificidades y preocupaciones que puedan emerger de grupos diferentes a los comunales y gubernamentales.

La ejecución de esta reunión es primordial para lograr el primer acercamiento de quienes participarán en los procesos de instalación de la APS Universal, por lo que esta se debe realizar antes de iniciar previo a cualquier acción en el marco de la universalización (firma de convenio, conformación de equipos, otros).

b. Conformación del equipo motor comunal

Este equipo tendrá como objetivo liderar la instalación e implementación del proceso de cambio hacia la universalización de la atención primaria de salud en el territorio local, mediante la gestión

²⁸ A modo de sugerencia, puede ser una primera parte de la reunión (2 primeras horas, por ejemplo) para evitar hacer citaciones en diferentes días.

articulada y coordinada con el Servicio de Salud y la SEREMI respectiva, desde la perspectiva de gestión del cambio. La configuración de los equipos motores comunal se abordará más adelante en el documento (Funciones y tareas de los actores involucrados).

c. Diagnóstico cualitativo de la gestión administrativa y sanitaria en las comunas

Finalmente, es necesario contar con un diagnóstico cualitativo de la gestión administrativa y sanitaria de las comunas (*Anexo N°1*), debido a que esta información será clave para la suscripción de los acuerdos administrativos respectivos. Este diagnóstico debe ser realizado por el Servicio de Salud respectivo y tiene por objetivo caracterizar el funcionamiento administrativo y sanitario de la comuna a partir de la información cuantitativa y cualitativa provista por las Direcciones/Departamentos/Corporaciones de Salud Comunal. Al respecto, los ámbitos en los que se indaga son: 1) presupuestos (ingresos y gastos); 2) aporte municipal; 3) presupuestos destinado a fuerza de trabajo; 4) innovaciones comunales para gestionar la demanda; 5) número y estado de los dispositivos de urgencia ambulatoria, resolutividad y vehículos; 6) dotación de fuerza laboral; 7) reglamento de carrera funcionaria; 8) organigrama de la Dirección/Departamento o Corporación de Salud Comunal; 9) acuerdo del concejo municipal sobre artículo 45 de la Ley 19.378; 10) consolidado de la programación comunal o por establecimiento de salud; 11) datos de infraestructura y; 12) datos de conectividad de los dispositivos de salud de la comuna.

Una vez caracterizado el funcionamiento administrativo y sanitario de la comuna, la información servirá para acompañar a los equipos comunales en la optimización de los procesos administrativos, financieros y sanitarios mediante la suscripción de un acuerdo de trabajo comunal al respecto.

Gobernanza asociada a la universalización de la atención primaria de salud

Lograr las condiciones basales para instalar e implementar la Atención Primaria Universal requiere trabajar las limitaciones que existen en los actuales arreglos institucionales entre actores y recursos y que influyen en los servicios de salud provistos (38). Uno de los principales desafíos es superar la fragmentación, que no sólo afecta el tránsito de las personas por la red asistencial, sino que también la forma en que los actores que la conforman se vinculan dentro del sector salud. Para ello, es necesario reconocer los liderazgos y canales de interacción establecidos en la gobernanza regular del sector salud y en la nueva constitución de equipos de trabajo para impulsar esta transformación.

A continuación, se describen los principales roles y responsabilidades de los distintos actores institucionales del sistema de salud, dispuestos para la universalización de la atención primaria de salud:

- 1. Ministerio de Salud:** como ente rector, es la entidad que diseña, planifica y supervigila el avance de la reforma de Atención Primaria Universal a nivel nacional, incluyendo la escalabilidad de la estrategia a mediano y largo plazo. A través de ambas Subsecretarías y sus Divisiones, se coordinarán las acciones de las SEREMI y Servicios de Salud para lograr la instalación y desarrollo de la Atención Primaria Universal, mediante el diseño de políticas y normas asociadas, y la vigilancia de la ejecución en las comunas pioneras. Transitoriamente, el Ministerio de Salud

podrá conformar espacios de trabajo relacionados con la Reforma, tales como Comisiones Técnicas o Consejo Asesores, cuya misión sea contribuir al diseño, aprendizaje e instalación temprana de la política pública.

2. **SEREMI de Salud:** en su calidad de representante del Ministerio de Salud en las regiones, moviliza a los actores del sector salud y a otros sectores del Estado para la implementación de la Atención Primaria Universal. A través de la conformación, organización y articulación de espacios, liderará las acciones de la región para asegurar el cumplimiento de las estrategias que conforman la reforma de atención primaria.
3. **Servicio de Salud:** como articulador y gestor de la red asistencial, ejecutará las acciones de planificación, programación y acompañamiento técnico-administrativo para que las comunas de su territorio a cargo implementen la Atención Primaria Universal, lo que se llevará a cabo principalmente a través de las direcciones, subdirecciones o departamentos de atención primaria. En el caso de tener comunas con el 100% de la atención primaria dependiente, cumplirán, además, las funciones asociadas a las Direcciones/Departamentos/Corporaciones de salud comunal.
4. **Direcciones/Departamentos o Corporaciones de Salud comunales:** como las principales entidades administradoras de los establecimientos de salud de atención primaria, implementarán las acciones y estrategias de la Atención Primaria Universal, cumpliendo con la normativa asociada a su correcta ejecución. Para ello, la coordinación de los equipos de salud de los establecimientos de salud será una de las responsabilidades clave. A lo anterior, se agrega el rol de articulador de los distintos actores municipales para la consecución del propósito de la Reforma.

Perfil y roles de los actores involucrados en la gobernanza

Para la operativización de la Atención Primaria Universal, se requiere la designación de un referente técnico operativo de la Atención Primaria Universal (Tabla N°1) y la conformación de equipos motores en los distintos niveles (Tabla N°2). Estos no reemplazan la responsabilidad que compete a los directivos de cada institución relativa a la implementación de las estrategias de salud y a la coordinación de los equipos a su cargo para el logro de objetivos sanitarios.

La conformación de equipos motores dependerá de la realidad de cada territorio, siendo recomendada la conformación de un equipo motor comunal con participación de miembros de los equipos del Servicio de Salud y SEREMI de Salud cuando es la primera comuna de la región, para potenciar el aprendizaje conjunto y que quienes liderarán la instalación en otras comunas (referentes de Servicio de Salud y SEREMI de Salud) conozcan de primera fuente la dinámica de la instalación de la reforma en las comunas.

Tabla 1. Descripción del perfil y rol de los referentes técnicos operativos según Institución.

	Perfil	Rol
SEREMI de Salud	Se recomienda la designación de un profesional con conocimiento de la red intersectorial, mecanismos de participación y del modelo de salud familiar y comunitario.	Será co-responsable de articular operativamente la implementación de las estrategias nacionales y regionales de la Atención Primaria Universal, junto a los Servicios de Salud y las comunas de su región.
Servicio de Salud	Se recomienda que sea un profesional con conocimiento sobre el funcionamiento técnico administrativo de los centros de salud y del modelo de salud familiar y comunitario; además de procesos asociados a la ejecución y rendición de recursos, y que cuente con la capacidad de coordinar espacios de discusión y de articulación con otros referentes técnicos.	Será co-responsable de la gestión de aspectos administrativos asociados al programa de Universalización de Atención Primaria de Salud, que en su primera etapa de implementación se realiza a través de un PRAPS, como una vía transitoria mediante la cual se distribuyen los recursos y se monitorea su implementación. Será quien, junto al jefe de APS del Servicio de Salud, coordine al equipo en función de la planificación, ejecución y evaluación de acciones para la APS Universal.
Dirección, departamento o corporación de salud comunal	Debe ser un profesional con conocimiento sobre el funcionamiento técnico administrativo de los centros de salud y del modelo de salud familiar y comunitario. Se recomienda que esta función sea asumida por el director/a de salud y que sea apoyado por un miembro del equipo con capacidad para la toma de decisiones.	Será la persona responsable de coordinar a los equipos técnicos de la dirección de salud para la implementación de las estrategias y acciones de la APS Universal. Será quien, junto al director/a de salud comunal, coordine a los establecimientos de salud y a los distintos actores municipales en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de la universalización de la APS.

Tabla 2. Descripción de los equipos motores por alcance territorial

Alcance	Institución que lidera	Objetivo	Composición
Nacional	Ministerio de Salud	<p>Será el equipo que liderará el avance de la universalización de la APS a nivel nacional.</p> <p>La principal función será emanar las normas y orientaciones técnicas relacionadas a las estrategias de la APS Universal y a velar por la correcta ejecución en las comunas pioneras.</p>	Según definición de la Autoridad.
Regional	SEREMI de Salud	<p>Será el equipo que liderará el avance de la universalización de la APS por lo que es necesario que su composición y ubicación se inserten en el organigrama institucional.</p> <p>La principal función será articular a los actores de todos los sectores del Estado para la implementación de la estrategia de atención primaria, incluyendo abordaje de determinantes sociales de la salud.</p>	Liderado por la/el SEREMI de Salud. La conformación debe ser definida según la realidad regional, pero se recomienda que participen al menos 4 personas, entre ellas: jefa/e de salud pública, profesionales de las unidades de promoción y/o participación en salud, profesionales de unidades que tengan a su cargo temáticas asociadas a equidad en salud.
Territorio Servicio de Salud	Servicio de Salud	Su principal función será comandar el proceso de planificación y programación de recursos y actividades, además de la supervisión de la correcta implementación técnica y administrativa de las acciones y estrategias de la universalización de la atención primaria.	<p>Liderado por la/el jefe de atención primaria del Servicio de Salud.</p> <p>Se recomienda que esté conformado por los siguientes referentes técnicos: APS Universal, ECICEP, MAIS, participación y referentes de etapas del curso de vida, además de encargado de</p>

			comunicaciones del servicio de salud.
Comuna	Municipalidad	<p>Será el equipo encargado de implementar las acciones y estrategias de la APS Universal en la comuna, la cual en su mayoría serán llevadas a cabo por los equipos de salud de los establecimientos de APS, independiente de si administrativamente dependen del municipio o del servicio de salud, por lo que se espera una visión comunal en este equipo motor.</p> <p>Una de sus funciones principales será liderar el proceso de gestión de cambio.</p>	<p>Liderado por el director/a de salud y referente de APS-U comunal</p> <p>Se recomienda que esté conformado por DIDECO, SECPLA, encargado/a de participación ciudadana, encargado/a de comunicaciones, directores de los centros de salud, un representante de los comités paritarios de los establecimientos de salud y un representante de los trabajadores/as.</p>

La necesidad de gestionar el cambio en toda comuna pionera

Fortalecer la atención primaria de salud para lograr el acceso y cobertura universal implica realizar cambios en la manera habitual de hacer las cosas. En ese sentido, es necesario generar instancias de reflexión que permitan recoger las distintas visiones al respecto. Es por ello por lo que un componente central, para la universalización de la atención primaria, será generar espacios de diálogos permanentes con el fin de evaluar continuamente el avance y potenciar o corregir la forma en que se ejecutan las estrategias.

Para comenzar con los cambios necesarios los equipos motores, en sus distintos niveles, (cuya composición expresa la diversidad de espacios desde los cuales se debe trabajar para lograr el acceso universal a la atención primaria), debe conocer y estar convencidos de la necesidad de cambio para su comunidad. El equipo que liderará la implementación de las estrategias debe conocer en detalle la política y plantear temprana y continuamente sus consideraciones, para no poner en riesgo la convicción con que los equipos motores dan continuidad a la implementación de los cambios.

Es fundamental discutir respecto a por qué es necesario hacer cambios, analizando los distintos factores que han influido positiva y negativamente para conseguir los objetivos sociosanitarios de la atención primaria, sin hacer juicios de valor respecto al desempeño individual ni colectivo, si no que evaluando los aspectos estructurales del sistema que imposibilitan avanzar al ritmo que espera. Aquellos

tópicos permiten generar una urgencia por el cambio, que, si bien se identifica a nivel nacional, a nivel local es clave compartir la necesidad de hacer las cosas de forma distinta.

Si bien los equipos motores son los primeros que deben estar convencidos respecto a la necesidad de transformar el sistema, para que todos tengan la oportunidad de acceder efectivamente a la atención primaria, ampliar dicha adhesión es imprescindible. Para ello, se deben asegurar los espacios de conversación respecto a la universalización de la atención primaria con los distintos actores involucrados, tales como: equipos directivos y de cabecera de los establecimientos de salud, usuarias/os y personas que no ocupen el sistema actualmente, gremios, consejo de desarrollo local o consejo consultivo, entre otros que sean identificados en el territorio.

En estas instancias, es crucial generar una visión común respecto a lo que se espera lograr, el propósito de los cambios que se realizarán, tomando en cuenta elementos generales, como “que todos puedan acceder a la atención primaria”, pero sobre todo elementos significativos para dicha comunidad, por ejemplo “que las vecinas y vecinos del sector más alejado del CESFAM no deban gastar en locomoción para pedir hora”. Dotar de una visión que haga sentido a quienes trabajarán por transformar el sistema y que sea lo suficientemente motivadora para sumarse a evaluar y cambiar la forma en que se hacen las cosas.

Una vez que sean acordados los propósitos concretos para el territorio, darles amplia difusión y comunicarlos a toda la comunidad es el siguiente paso. Si no se logra la capacidad de comunicar estratégicamente la visión, todo el proceso de reflexión no alcanzará su máximo potencial. Se recomienda la revisión del insumo “Reforma al Sistema de Salud: Una agenda de Transformaciones”, considerar los elementos globales que motivan el cambio y realizar un proceso de reflexión respecto a cómo se expresan los problemas estructurales a nivel local.

Ya instalados los primeros procesos de la Atención Primaria Universal, se debe evaluar continuamente el desempeño de las acciones que se han realizado para corregir tempranamente, además de alertar a otros que estén en el mismo proceso, generando una comunidad de intercambio de experiencias. No sólo introducir correcciones y hacerse cargo de los obstáculos que se presenten es parte de la gestión del cambio, también lo es reconocer y planificar metas a corto plazo, que permita evidenciar el avance en el acceso universal a la atención primaria. El propósito final es de largo alcance, por lo tanto, reconocer cuáles son metas alcanzables, permitiendo reconocer a quienes están trabajando en su implementación y a mantener la motivación de este equipo, es una tarea que debe ser asumida por el equipo motor. Por supuesto que comunicar cuando se alcancen dichas metas es parte de este mismo ámbito de acción.

Por último, mantener los cambios que se introduzcan en la forma de hacer las cosas es uno de los desafíos más importantes de la gestión del cambio. Para ello considerar la cultura organizacional y que la introducción de cambios que respeten las visiones de quienes los llevan a cabo, escuchando continuamente su opinión y considerar dichas opiniones, será una acción que los líderes del proceso deben trabajar y poner en el centro de su quehacer.

CAPÍTULO 3. MARCO OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN LAS COMUNAS PIONERAS

En el capítulo se describen las acciones a emprender en la universalización de la atención primaria. Estas son actividades mínimas que se espera ejecuten las comunas pioneras, relacionadas con el Programa de Reforzamiento de Universalización de la APS, programa que disponen de las comunas para realizar las primeras acciones asociadas a la Reforma de Salud.

Las comunas que se incorporan lo hacen con un set de intervenciones, y según progresan, van añadiendo estrategias que refuerzan a la atención primaria para lograr el bienestar de la población a su cargo. Las comunas que avanzan en la instalación deben mantener la ejecución de las actividades ya implementadas.

Se presentan los componentes y ámbitos según año de implementación de la APS Universal:

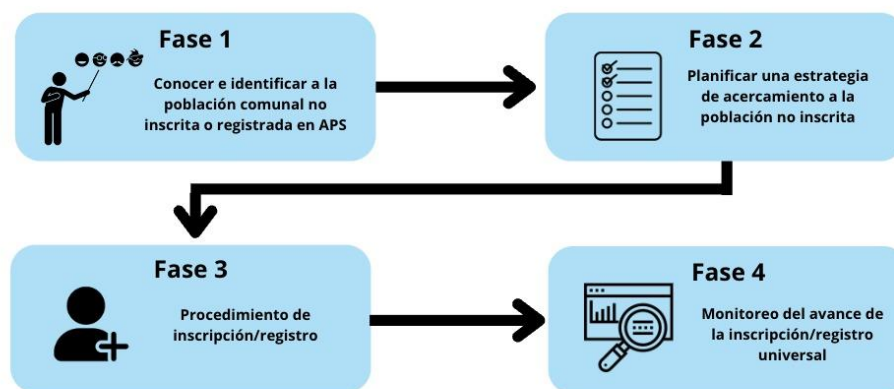
	Año 1	Año 2
Componente N°1. Cobertura universal de las prestaciones de la atención primaria		
- Inscripción universal	X	X
- Utilización de servicios	X	X
- Ampliación de horarios de atención	X	X
- Optimización de procesos administrativos	X	X
Componente N°2. Habilitadores para facilitar el acceso a la Atención Primaria Universal		
- Implementación o fortalecimiento de la ECICEP	X	X
- Fortalecimiento ECICEP: periodoncia		X
- Fortalecimiento ECICEP: mejoramiento de la calidad de atención de salud mental		X
- Fortalecimiento ECICEP: resolutivez en APS		X
- Gestión remota de la demanda	X	X
- Confirmación de citas		X
- Atenciones extramuro	X	X
Componente N°3. Estrategias de participación para la Atención Primaria Universal		
- Diálogos ciudadanos: mejoramiento experiencia usuaria	X	
- Diálogos ciudadanos: APS Resiliente		X
- Plan de mejora de la experiencia usuaria	X	
- Plan de emergencias y desastres		X
- Cartografía de activos comunitarios	X	X

Componente N°1. Cobertura Universal de las prestaciones de la atención primaria

1.1 Inscripción universal

Este ámbito de la APS Universal consiste en registrar y/o inscribir a las personas que viven, trabajan o estudian en la comuna, independiente de su seguro de salud. Lograr la inscripción universal es el habilitante para atender a toda la población y consolidar un modelo de cuidado territorial en la atención primaria.

Diagrama 1. Fases para la inscripción universal



- Fase 1: Identificar a la población comunal no inscrita o registrada

La inscripción o registro, ambos conceptos se utilizarán indistintos, tiene como requisito conocer qué personas aún no lo han realizado dicho procedimiento, para generar estrategias conducentes a acercar los servicios esenciales a la población comunal.

El número de personas no inscritas es informado por el Ministerio de Salud, una vez confirmada la incorporación de la comuna como pionera, y es calculado en base al número de afiliados a ISAPRE y al número estimado de beneficiarios de otros seguros (DIPRECA, CAPREDENA), además de sus respectivas cargas²⁹. Hay comunas en que no todos los beneficiarios de FONASA están inscritos actualmente en los centros de APS, por lo que esta población es parte de la estrategia y debe

²⁹ El cálculo de la población potencial tiene las siguientes:

- Población ISAPRE que vive en la comuna: Superintendencia de Salud
- Población de FFAA y Seguridad y Orden: estimación que se realiza según fuentes disponibles en el período

considerarse obligatoriamente en la planificación del proceso de inscripción comunal e incluirse en el porcentaje de cumplimiento de la meta final.

Una vez conocido el número de personas sin inscripción, es necesario consultar fuentes de información que permitan identificar y focalizar las estrategias de búsqueda de esta población. Estas pueden ser extraídas desde los registros de los establecimientos de salud, de la red asistencial o de otras instituciones municipales. Algunos de los registros que se pueden utilizar son aquellos servicios de acceso universal: registro de inmunizaciones, consultas de servicios de urgencia, entre otros que están en desarrollo en el marco del avance de la Reforma de Salud.

- **Fase 2: Planificar la estrategia de acercamiento a la población no inscrita**

Una vez identificada la población objetivo para la inscripción universal, se deben planificar acciones que permita la búsqueda activa. El perfil idóneo para ejercer de líder de esta estrategia es la/el encargada/o del per cápita en la comuna o quien ejerza la función de revisión del registro de inscritos, quien deberá comandar la planificación, ejecución, supervisión y evaluación de las acciones conducentes a la inscripción universal. La conformación de un equipo territorial es una estrategia altamente sugerida, siendo los responsables de ejecutar las acciones durante los primeros 3 a 4 meses, identificado como el período de mayor demanda para el exitoso desarrollo de este ámbito. Posterior a dicho tiempo, se debe procurar la continuidad y adopción de las acciones de inscripción como parte de las funciones habituales de los equipos.

La planificación de la estrategia considera las siguientes actividades obligatorias:

1. Búsqueda periódica: es necesario preparar a los funcionarios que ejercen funciones de primer contacto con las personas para que puedan pesquisar tempranamente y/o realizar la inscripción. El objetivo de la preparación es lograr la capacidad de resolver consultas asociadas al proceso y de transmitir la importancia contar con acceso a la atención primaria. Es por lo anterior que algunos contenidos sugeridos son: conceptos asociados a la atención primaria universal, conocimiento sobre el funcionamiento de los establecimientos de atención primaria de la comuna, estrategias en el marco de la APS Universal. Unidades críticas a las cuales es necesario involucrar activamente son los equipos de las Unidades de Atención de Usuario (SOME, SAP, ventanillas), funcionarios que realizan operativos en terreno y visitas domiciliarias, personas de servicios de urgencias y de puntos de atención como postas de salud rural o estaciones de salud. También es necesaria la revisión periódica de las fuentes de datos consultadas al inicio de la estrategia y revisar el estado de inscripción de los usuarios que se han atendido en los establecimientos de salud continuamente.
2. Identificar lugares de concentración de afiliados o beneficiarios no inscritos: para planificar operativos de información e inscripción, se sugiere identificar aquellas zonas de la comuna en las que viven mayor número de personas no inscritas. Aquello puede identificarse tras la georreferenciación de la información o por conocimiento de la distribución de población comunal, tales como las villas de uso institucional. Acciones como “puerta a puerta” son ampliamente recomendadas en estas zonas y participar en actividades masivas, como festivales, operativos municipales, entre otros.
3. Considerar difusión local: se deben planificar las acciones de difusión, utilizando medios preferentes en la comuna. Se sugiere gestionar difusión radial, vía redes sociales, medios

audiovisuales, en zonas de alta afluencia de personas (como supermercados), difusión mediante afiches, pasacalles, folletería y la realización de reuniones con dirigentes sociales, siendo estos últimos, además, un punto focal para la coordinación de actividades.

Para la difusión, se espera que cada equipo comunal adapte el material disponible, basados en las necesidades de información de su población.


4. Coordinaciones con instituciones estratégicas: planificar operativos informativos y de inscripción en comisarías, puntos de atención municipal (como la zona de entrega de licencias de conducir), empresas y oficinas, establecimientos educacionales, e incluso en la Municipalidad de la comuna dirigido a los propios funcionarios, es otra actividad mínima que se debería planificar como parte de la estrategia.

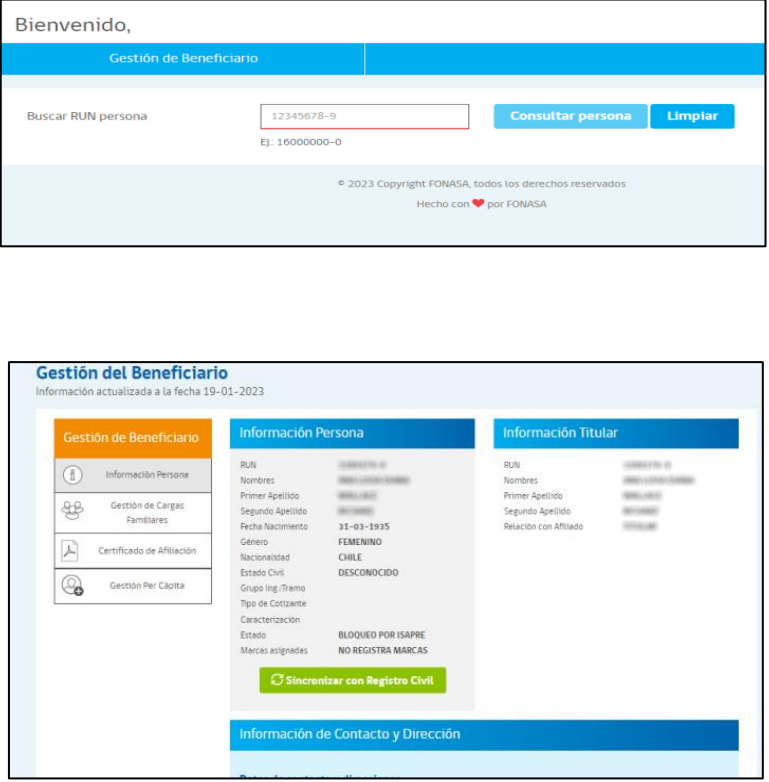
5. Estandarizar los operativos de inscripción: Fase 3: Procedimiento de inscripción

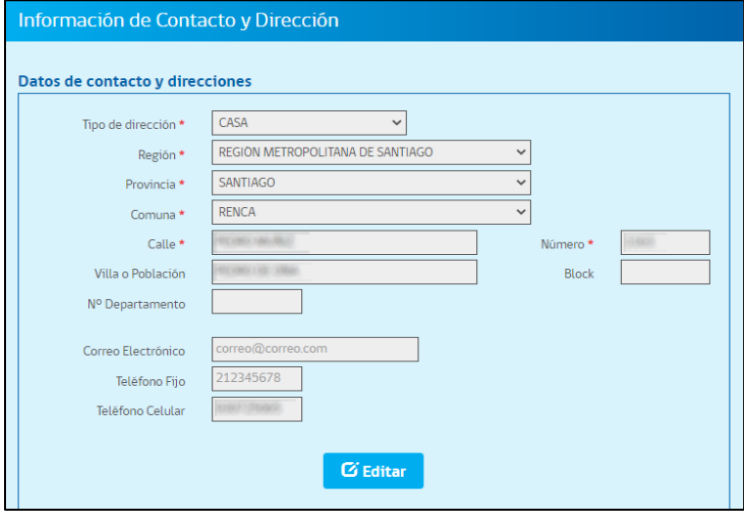
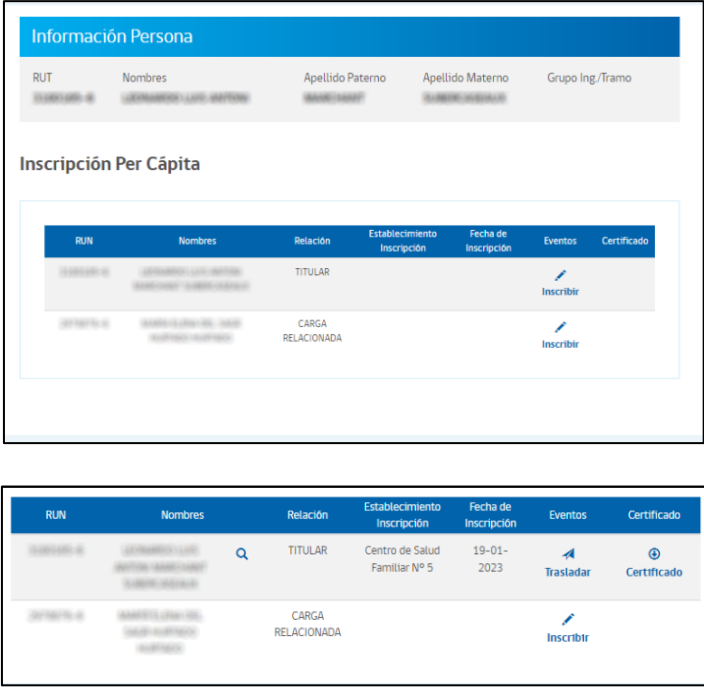
- *Fase 3: Procedimiento de inscripción/registro*

La inscripción se realiza con el sistema Front Integrado de FONASA, disponible en modalidad plataforma web. Este sistema se compone de diferentes módulos, pero, para efectos de la inscripción de personas provenientes de otros seguros de salud, se utilizará la funcionalidad Gestión per cápita, inserta en el módulo Acreditación.

A continuación, se incluye el detalle paso a paso del mencionado procedimiento:

Paso	Descripción	Imagen
<p>Ingreso al sistema Front Integrado FONASA</p>	<p>Se inicia ingresando a la dirección web: https://frontintegrado.fonasa.cl. Los funcionarios/as y usuarios/as de FONASA deben utilizar la pestaña “Fonasa”, mientras que los usuarios externos, pertenecientes a los establecimientos de APS, deben utilizar la pestaña “Otras Instituciones”. Los datos de Usuario y Contraseña son proporcionados por la sucursal de FONASA asignada al establecimiento y ante dudas o problemas se les debe contactar para recibir apoyo.</p>	

<p>Ingreso al módulo de Acreditación</p>	<p>Dependiendo del perfil que tenga el usuario/a, pueden desplegarse distintos módulos. Existen tres perfiles disponibles para los funcionarios/as de atención: 1) Perfil Carencia de recursos; 2) Perfil Per cápita y; 3) Perfil global (Carencia y Per cápita).</p> <p>Para ingresar al módulo de acreditación, se debe seleccionar el ícono <i>Acreditación</i>.</p>	
<p>Gestión de la persona beneficiaria</p>	<p>El módulo de <i>Acreditación</i> permite a los usuarios/as consultar información básica y de contacto de las personas beneficiarias, independiente de seguro de salud.</p> <p>Para realizar las consultas a la plataforma, se requiere ingresar el RUT de la persona beneficiaria. Se recomienda siempre consultar y actualizar los datos de contacto, para lo cual se debe seleccionar el botón “Editar” en el cuadro de “Información de Contacto y Dirección”. Esto es relevante porque la plataforma solo permitirá la inscripción de beneficiarios de otros seguros distintos a FONASA a personas que vivan, trabajen y/o estudien en las comunas pioneras.</p>	

		
<p>Gestión Per cápita</p>	<p>Para la inscripción de personas a los establecimientos de atención primaria, se debe seleccionar “Gestión Per cápita”, ícono que aparece en el menú de la ventana de “Gestión del beneficiario”.</p> <p>Al seleccionar esta opción se podrá ver si la persona beneficiaria se encuentra inscrita en algún otro establecimiento de atención primaria, el listado de sus cargas familiares y el estado de inscripción de ellas.</p> <p>Además de revisar el estado de inscripción de la persona beneficiaria y de sus cargas familiares, en este módulo se puede realizar la inscripción, gestionar el traslado y la emisión de certificado o comprobante de inscripción que validen el procedimiento efectuado.</p>	

Formulario de Inscripción Traslado

Las funciones de inscribir y trasladar siguen el mismo proceso ya conocido por los establecimientos de atención primaria.

La diferencia entre ambas acciones es que la función “inscribir” aplica para quienes desean ingresar por primera vez, mientras que, la función “trasladar” aplica para quienes desean modificar su inscripción de un establecimiento de atención primaria a otro.

El formulario de inscripción tiene un mecanismo de seguridad por medio de la autenticación de mensaje de texto al celular y número de serie de la cédula de identidad. Cuando el/la usuario/a ingresa al formulario, el sistema pide registrar los datos del afiliado/a que realiza el trámite. Para esto, la persona beneficiaria debe tener registrado previamente el número celular personal para que, posteriormente, reciba un SMS con un código que el/la ejecutivo/a deberá ingresar para validar la inscripción

Formulario de Inscripción / Traslado Per Cápita

Datos del Afiliado

RUN	XXXXXXXXXX	Tipo Persona:	TITULAR
Nombres	XXXXXXXXXX	Grupo Ing./Tramo:	
Género	FEMENINO	Marcas:	NO REGISTRA MARCAS

¿Titular realiza trámite?

RUT Responsable *

Ej: 16000000-0

Validación del Carnet de Identidad

N° Serie Carnet *

La persona responsable del trámite, **XXXXXXXXXX** tiene registrado el número de teléfono celular **XXXXXXXXXX**, se le enviará un código via SMS a este número para validar su identidad.

Persona

* En caso que el número de teléfono no sea el correcto, favor actualizar en el módulo de **Información**

Validación de Afiliado

Ingresar código de validación:

Formulario de Inscripción Traslado (continuación)

Tras la validación del formulario de inscripción, se desbloquea la segunda parte del formulario, que consiste en solicitar los datos de contacto, dirección y selección del establecimiento de atención primaria al que se desea inscribir o trasladar.

Es importante resaltar que es esencial que la información que se ingresa no debe tener errores de digitación, por lo que se debe reconfirmar con el usuario/a que la información ingresada corresponda.

Es altamente sugerible que se haga un refuerzo a los funcionarios sobre el paso a paso para la inscripción de nuevos usuarios y usuarias.

Certificado – Comprobante de inscripción

La opción de certificado permite emitir un comprobante de inscripción firmado por FONASA, el cual se puede descargar e imprimir para los fines que se estimen convenientes.

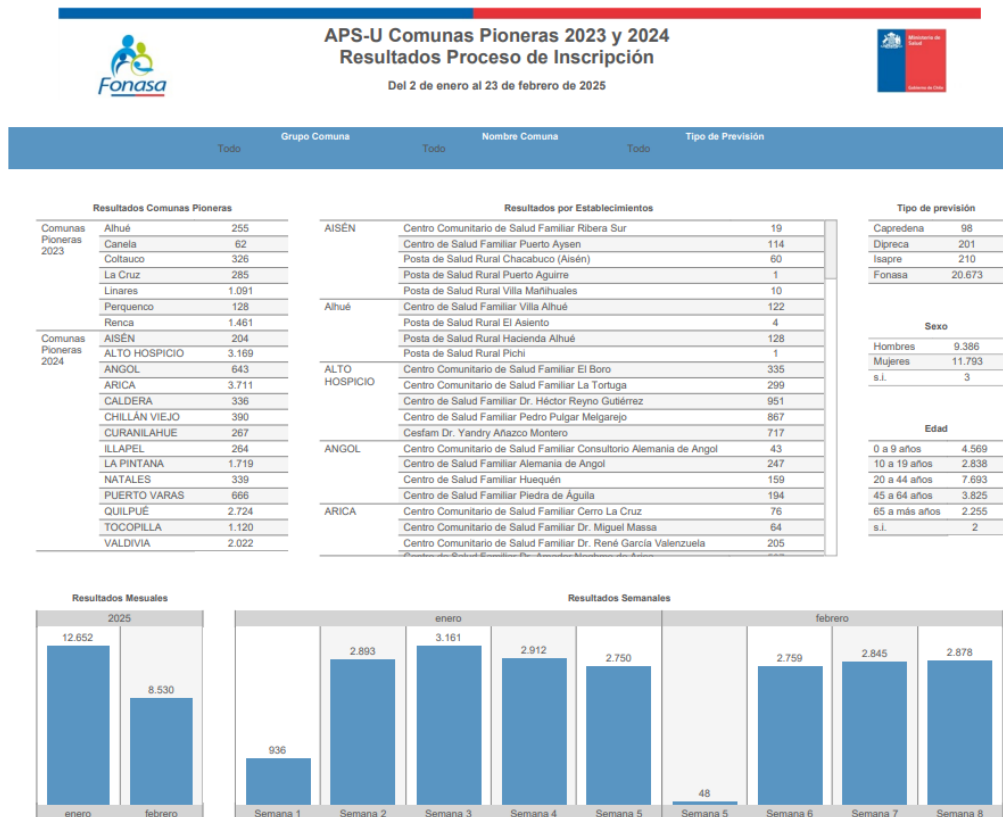


- Fase 4: Monitoreo de la inscripción

Para el monitoreo continuo de nuevos inscritos en las comunas pioneras, se encuentra disponible una plataforma online, cuyo acceso se envía a los equipos implementadores una vez iniciada la estrategia. En esta, se actualiza semanalmente la información respecto a nuevos inscritos en el período del 1 de enero al 31 de diciembre del año en curso y desde el inicio formal de la estrategia. Su acceso es controlado mediante una contraseña que es informada a los equipos de los Servicios de Salud y SEREMIS de Salud. La información publicada permite retroalimentar periódicamente respecto a las nuevas personas inscritas por previsión de salud (origen), por tramo de edad y sexo, y los inscritos por mes y por semana. Es uno de los insumos para evaluar periódicamente el desempeño de las acciones planificadas para la inscripción universal.

En este informe de monitoreo se publica el número de personas inscritas acumuladas en un período, es decir, en el caso de traslados a otras comunas no se refleja en esta plataforma. Lo anteriormente señalado, es relevante cuando se analiza la inscripción de beneficiarios de FONASA, para quienes anualmente se valida el número de población inscrita. En dicho proceso se realiza la contabilización de personas inscritas en una fecha determinada (al 30 de septiembre), y que, por lo tanto, diferirá de la información publicada en esta plataforma.

Ilustración 3. Plataforma de monitoreo de inscripción en las comunas pioneras



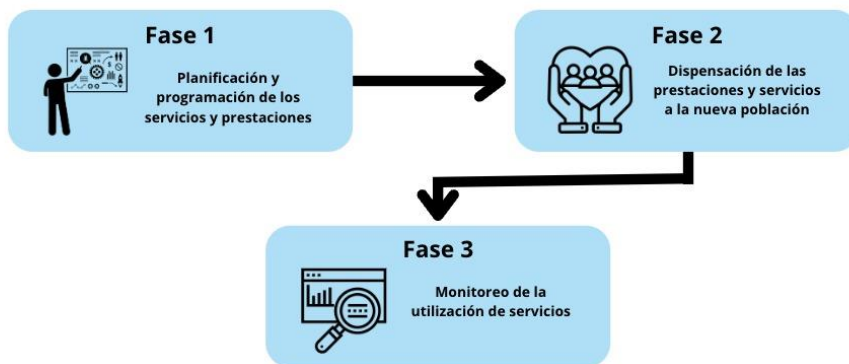
Por último, al ser un proceso de implementación progresiva en evaluación y ajuste constante, se refuerza el monitoreo de nuevos inscritos por otros medios, como reportes de inscritos del sistema de registro clínico electrónico, informes de inscripción de operativos, reportes del encargado per cápita, entre otros. Aquello permitirá contrastar la información y alertar oportunamente en caso de discrepancias, para revisar los casos y realizar las correcciones pertinentes.

1.2 Utilización de los servicios (contacto con la atención primaria)

Para potenciar la efectividad de la atención primaria, es necesario procurar que la población a cargo no solo se inscriba en los establecimientos de salud, sino que también accedan a los servicios de salud según sus necesidades individuales. Para ello, en la atención primaria universal, se pone a disposición de toda la población inscrita o registrada la cartera completa de servicios, es decir, el plan de salud familiar y otras prestaciones asociadas a programas de reforzamiento.

La utilización de los servicios de salud es la cuantificación o descripción del uso de servicios por parte de las personas con el fin de prevenir, tratar y/o curar problemas de salud, mantener la salud y el bienestar u obtener información acerca de su estado de salud y pronóstico³⁰. En esa línea, resulta fundamental fomentar y expandir el uso de los servicios que ofrece la atención primaria para la mayor cantidad de personas posible.

Diagrama 2. Fases para la utilización de servicios



³⁰ (Carrasquillo, 2013)

³⁰ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Orientaciones-para-la-Planificacion-en-Red-2024.pdf>

³⁰ Consultar “Listado de prestaciones y/o acciones por curso de vida (Fuente: decreto per cápita 2023)

³⁰ Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (s.f.). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 223–229

- Fase 1: Planificación y programación de los servicios y prestaciones

La incorporación de nueva población a la atención primaria (afiliados a otros seguros de salud), implica realizar un nuevo diagnóstico de las necesidades de salud de la comuna, considerando a la población total y no sólo a los beneficiarios del seguro público. Aquello se traduce en la mayor demanda de servicios y prestaciones, según el perfil de las personas que potencialmente se inscribirán en los centros de salud.

La programación es el instrumento que sistematiza los aspectos concretos y medibles relacionados con las actividades que se espera generar en un período determinado, en este instrumento se recogerá:

- Estimación de cuidados primarios: estimación de la demanda de morbilidad, de controles de salud, de actividades grupales, procedimientos y atenciones remotas
- Estimación de recursos necesarios: cálculo de horas técnico-profesionales
- Oferta de recurso actualmente disponible
- Brecha de recursos para satisfacer la demanda estimada de cuidados primarios

En el caso de las comunas pioneras de la APS Universal, no se espera que realicen una programación diferenciada, si no que incorporen las necesidades de la población nueva a inscribir a la programación del establecimiento.

Este insumo es un requisito mínimo para planificar la contratación de recurso humano en las comunas pioneras, pues se identifica la brecha que debe ser cubierta para cumplir con las necesidades de servicios en la población de la comuna.

- Fase 2: Dispensación de las prestaciones y servicios a la nueva población

El otorgamiento de los servicios y prestaciones a las personas nuevas inscritas, se deben proveer en las mismas condiciones que para los beneficiarios de FONASA inscritos con anterioridad. Es decir, se mantienen las mismas vías de solicitud de horas, prestaciones³¹, las atenciones se realizan según los mismos protocolos, parámetros de calidad y registros de atenciones; y sólo existe la priorización propia e implícita de los servicios según necesidades de salud.

Existen sólo dos diferencias a asociadas al proceso de atención:

1. Para nuevos inscritos afiliados a otros seguros que requieran derivación a otro nivel de atención, estos deben ser referidos a los prestadores que corresponda según sus respectivos seguros de salud. Aún no existen flujos de derivación integrados entre la atención primaria y prestadores privados o institucionales, por lo que la persona asume la responsabilidad de gestionar con su aseguradora la prestación del servicio de especialidad correspondiente.

³¹ Consultar “Listado de prestaciones y/o acciones por curso de vida (Fuente: decreto per cápita 2023). Se aclara que tanto el Programa Nacional de Alimentación complementaria (PNAC) como el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) mantienen su operación de acuerdo con sus normativas vigentes

2. En cuanto a los problemas de salud garantizados por ley GES, las personas afiliadas a FONASA e ISAPRE pueden exigir por ley el cumplimiento de las garantías asociadas a los problemas de salud vigentes por decreto.

Considerando que derivados de los servicios disponibles en atención primaria, se puede realizar la sospecha, confirmación diagnóstica e incluso tratamiento de algunos problemas de salud de la ley GES, es que las personas, independiente de su seguro de salud, podrán acceder a las prestaciones asociadas. En el caso de afiliados a ISAPRE se debe activar la garantía y realizar la constancia de información al paciente a través del formulario definido por la Superintendencia de Salud. Para beneficiarios de seguros de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, podrán acceder a las prestaciones y servicios de atención primaria que son parte de canastas de patologías GES, pero no se debe realizar la constancia de información al paciente, ya que no son sujetos de la ley GES.

Tabla 3. Listado de prestaciones y/o acciones por curso de vida (Fuente: decreto per cápita 2023)

PRESTACIONES POR CURSO DE VIDA	
SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS	
1. Control de salud del niño sano	14. Atención a domicilio
2. Evaluación del Desarrollo Psicomotor (DSM)	15. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales
3. Control de malnutrición	16. Examen de salud odontológico
4. Control de lactancia materna	17. Educación grupal odontológica
5. Educación a grupos de riesgo	18. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes)
6. Consulta nutricional	19. Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje)
7. Consulta de morbilidad	20. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)
8. Control de enfermedades crónicas	21. Radiografías odontológicas
9. Consulta por déficit del DSM	
10. Consulta kinésica	
11. Consulta y consejería de salud mental	
12. Vacunación	
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	
SALUD DE ADOLESCENTES	
22. Control de salud	37. Atención en domicilio
23. Consulta de morbilidad	38. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales
24. Control de crónico	39. Examen de salud odontológico
25. Control prenatal	40. Educación grupal odontológica
26. Control de puerperio	41. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes)
27. Control de regulación de fecundidad	42. Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje)
28. Consejería en salud sexual y reproductiva	43. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)
29. Control ginecológico preventivo	44. Radiografías odontológicas
30. Educación grupal	
31. Consulta morbilidad obstétrica	
32. Consulta morbilidad ginecológica	
33. Intervención psicosocial	
34. Consulta kinésica	
35. Consulta nutricional	
36. Consulta y/o consejería salud mental	
SALUD DE LA MUJER	

<p>45. Control prenatal</p> <p>46. Control preconcepcional</p> <p>47. Control de puerperio</p> <p>48. Control de regulación de fecundidad</p> <p>49. Consejería en salud sexual y reproductiva</p> <p>50. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años</p> <p>51. Educación grupal</p> <p>52. Consulta morbilidad obstétrica</p> <p>53. Consulta morbilidad ginecológica</p> <p>54. Consulta nutricional</p> <p>55. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)</p> <p>56. Ecografía obstétrica del primer trimestre</p>	<p>57. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar</p> <p>58. Examen de salud odontológico en gestante</p> <p>59. Consulta odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario)</p> <p>60.</p> <p>61. Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje)</p> <p>62. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)</p> <p>63. Radiografías odontológicas</p>
SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS	
<p>64. Consulta de morbilidad</p> <p>65. Consulta control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más</p> <p>66. Consulta nutricional</p> <p>67. Control de salud</p> <p>68. Intervención psicosocial</p> <p>69. Consulta y/o consejería de salud mental</p> <p>70. Educación grupal</p> <p>71. Atención a domicilio</p> <p>72. Atención podología a pacientes con diabetes mellitus</p>	<p>73. Curación de pie diabético</p> <p>74. Intervención grupal de actividad física</p> <p>75. Consulta kinésica</p> <p>76. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario)</p> <p>77. Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario)</p> <p>78. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)</p> <p>79. Radiografías odontológicas</p> <p>80. Control por sospecha de virus Hepatitis C</p>
SALUD DE ADULTAS MAYORES	
<p>81. Consulta de morbilidad</p> <p>82. Consulta control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más</p> <p>83. Consulta nutricional</p> <p>84. Control de salud</p> <p>85. Intervención psicosocial</p> <p>86. Consulta de salud mental</p> <p>87. Educación grupal</p> <p>88. Consulta kinésica</p> <p>89. Vacunación antiinfluenza</p> <p>90. Atención a domicilio</p> <p>91. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor</p>	<p>92. Atención podología a pacientes con diabetes mellitus</p> <p>93. Curación de pie diabético</p> <p>94. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario)</p> <p>95. Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario)</p> <p>96. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)</p> <p>97. Radiografías odontológicas</p> <p>98. Control por sospecha de virus Hepatitis C</p>
ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS	
<p>99. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.</p> <p>100. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.</p> <p>101. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.</p>	

<p>102. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.</p> <p>103. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.</p> <p>104. Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.</p> <p>105. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.</p> <p>106. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.</p> <p>107. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.</p> <p>108. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.</p> <p>109. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.</p> <p>110. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.</p> <p>111. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.</p> <p>112. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.</p> <p>113. Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori.</p> <p>114. Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada.</p> <p>115. Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consultas de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programas de adulto y adulto mayor.</p>
ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS
<p>116. Educación grupal ambiental</p> <p>117. Consejería familiar</p> <p>118. Visita domiciliaria integral</p> <p>119. Consulta social</p> <p>120. Tratamiento y curaciones</p> <p>121. Extensión Horaria</p> <p>122. Intervención Familiar Psicosocial</p> <p>123. Diagnóstico y control de la TBC</p> <p>124. Visita domiciliaria de seguimiento</p> <p>125. Exámenes de laboratorio básico, conforme el detalle establecido en el Decreto</p>

** Se aclara que tanto el Programa Nacional de Alimentación complementaria (PNAC) como el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) mantienen su operación de acuerdo a sus normativas vigentes

- Fase 3: Monitoreo de la utilización de servicios

Para evaluar el grado de acceso efectivos a los cuidados esenciales de la atención primaria, es necesario medir el número de personas inscritas o registradas que hayan recibido alguna prestación en atención primaria. Si bien, las personas pueden acceder más de una vez en el año, se espera que toda la población inscrita sea evaluada por el equipo de cabecera de forma anual.

Se espera que los equipos de salud de cada establecimiento monitoreen periódicamente este indicador, para hacer acciones correctivas oportunamente en los casos requeridos.

Como parte de las acciones derivadas del análisis del monitoreo de la utilización de servicios, se debe ajustar la forma en que se proveen los servicios, identificando los grupos con necesidades insatisfechas y las barreras que facilitan u obstaculizan el uso de los servicios³². Utilizar herramientas gráficas, como la georreferenciación, también permite planificar acciones en zonas donde se concentren en mayor medida las personas que no acceden a servicios de la atención primaria.

- *Extracción de la información:* los datos se obtienen desde el reporte de los proveedores de registro clínico electrónico, que se realiza a propósito del COMGES 15.3. Esta información se reporta al Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud, mediante archivo plano (.txt) en carpeta compartida. Se informan todas las prestaciones que las personas han recibido y que han sido registradas en ficha clínica electrónica. Para el reporte se informa lo que se registra en el módulo Agenda (citas) y luego lo que se registra en el módulo Ambulatorio, e incluye todas las prestaciones agendadas o citadas, independiente del profesional que la realiza.

Algunas de las categorías incluidas en los reportes, corresponden a: No informado, consultas otras morbilidades, atención clínica integral, consulta abreviada, consulta salud mental, toma de muestras, atención odontológica, administración de inyecciones, atención por programas de salud (cardiovascular, adulto mayor, salud sexual y reproductiva), procedimientos diagnósticos, visita domiciliaria, podología, seguimiento telefónico, control de signos vitales, consejerías, atenciones de UAPO, actividades administrativas (gestión de casos, coordinación con redes), telemedicina. Estas muestran la diversidad de actividades que se reportan, lo que refuerza que, a la fecha, es la base de datos más completa para lograr la medición de la utilización de servicios.

1.3 Ampliación de la extensión horaria

La extensión horaria consiste en el aumento de la cantidad de horas de atención de salud en horarios no hábiles por parte de los centros de atención primaria comunales. También se conoce como continuidad de atención en APS. Esta estrategia inició en el año 2002 como parte del Programa de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud con el fin de resolver el congestionamiento de la atención en los centros de atención primaria. Hasta ese momento, los centros de salud primaria ofrecían atenciones de salud en horario de 8 a 17 hrs. de lunes a viernes. Con financiamiento incluido en los sucesivos decretos per cápita y bajo el artículo N°15 del Estatuto de Atención Primaria 19.378³³ (modificado posteriormente el año 2007), se amplió la oferta de prestaciones, en términos horarios. Es decir, se comenzó a disponer de prestaciones de lunes a viernes entre 17 y 20 hrs. y los sábados de 9 a 13 hrs.

³² Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (s.f.). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 223–229

³³ Este artículo hace alusión a que el “horario de trabajo se adecuará a las necesidades de funcionamiento de los establecimientos y acciones de atención primaria de salud”.

Asimismo, se aseguró que en dicha extensión horaria se debiera proveer, necesaria e ineludiblemente, acceso a: consultas de morbilidad entregadas por médico/a, consultas odontológicas y/o tratamientos y asegurar la disponibilidad de fármacos trazadores o mínimos para la población³⁴.

Dado que uno de los propósitos de la universalización de la atención primaria es aumentar el acceso y cobertura universal para las poblaciones que habitan, trabajan o estudian en un territorio, se hace necesario trabajar en minimizar las barreras de acceso a la salud, relativas a la organización de la provisión de servicios, en la cual, uno de los elementos componentes clave es el horario de atención de la población que determina, a su vez, la disponibilidad de oferta de atención en salud, con especial énfasis en el primer año de una comuna pionera.

Para lograr lo anterior, la propuesta de **ampliación de la extensión horaria** debe ser producto de un proceso de planificación territorial y programación de actividades. En este aspecto, es crucial que dicho proceso sea llevado con alta pertinencia local, debido a que la ampliación de la extensión horaria se puede implementar de dos modos:

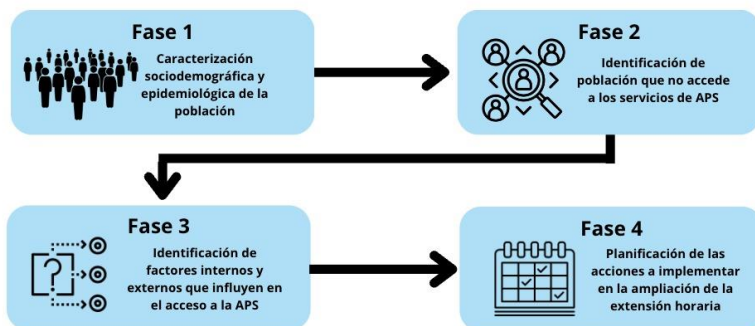
- a) **Ampliación de la cartera de prestaciones** en el horario tradicional de extensión horaria, lo que implica que se ofrecerán más prestaciones y más variadas con relación a las mínimas requeridas por el Ministerio de Salud.
- b) **Ampliación de la extensión horaria** referida al incremento de horarios disponibles para atender población, por parte de los centros de salud primaria (por ejemplo: sábados de 13 a 18 hrs. y domingos de 9 a 18 hrs.)

Cualquiera de las dos modalidades se considerará como ampliación de la extensión horaria y su elección o, incluso, la implementación de ambas responderá al análisis de brechas de acceso que la comuna pionera realice. Es decir, si la brecha de acceso está dada por la falta de oferta de horarios o porque la cartera ofrecida en extensión horaria tradicional necesita ser enriquecida para que más personas accedan a prestaciones fuera de horario hábil.

En cualquier caso, se sugiere que la comuna y sus establecimientos de atención primaria, Servicio de Salud y SEREMI de Salud logren planificar la ampliación de la extensión horaria siguiendo las recomendaciones contenidas en esta sección.

³⁴ Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud IAAPS. Version N°1. Marzo, 2023.

Diagrama 3. Fases para la ampliación de la extensión horaria



- **Fase 1: Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población**

Para seleccionar la modalidad que mejor responderá a las necesidades de acceso de la población, es preciso caracterizar a la población a cargo y a la población potencial en relación con los siguientes aspectos:

- I. Caracterización sociodemográfica:** permitirá identificar quiénes componen la población a cargo y la potencial a inscribir, bajo las siguientes características: sexo, edad, nacionalidad, etnia, situación laboral, nivel educacional, situación de habitabilidad, ingresos promedio por persona y familiar, entre otras.
- II. Caracterización epidemiológica:** permitirá establecer un diagnóstico de salud de la comunidad de población a cargo, el cual deberá contener variables como los factores de riesgos a los que se ve expuesta dicha población y que pudieran ser precursores de enfermedades; factores protectores que permita a la población preservar su salud (o que sean fuente de bienestar y de fortalecimiento del tejido social, si es que se adopta un enfoque salutogénico); prevalencia de enfermedades entre quienes componen la población a cargo, diferenciada por edad y sexo y; determinantes del medioambiente que caracteriza al territorio y que afecta la salud de sus habitantes: sequía, incidencia de incendios, terremotos, aluviones, incidencia de inundaciones, etc.
- III. Caracterización sobre utilización de servicios (en un estadio más avanzado de caracterización):** esto puede incluir un análisis exhaustivo sobre la oferta y demanda de los centros de salud primaria, así como de la red asistencial. Consiste en conocer y cuantificar, por un lado, la demanda por servicios de salud. Es decir, los motivos de consultas, según edad y grupo etario; su frecuencia; qué grupos consultan más que otros; qué grupos son prioritarios (más allá de los definidos por normativa, cada realidad local puede tener diferentes grupos prioritarios por las condiciones medioambientales o sociales en el que se desenvuelven) y; temporalidad de peaks y valles de consultas y controles, entre otros.

Y, por el otro lado, consiste en conocer y cuantificar la oferta de servicios de salud que es capaz (o no) de abordar aquella demanda: catastro de actividades que realiza el centro de salud, incluyendo a todos los profesionales y técnicos del mismo para tomar conocimiento de la oferta real de servicios clínicos y psicosociales; usabilidad de agenda, lo que implica identificar qué tipo de estamento tiene mayor o menor proporción de personas que faltan a sus citas, mayor o menor rendimiento de sus agendas, mayor o menor prevalencia de licencias médicas, entre otras; infraestructura disponible para atención directa; proporción de horas directas de atención clínica versus horas indirectas para trabajo administrativo, etc.

Cada uno de los aspectos mencionados permitirá disponer de una comprensión integral y acabada de la situación de acceso a atención de salud que presenta el establecimiento. Es decir, al conocer la demanda potencial, la mayor prevalencia de enfermedades de la población a cargo, la oferta disponible, los grupos etarios que más requieren atenciones, los grupos que menos consultan o que menos atenciones obtienen, etc. será posible profundizar sobre las barreras de acceso y escoger la mejor opción de solución.

- **Fase 2: Identificación de población que no accede a los servicios de atención primaria**

Desprendido del ejercicio anterior, la identificación de la población que no accede a la atención de salud permite poder analizarla a la luz de sus características particulares: ¿corresponde a población laboralmente activa?; ¿corresponde a personas mayores que no pueden llegar temprano a solicitar horas?; ¿corresponde a niños y niñas, cuyas madres/padres/cuidadores no logran llevarlos a la atención de salud?; ¿corresponde a grupos con mayor vulnerabilidad socioeconómica?, ¿corresponde a una mayor proporción de hombres que de mujeres?, en otras múltiples preguntas susceptibles a realizar.

Una vez acabada la identificación de grupos poblacionales que no acceden a la atención de salud y, basándose en sus características identitarias, es relevante analizar las causas de las dificultades de acceso que exhiben estos grupos poblacionales.

- **Fase 3: Identificación de factores internos y externos en la organización de los establecimientos que influyen en el acceso a servicios de atención primaria**

En la revisión de las causas que dificultan el acceso a ciertos grupos poblacionales, es importante distinguir qué tipo de barrera se encuentra operando, con el fin de poder planificar la mejor estrategia de abordaje. En ese sentido, detenerse en realizar un análisis diagnóstico exhaustivo permitirá diseñar una estrategia efectiva para esos grupos poblacionales. Para lo anterior, la tabla N°4 muestra una clasificación de las dimensiones del acceso a salud con ejemplos de barreras de acceso más comunes. Esta clasificación puede ayudar a identificar si el o los problemas(s) son posibles de enfrentar mediante la modalidad de ampliación horaria o de ampliación de cartera y otras barreras que requerirían intervenciones diferentes por parte de la comuna y sus establecimientos. Cabe indicar que solo corresponde a sugerencias de acción y que probablemente no apuntan al resolver la(s) causa(s) de origen, pero sí contribuye a disminuir, progresivamente, el impacto de las barreras de acceso en la salud y bienestar de las personas.

Tabla 4. Dimensiones del acceso a servicios de salud y ejemplos de barreras

Dimensiones	Ejemplos de barreras de acceso	Abordable desde la ampliación horaria	Abordable desde el reforzamiento de la cartera de prestaciones
Disponibilidad (disponibilidad y suficiencia de recursos para entregar servicios de salud integrales)	• Número insuficiente de establecimientos	X	
	• Ausentismo laboral, baja disponibilidad de trabajadores de salud		X
	• Quiebre de stocks de medicamentos y equipamiento deficiente		
Accesibilidad geográfica (disponibilidad de servicios de salud de calidad en un área geográfica alcanzable y razonable para las personas)	• Los establecimientos se encuentran alejados de las casas de las personas		
	• Lentos y largos viajes para llegar a los establecimientos		
	• Falta de transporte		
Accesibilidad financiera (capacidad de pagar por servicios de salud sin dificultades)	• Las personas no cuentan con recursos financieros para pagar medicamentos, exámenes o copagos		
	• Costos asociados a traslados/transporte		
	• Tipo de seguro de salud		
Organización al interior del establecimiento (organización adecuada de servicios de salud que permite a las personas obtener prestaciones cuando las necesitan)	• Horarios de atención que no se condicen con la posibilidad horaria de las personas	X	
	• Sistemas de agendamiento complejos		
	• Altos requerimientos administrativos para agendar una hora		
	• Tiempos de espera extendidos	X	X
Aceptabilidad (disposición a buscar servicios de salud cuando se perciben que estos son efectivos o cuando los factores culturales y sociales no desincentivan su búsqueda)	• Falta de confianza en los profesionales de salud o en los tratamientos prescritos		
	• Lenguajes, culturas y religiones		
	• Aspectos relativos al género		
	• Percepciones negativas sobre la calidad de las prestaciones		
Contacto (disposición a tomar contacto con servicios de salud cuando se percibe que estos están disponibles, accesibles y aceptables para las personas)	• Actitudes y prácticas del equipo de salud		
	• Literacidad en salud		
	• Falta de información sobre los servicios a los que tienen acceso las personas		
	• Comprensión insuficiente del valor de las prestaciones de salud cuando son realmente requeridas		

	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conciencia de enfermedad, lo que conlleva a la falta de oportunidad en el abordaje de las enfermedades 		
Cobertura efectiva (capacidad de usar los servicios de salud cuando son necesarios, de modo oportuno y con estándares de calidad que permitan obtener el resultado deseado y recuperar la salud)	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas obtienen cuidados de salud inapropiados (ejemplo: acceso a medicamentos por medio de comercio ambulante) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Imprecisiones diagnósticas 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Referencias no oportunas o falta de referencias a nivel secundario 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos médicos costosos que afectan la mantención financiera de las personas 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Baja adherencia a tratamiento 		

Traducido y adaptado desde Houghton N, Bascolo E, del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e96. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.96>

Como es posible de apreciar, las barreras de acceso a la atención de salud que son abordables desde las intervenciones de ampliación de cartera y extensión horaria corresponden a aquellas que consideran la organización interna del establecimiento y la disponibilidad de servicios. Es decir, las intervenciones consideradas permitirían expandir la obtención de prestaciones en horarios que sí pueden ajustarse a las dinámicas cotidianas de la población y/o prestaciones que tienen alta demanda y que menor cantidad de la población puede obtenerlas.

- **Fase 4: Planificación de las acciones a implementar en la ampliación de la extensión horaria**
Por último, identificadas las acciones a emprender para ampliar la extensión horaria y luego de haber identificado la o las barreras de acceso a disminuir, es fundamental planificar cómo se llevará a cabo esta ampliación.

En ese sentido, se sugiere considerar las siguientes variables al momento de planificar:

- a) Trabajadores de salud que presentan mayor brecha de disponibilidad diurna.** Aquí la contribución que puede brindar el Servicio de Salud, en tanto el análisis desprendido de la programación operativa, es clave para identificar en qué prestaciones y qué estamento debe ser reforzado.
- b) Prestaciones de salud más demandadas por la población a cargo.** Identificadas a partir del proceso de caracterización sociosanitaria y epidemiológica.
- c) Prestaciones que están dirigidas a los grupos poblaciones que menos acceden.** Por ejemplo, reforzar prestaciones preventivas o de control crónico a hombres entre los 20 y 64 años los cuales, según lo que se conoce³⁵, asisten menos a los centros de salud. Al menos, al disminuir la barrera asociada a disponibilidad horaria aumentaría la probabilidad de asistir a los cuidados de su salud.
- d) Transporte público y seguridad barrial disponible para la población y para los trabajadores de salud primaria.** Esta variable es crucial para decidir si es mejor reforzar la cartera de prestaciones en horario tradicional de extensión horaria o si es posible y viable ampliar el horario de la extensión, ya sea desde más temprano (abrir a las 7 am, por ejemplo), hasta más tarde (cerrar a las 22.00 hrs.) o los sábados y domingo.

Con toda esta información a la vista, la planificación debe realizarse con las mismas consideraciones con las que se trabaja la programación operativa año tras año. Sin embargo, para las comunas pioneras es de suma importancia que una vez que se haya decidido por la estrategia de ampliación de extensión horaria se le informe, mediante oficio, al Servicio de Salud, para que este pueda realizar las actividades de evaluación con toda la información disponible para evaluar que efectivamente se esté realizando lo planificado.

³⁵ Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A. Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review. Soc Sci Med. 2016 Sep;165:168-176. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.07.023. Epub 2016 Aug 1. PMID: 27511617.

En ese sentido, desde este punto de vista, la evaluación de la **ampliación de la extensión horaria en las comunas pioneras, por parte de los Servicios de Salud**, tendría las siguientes variantes, con respecto a la evaluación de la continuidad de atención realizada a propósito del cumplimiento del Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS):

- Constatación del funcionamiento en el horario planificado e informado al Servicio de Salud por parte de la comuna pionera. Se entenderá por “funcionamiento”, la entrega de al menos el 90% de las prestaciones programadas al momento de la visita.
- Constatación del cumplimiento de la cartera de prestaciones planificada e informada al Servicio de Salud. En ese sentido, se evaluará el tener la agenda programada y realizada en el tiempo considerado para extensión horaria o para la ampliación de la misma (*Anexo N°2*).
- Monitoreo de farmacia, la cual debe estar abierta y entregando atención a los usuarios en **todo el horario de funcionamiento del establecimiento de salud**.

1.4 Optimización de los procesos administrativos

Para avanzar en el aseguramiento de condiciones que permitan responder a las necesidades de salud de la población y a los requerimientos de un sistema de salud basado en la atención primaria, se requiere el compromiso de desarrollar las acciones conducentes a contar con dichas condiciones. Aquello se materializará por medio de un **acuerdo administrativo** tripartito entre SEREMI de Salud, Servicio de Salud respectivo y la comuna pionera.

El objetivo es comprometer una agenda de trabajo a corto y mediano plazo que avance en el mejoramiento de los procesos que presentan brecha en las comunas pioneras, para así asegurar el acceso y cobertura universal en el territorio, en términos de gestión administrativa de salud, de recursos humanos, físicos y financieros.

A continuación, se presentan las dimensiones que son consideradas parte de la gestión administrativa de salud, de recursos humanos, físicos y financieros y que se sugiere se tengan a la vista al momento de evaluar las brechas y para la construcción de la agenda de trabajo con la participación más amplia posible en el territorio³⁶. Lo último es fundamental, debido a que un buen diagnóstico de la situación de la gestión administrativa-sanitaria y las mejoras que se pueden realizar más la amplia participación de los actores involucrados podría aumentar la movilización del territorio para proveer servicios optimizados en atención primaria.

- I. **Población potencial para la universalización de la APS:** Avanzar hacia la inscripción universal, que corresponde al registro de las personas en el centro de salud más cercano a su lugar de residencia o trabajo, independiente de su previsión de salud. Para esto, se debe

³⁶ Esto implica considerar a las personas que componen la comunidad usuaria, a los trabajadores de salud, al intersector, a otras direcciones municipales, al Servicio de Salud y SEREMI respectiva, entre otros.

consignar el número de personas que constituye la población potencial para la comuna pionera.

- II. Infraestructura y equipamiento:** Asegurar la disponibilidad, distribución equitativa, calidad y mantención de la infraestructura y equipamiento en atención primaria.
- III. Insumos y medicamentos:** Contar con los mecanismos administrativos y financieros que resguarden la disponibilidad de medicamentos de la canasta y los insumos para el trabajo en salud.
- IV. Recursos Humanos:** Contar con una administración que tenga procesos instalados para un desarrollo adecuado para la gestión de las personas en todas las etapas del ciclo laboral, asegurando óptimas condiciones de trabajo.
- V. Competencias de los equipos de gestión en salud:** Favorecer procesos de reclutamiento, selección y capacitación que logren equipos directivos de alto desempeño con competencias de liderazgo, conocimiento y experiencia acorde con los desafíos del cargo.
- VI. Financiamiento:** Asegurar que el financiamiento que recibe la atención primaria sea ejecutado con altos estándares de eficiencia, probidad, transparencia y sostenibilidad financiera, con un marco mínimo de mantención del aporte municipal en salud.
- VII. Calidad y seguridad asistencial:** Avanzar en la instalación de una cultura de calidad en la atención primaria, con el fin de resguardar procesos que aseguren condiciones de cuidados seguros y optimizados tanto para el personal de salud como para la comunidad usuaria.
- VIII. Sistemas de información:** Contar con sistemas de información (registro clínico electrónico, plataformas, visualización de datos) que permitan disponer de datos para la toma de decisiones en salud y la progresiva rendición de cuentas, estableciendo una gobernanza de datos en los equipos de salud que permita contar con registros oportunos, transparentes, completos y precisos.
- IX. Participación:** Impulsar un proceso permanente de participación de las comunidades y actores claves en los procesos de diseño, planificación y monitoreo de los servicios que utilizan en el marco de la mejora de la experiencia usuaria y el desarrollo de activos comunitarios de salud.

Acciones obligatorias dentro del acuerdo administrativo

Como parte de las acciones globales que contribuyen al avance de la APS Universal, se establecieron cuatro **acciones obligatorias, las que deben ser incluidas por todas las comunas según su año de implementación:**

- a) Comunas en su tercer o más año: deben incorporar las cuatro acciones obligatorias descritas a continuación.
- b) Comunas en su segundo año: deben incorporar tres de las acciones obligatorias descritas a continuación.
- c) Comunas en su primer año: deben incorporar dos de las acciones obligatorias descritas a continuación.

a) Comunas en su tercer o más año de implementación:

SISTEMA DE CONFIRMACIÓN DE AGENDAS

La comuna pionera implementará, en el marco de la gestión de demanda comunal, un Sistema que proveerá el Ministerio de Salud. Esta acción deberá estar enmarcada en la gestión de agendas y en línea con otras estrategias como Telesalud, Tiempos de Espera Interoperables, entre otras y materializada en un Plan de Gestión de Demanda comunal. El Sistema denominado SISTAM es una plataforma de información de salud territorial que mejora la eficiencia y optimiza la gestión del tiempo y los recursos. Facilita la ubicación y seguimiento de pacientes y la identificación de áreas de alta demanda. Facilita la gestión, comunicación y contactabilidad (confirmación, recordatorio y cancelación de citas) permitiendo mejorar la atención de los usuarios.

b) Comunas en su segundo o más año de implementación:

Gestión Social Local (GSL): La comuna implementará el modelo de gestión de beneficios y atención de casos sociales Gestión Social Local (GSL), basado en la coordinación sistémica de unidades funcionales intrainstitucionales y la articulación interinstitucional. El modelo GSL promueve el funcionamiento de un sistema de derivación (referencias y contrarreferencias), entre unidades participantes en GSL, fortaleciendo la provisión integrada de servicios a los y las usuarias. Su medición se efectuará mediante los siguientes indicadores:

Comunas que implementan por primera vez GSL:

Nombre indicador	Porcentaje de establecimientos APS con GSL Salud operativo
Fórmula de cálculo	$(N^{\circ} \text{ de establecimientos APS con GSL Salud operativo} / N^{\circ} \text{ de establecimientos APS de la comuna})$
Meta del indicador	100% establecimientos con GSL Salud operativo

Periodicidad	Diciembre
Nota metodológica	<p>Se entiende por establecimientos APS con GSL Salud operativo que esté instalado y que se haya utilizado para la atención y gestión de casos.</p> <p>En GSL Salud una atención social integral considera la consulta en plataforma de información del usuario como insumo para el diagnóstico, la entrega de una atención social directa, la derivación a otra unidad del establecimiento a través de un agendamiento de hora y/o el inicio de la gestión de un caso sociosanitario activando redes intersectoriales; lo que dependerá de las funciones de quien atiende y de la situación de la persona atendida.</p> <p>Fuente información: Tablero de control GSL</p>
Medios de verificación utilizados para comprobar el cumplimiento del indicador	Transacciones extraídas de la Plataforma GSL y panel data cargado el Monitor GSL

Comunas en que GSL salud está en su segundo o más año de implementación:

Nombre indicador	Porcentaje de establecimientos APS con GSL Salud operativo que finalizan el año con desempeño Aceptable ³⁷ en el proceso de atención de usuarios
Fórmula de cálculo	$(N \text{ de establecimientos APS que cuentan con desempeño Aceptable sus procesos de atención de usuarios durante el año } t / N \text{ de establecimientos APS que cuentan con módulo GSL Salud en el año } t) * 100$
Meta del indicador	75% de los establecimientos cuentan con desempeño Aceptable en sus procesos de atención de usuarios
Periodicidad	Anual
Sentido de medición	Ascendente
Nota metodológica	El desempeño de un establecimiento APS en su operación de GSL Salud se evalúa a través de la construcción de métricas elaboradas a partir de registros transaccionales en plataforma. Respecto del proceso de atención de público, la medición del desempeño de cada establecimiento APS que usa la funcionalidad en el año se determina en base a su tasa de finalización de las atenciones por los distintos operadores de GSL Salud, definida como:

³⁷ Desde el Ministerio de Desarrollo Social y Familia evalúan según criterios establecidos que serán expuestos a los equipos una vez comience la habilitación de GSL Salud

	<p>(Total de atenciones finalizadas / Total de Atenciones realizadas) *100</p> <p>Se establecen categorías de desempeño según la tasa de finalización de atenciones de cada establecimiento APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor o igual a 75%= Aceptable - 50% al 74%: Regular - Menor o igual a 50% = Deficiente. <p>Fuente información: Tablero de control GSL</p>
<p>Medios de verificación utilizados para comprobar el cumplimiento del indicador</p>	<p>Transacciones extraídas de la Plataforma GSL y panel data cargado el Monitor GSL</p>

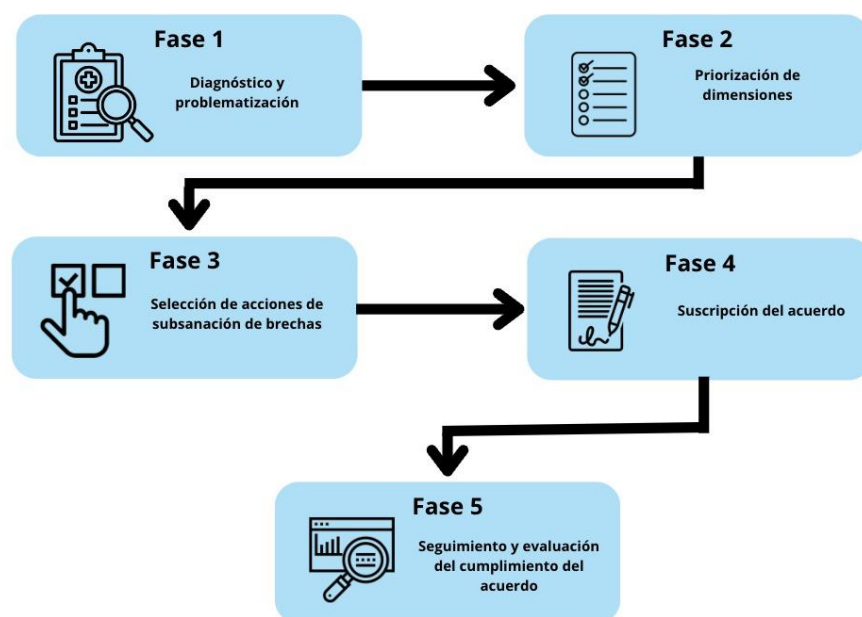
c) Comunas en su primer o más año de implementación:

Fomento de espacios libres de violencia: La comuna fomentará ambientes de trabajo seguros y respetuosos con el debido resguardo de procedimientos para la denuncia, investigación y sanción del acoso sexual, laboral, ciberacoso en los lugares de trabajo y la violencia en el lugar de trabajo. Esta iniciativa se alinearán con la Ley 21.643 (Ley Karin), la ley 21.675 sobre la prevención de la violencia de género, el Convenio 190 de la OIT y propenderá a los estándares del Sello de Igualdad de Género del PNUD, consolidando así su compromiso con la protección y promoción de los derechos y la dignidad de sus funcionarias y funcionarios.

Resguardo de la participación de las y los funcionarios de APS Universal: La comuna designará a su equipo motor, quien será el responsable de la implementación de la Estrategia. Este equipo deberá propender a la debida difusión y participación de los funcionarios de la dotación, gremios, comunidad organizada y usuarios.

Para suscribir el acuerdo administrativo, primer hito asociado a este ámbito es necesario un proceso que permita que los distintos actores logren identificar los problemas significativos para la población de la comuna, priorizar qué se abordará en el corto-mediano plazo y luego definir acciones para dar solución a esos problemas.

Diagrama 4. Fases para el acuerdo de optimización de procesos administrativos



- **Fase 1: Diagnóstico y problematización**

Como primera etapa, antes de suscribir un acuerdo administrativo, es prioritario conocer en qué dimensiones existen brechas necesarias de subsanar, para así contar con las condiciones habilitantes que permitan instalar e implementar la APS Universal.

Para el levantamiento de las brechas, es clave poder realizar un análisis diagnóstico lo más completo e integral posible, incorporando las miradas de todos los actores involucrados: direcciones de salud municipal, otras direcciones municipales (SECPLA, DIDECO, por ejemplo), gremios de salud, comunidad organizada y usuaria de salud primaria, intersector, Servicio de Salud, SEREMI de Salud, entre otros. Para ello, establecer instancias de reflexión colectiva en relación al listado de dimensiones resultará crucial para el éxito de la tarea. Se espera que estas instancias sean lideradas por las direcciones de salud municipal, en colaboración con los Servicios de Salud Y SEREMI. En el caso de la atención primaria dependiente de Servicio de Salud, está última sería quien lideraría el proceso, manteniendo la convocatoria amplia antes señalada.

- **Fase 2: Priorización de dimensiones a trabajar**

Como segunda etapa del proceso, una vez detectadas todas las dimensiones en las que existen brechas relevantes o importantes para las personas, familias, comunidades y trabajadores de salud, es clave priorizar para elaborar un plan de trabajo que sea factible de llevar a cabo.

Algunos antecedentes que se deben tener en consideración al momento de priorizar las dimensiones que se abordarán, son:

- Brechas identificadas en la dimensión, se reconocen como un problema significativo para varios actores.

- Parte o la totalidad de las brechas identificadas en la dimensión, son abordadas en la programación de otras áreas como parte de sus funciones habituales (ejemplo: actualización del catastro de organizaciones sociales es una acción habitual de la DIDECO).
- Presupuesto disponible para implementar la acción de mejora.
- Capacidad de llevar a cabo acciones que permitan implementar la acción, tales como: ejecutar compras, procesos de licitación y procesos de adjudicación.
- Capacidad de implementar las subsanaciones de brechas en el plazo de año.

Es recomendable lograr consenso sobre la o las dimensiones a priorizar, considerando cuáles son las aquellas urgentes o importantes de abordar y que tendrán altas probabilidades de ser implementadas o revertidas en el plazo de un año. En ese sentido, el acuerdo debe reflejar el compromiso de todas las partes de trabajar sobre dichas dimensiones con brecha con el mayor esfuerzo y voluntad posible para ser alcanzado.

Es importante indicar que se espera que haya compromiso en suscribir acciones en al menos dos a tres dimensiones con brechas y que, como máximo, se suscriban las nueve que constituyen todas las dimensiones identificadas en el listado anterior.

- **Fase 3: Selección de acciones de subsanación de brechas**

Una vez priorizadas las dimensiones sobre las cuales se trabajará durante un año, es necesario qué acciones se emprenderán para su subsanación. Para ello, es clave definir el objetivo de la subsanación a emprender. Por ejemplo: si la dimensión Infraestructura ha sido priorizada y la brecha a subsanar es la falta de mantención de la pintura en el exterior de los establecimientos, el objetivo podría plantearse de dos modos: a) renovar la pintura en el exterior de los establecimientos de atención primaria de la comuna en el año en curso o, b) que el exterior de los establecimientos de atención primaria de la comuna tengan renovada la pintura hasta antes del 31 de diciembre del año 2024 (esta última se redacta como meta). Luego, será más sencillo identificar cuáles son las acciones que emprender para lograr dicho objetivo o meta.

Esta etapa es liderada por las direcciones de salud, dado que son expertas en los procesos administrativos involucrados la gestión sanitaria, incluyendo procedimientos de compras y adquisiciones. En el caso de la atención primaria dependiente, el proceso deberá ser liderado por el Servicio de Salud, el cual tiene la misma expertiz antes mencionada. No obstante, resulta fundamental que cuente con el consenso global de los involucrados. Se sugiere utilizar la matriz de ejemplo incluida en el formato del acuerdo administrativo, que pueda orientar a los equipos en su redacción y a los Servicios de Salud en el proceso de vigilancia del cumplimiento del acuerdo.

- **Fase 4: Suscripción del acuerdo (Anexo N°3)**

Una vez finalizadas las etapas anteriores, corresponde la suscripción del acuerdo. Esta etapa es la firma formal que sella el compromiso de las partes, es decir, de la municipalidad, Servicio de Salud y SEREMI de Salud de trabajar colaborativa y conjuntamente en las condiciones habilitantes para la instalación e implementación de la APS Universal. Se sugiere que esta etapa sea considerada un hito comunicacional de cara a la ciudadanía.

En el caso de la atención primaria dependiente, las alcaldías de aquellas comunas también deben participar de la firma de este acuerdo, en su calidad de responsables del bienestar de quienes habitan en la comuna, para lo cual pueden comprometer recursos para la ejecución de las acciones,

colaboración de otros departamentos municipales, o cualquier otro elemento que permita aumentar las probabilidades de éxito en la subsanación de brechas. Lo importante a puntualizar con dichas alcaldías es que ellos son socios estratégicos en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes y que salud es una de las áreas más relevantes en las que invertir en los territorios en los que ellos tienen a cargo la administración.

Finalmente, el documento firmado debe pasar por los procesos administrativos pertinentes para su validación.

- **Fase 5: Seguimiento y evaluación del cumplimiento del acuerdo**

Esta etapa es liderada por el Servicio de Salud. Considerando como base el documento suscrito, ya se encontrará habilitado para evaluar los avances en la obtención de las metas de subsanación de dimensiones priorizadas. En ese sentido, será el Servicio de Salud el que defina, en conjunto con la comuna, el formato y modo del proceso de monitoreo y de evaluación del cumplimiento. Asimismo, será responsable de informar al nivel central cualquier problemática que se encuentre atravesando la comuna, durante el proceso de ejecución de las acciones y que ponga en riesgo el cumplimiento, con el fin de que esta entidad pueda contribuir a mejorar las áreas problemáticas, en la medida de sus atribuciones. Asimismo, se espera que reporte el cumplimiento final anual del acuerdo al 31 de diciembre.

En el caso de la atención primaria dependiente, se sugiere que la tarea de seguimiento y evaluación del cumplimiento del acuerdo sea liderada por la SEREMI de Salud correspondiente, siguiendo las mismas recomendaciones aquí expuestas. El avance del cumplimiento del acuerdo administrativo debe ser informado periódicamente a la municipalidad, con el objetivo de garantizar su incorporación en el proceso y su involucramiento en las acciones de salud de atención primaria de los habitantes de la comuna.

Componente N°2. Habilitadores para facilitar el acceso a la APS Universal

2.1 Atenciones extramuro

Las atenciones extramurales son definidas como toda aquella prestación de salud que se otorga fuera del espacio físico de los centros de salud³⁸, es decir, que se otorga en los territorios y contextos geográficos-espaciales en los que la gente vive, trabaja, estudia o se desenvuelve, de manera cotidiana. La atención primaria de salud en Chile tiene variada experiencia en este tipo de acciones, fundamentalmente, en los ámbitos relacionados con los procesos de vacunación (colegios, campañas de vacunación) y promoción de la salud³⁹.

³⁸ Gattini, C. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos. Observatorio Chileno de Salud Pública. Santiago, Chile. 2019. Disponible en: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf

³⁹ Es relevante realizar una precisión sobre acciones extramurales y atenciones extramurales. Las acciones extramurales considera toda aquella acción sanitaria que se otorga fuera del establecimiento de salud primaria. En general, podrá corresponder a acciones de tipo, principalmente, **promocional** como, por ejemplo, una feria de salud o actividad física con grupos comunitarios en sedes vecinales. No obstante, las atenciones extramurales tienen la diferencia de ser identificadas como **atenciones (control o consulta)** que se realiza fuera del establecimiento de salud primaria, incluyendo atenciones **preventivas** como, por ejemplo, realización de EMP a poblaciones en sus lugares de trabajo.

Los beneficios de las atenciones extramurales⁴⁰, en el contexto de la APS Universal son los siguientes:

- Mejora el acceso de poblaciones habitualmente excluidas de la atención en salud por barreras geográficas, estigmáticas, culturales, económicas, entre otras. Ejemplos de poblaciones que habitualmente se encuentran excluidas de la atención de salud podrían ser: personas en situación de calle, personas privadas de libertad, niños y niñas bajo sistemas de protección, inmigrantes, personas que viven en zonas alejadas o extremas, personas que tienen largas jornadas laborales o sistemas de turnos, personas con movilidad reducida, entre otras.
- Acerca los cuidados de la salud a las personas, familias y comunidades desde el mismo contexto espacial en que aquellos viven, estudian o trabajan.
- Favorece la comprensión compleja e integral de los equipos de salud, relativa a los modos en que los determinantes sociales operan en los territorios e influyen en las dinámicas de salud y enfermedades de las personas, familias y comunidades.
- Favorece un vínculo positivo entre el equipo de salud y las personas, familias y comunidades.
- Contribuye a disminuir la dificultad de organizar equipos de salud en espacios limitados al interior de los establecimientos de salud primaria⁴¹.

Dado lo descrito anteriormente, las atenciones extramurales cobran relevancia en el contexto de la universalización de la atención primaria, puesto que, precisamente, materializa sus objetivos, en tanto acceso y cobertura universal a toda población que habita, trabaja o estudia en un territorio determinado. En ese sentido, se espera que esta línea de acción pueda contribuir a mejorar la accesibilidad hacia la APS, por lo que se propone focalizar esfuerzos en poder buscar activamente a la población que habitualmente se encuentra excluida del sistema de salud y, además, mitigar levemente las dificultades derivadas de la organización de las atenciones de los equipos de salud en espacios físicos limitados de los centros de salud.

Un elemento fundamental para tener en consideración es que las atenciones extramurales requieren mantener el principio de continuidad de cuidados de toda atención provista por la atención primaria. Es decir, si se ha detectado una necesidad de seguimiento del estado de salud de una persona, familia o comunidad, es fundamental vincularles con el equipo de salud de cabecera,

⁴⁰ Hirst V and Cuthill F. Benefits of GP care in outreach settings for people experiencing homelessness: a qualitative study. Br J Gen Pract 2021; DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0749>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8177952/pdf/bjgpaug-2021-71-709-e596.pdf>

⁴¹ Dado que se pueden implementar operativos extramurales con dispositivos de atención móvil, habilitación de espacios comunitarios transitorios, uso de espacios municipales como gimnasios, escuelas, jardines infantiles, espacios laborales, entre otros.

sectorizado, para darle continuidad a la atención bajo los principios del Modelo de Atención Integral en salud familiar y comunitaria⁴².

Definiciones asociadas.

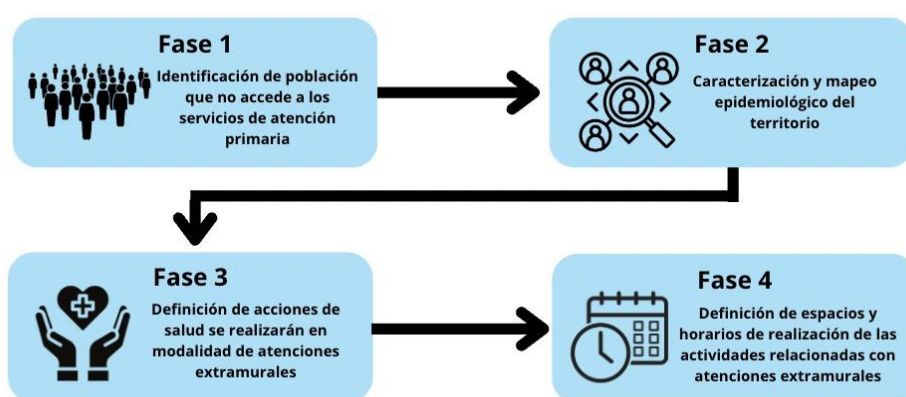
- **Atenciones extramurales:** Corresponde a las acciones que se realizan fuera del establecimiento de salud, entendiéndose como límite del establecimiento el cierre perimetral, que se otorga en los territorios y contextos geográficos-espaciales en los que la gente vive, trabaja, estudia o se desenvuelve, de manera cotidiana. Se excluyen acciones informativas. También se les denomina como "operativos de salud".
- **Espacios extramurales:** Se refieren a dispositivos de atención sanitaria ubicados fuera de los establecimientos formales de la red de APS (como CESFAM o postas rurales). Estos espacios pueden incluir unidades vecinales, sedes comunitarias u otros lugares habilitados temporalmente para brindar servicios de salud a comunidades que enfrentan barreras geográficas o de acceso.
- **Controles de salud:** Corresponden a las actividades presenciales realizadas en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS) y que están destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación a las personas. Se encuentran dentro del marco de los programas de la atención primaria, y consideran las diferentes etapas durante el ciclo vital de las personas.
- **Examen de Medicina Preventiva en mayores de 15 años:** Corresponde a las actividades contenidas en el plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad.
- **Consultas de salud:** Corresponde a las actividades presenciales realizadas en APS, tanto por profesionales médicos como no médicos, para la resolución de problemas de salud.
- **Toma de exámenes:** Corresponde a las acciones destinadas exclusivamente a la toma de exámenes de laboratorio, sin otras acciones asociadas (controles, examen de medicina preventiva), independiente del lugar de procesamiento, destinados a la pesquisa o control de enfermedades. Incluye test rápido.
- **Vacunación:** Corresponde a operativos de vacunación, programática o de campaña.
- **Talleres presenciales:** Actividades sistemáticas grupales para fortalecer y desarrollar conductas de autocuidado y estilos de vida saludable en los asistentes y su grupo familiar. Se utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje desde lo emocional y afectivo por sobre lo cognitivo o intelectual.
- **Talleres en vivo por redes sociales:** Actividades grupales realizadas por medio de redes sociales, que buscan fortalecer y desarrollar conductas de autocuidado y estilos de vida

⁴² Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red para el año 2024. Santiago, Chile. 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>

saludable. Se utilizan metodologías participativas, privilegiando el aprendizaje desde lo emocional y afectivo por sobre lo cognitivo o intelectual.

- **Educación grupal:** Actividad formativa de al menos treinta minutos, destinada a incrementar los conocimientos, identificar recursos, desarrollar habilidades y destrezas de las personas para incorporar conductas saludables.
- **Evento masivo:** Actividades masivas que reúnen 50 o más personas con participación del equipo de salud, de usuarios, comunidad y/o miembros de instituciones de otros sectores, para difundir, comunicar o practicar conductas saludables en algunas o varias de las condicionantes.

Diagrama 5. Fases para la planificación de acciones extramurales



- **Fase 1:** Identificación de población que no accede a los servicios de atención primaria

Al igual que para la planificación de la ampliación de la extensión horaria, lo fundamental es comenzar con un buen diagnóstico de la situación derivada de las barreras de acceso que poblaciones específicas experimentan para poder obtener servicios de salud. Esta etapa es liderada por los equipos de salud, y se hacen imprescindibles los aportes, tanto de la SEREMI de Salud como de los Servicios de Salud.

Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con otras líneas de acción, aquí ya se sabe que la solución a implementar son atenciones extramurales, por lo cual se hace necesario explorar qué poblaciones se beneficiarían de este tipo de actividad. Por ejemplo, aquellas poblaciones viven en territorios lejanos a los centros de salud y que cuentan con personas que presenten dificultades de desplazamiento, ya sea por alguna condición individual (movilidad reducida) o características sociales o ambientales (falta de transporte público), se beneficiarían altamente de intervenciones extramurales. Otro ejemplo son las personas que trabajan o estudian en determinados lugares. Estas presentan barreras de acceso referidas a los horarios de atención que son posibles de subsanar mediante las atenciones extramurales: al realizar convenios y/o acuerdos con sus empleadores o

directores de establecimientos educacionales, podrían acceder a acciones de salud preventivas o de seguimiento en los mismos lugares de trabajo o de estudio.

- **Fase 2: Caracterización y mapeo epidemiológico del territorio**

Nuevamente, al igual que en proceso de la ampliación de la extensión horaria, la caracterización y mapeo epidemiológico permitirá establecer un diagnóstico de salud de la población a cargo. Es importante recordar que éste deberá contener variables que permitan tomar decisiones respecto a planificación de atenciones extramurales. Por ejemplo, factores de riesgos a los que se ve expuesta la población y que pudieran ser precursores de enfermedades, factores protectores que permita a la población preservar su salud o que sean fuente de bienestar y de fortalecimiento del tejido social (si es que se adopta un enfoque salutogénico), prevalencia de enfermedades entre quienes componen la población a cargo y condiciones o determinantes del territorio que potencialmente puedan afectar la salud de sus habitantes, tales como: sequía, incidencia de incendios, terremotos, aluviones, incidencia de inundaciones, etc.

Un ejercicio de estas características permitirá identificar áreas en las que realizar atenciones extramurales acercará los servicios de salud a las personas y sus familias, con un foco de eficiencia en la planificación de los recursos disponibles.

- **Fase 3: Definición de acciones de salud se realizarán en modalidad de atenciones extramurales**

Concluidas las etapas anteriores, es necesario planificar las actividades de salud que se llevarán a cabo. Una de las variables claves para esta definición es tener a la vista las acciones que el intersector lleva a cabo, dicho de otro modo, antes de planificar es preciso identificar y caracterizar qué otros programas sociales y de salud operan en los territorios para evitar la duplicidad de acciones sanitarias y potenciar lo existente. Ejemplo de ello son todos los programas que JUNAEB dispone en los establecimientos educacionales o las acciones preventivas que ciertas cajas de compensación ofrecen a grupos de trabajadores en empresas. De ese modo, será posible que las atenciones extramurales complementen u ofrezcan líneas de abordaje de salud diferentes a las ya existentes que beneficiarán de un modo integral a las personas.

Teniendo en cuenta los objetivos e intervenciones recomendadas por la Estrategia Nacional de Salud hacia el año 2030⁴³, se sugieren las siguientes prestaciones:

- a. Examen de medicina preventiva del adulto (EMP).
- b. Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM).

⁴³ Ministerio de Salud. *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios hacia 2030*. Santiago, Chile. 2022. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>

- c. Control integral del adolescente bajo el modelo de Espacio Amigable.
 - d. Control preventivo ginecológico, incluyendo la toma de Papanicolau⁴⁴.
 - e. Toma de exámenes para la detección precoz de enfermedades: baciloscopias, test rápido de VIH.
 - f. Controles según etapa del curso de vida.
- Fase 4: Definición de espacios y horarios de realización de las actividades relacionadas con atenciones extramurales

Una vez definidas las intervenciones de salud a desarrollar en las atenciones extramurales, basadas en las necesidades específicas de la población a cargo, el proceso de planificación deberá abordar aspectos prácticos que permita que los equipos se desplieguen en terreno.

Los aspectos para tener en consideración son:

- a. Lugar físico: al realizar el diagnóstico territorial y epidemiológico de las necesidades de salud y mitigación de barreras de acceso de ciertas poblaciones, se hace más explícita la definición del lugar en el cual se deben realizar las atenciones extramurales. En ese sentido, se puede haber definido ir a zonas altamente concurridas (ferias, centros comerciales, edificios en los que se encuentren trabajando varias empresas, etc.) o zonas alejadas o con alta dispersión geográfica, entre otros. Lo relevante es que se cuente con lo necesario para poder proveer la atención, en términos clínicos, de conectividad y de movilidad (clínicas móviles, dispositivos móviles, camionetas, etc.).
- b. Horario: el horario también es fundamental para poder programar las atenciones extramurales. Lo anterior implica considerar la jornada (mañana, tarde, vespertina) y día en que se beneficiará mayormente la población para la cual está dirigida el operativo. En cualquier caso, resulta clave contar con el recurso humano disponible para estar en terreno en condiciones adecuadas para su desempeño.
- c. Coordinación con organizaciones o instituciones: para el éxito de los operativos de atenciones extramurales, es necesario reforzar las alianzas ya existentes con organizaciones locales, tales como juntas de vecinos, agrupaciones e incluso empresas. Lo anterior facilita que se consideren necesidades específicas, lo que orienta la toma de decisión respecto a lugar, horarios y actividades.
- d. Acompañamiento de SEREMI de Salud y Servicio de Salud: el rol que ambas Instituciones cumplen resulta fundamental en este tipo de acciones. Asimismo, es clave para poder facilitar y articular la operatividad de los equipos de salud en los territorios, por lo que se constituyen como facilitadores del proceso de ejecución de las atenciones extramurales.

⁴⁴ Esta prestación se debe realizar en un espacio pertinente desde el punto de vista de calidad y seguridad de la atención, esto es: clínicas ginecológicas móviles o carros de arrastre que cuenten con autorización sanitaria.

Las acciones extramurales que se considerarán en el cumplimiento de este indicador son las siguientes:

Tabla 5. Acciones extramurales consideradas para el cumplimiento del indicador

Tipo de actividad	Prestación
Controles de salud	Control integral del adolescente en establecimiento educacional, Control de salud escolar en establecimiento educacional, controles de salud cardiovascular, controles ginecológicos, entre otros
Exámenes de Medicina Preventiva	Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)
Consultas de salud	Consultas de ingreso de programas y/o estrategias, consultas de morbilidad, consultas dentales
Toma de exámenes	Exámenes de laboratorio, toma de PAP, test rápido de VIH, fondo de ojo, entre otros
Talleres	Talleres abiertos a la comunidad de actividad física, alimentación saludable, salud mental, salud sexual y reproductiva, entre otros
Educación grupal	Sesiones de educación grupal de usuarios y usuarias agendadas previamente en el contexto de algún programa y/o estrategia. Puede abordar diversas temáticas y condicionantes
Eventos masivos	Caminatas, corridas, cicletadas u otras actividades con enfoque promocional y preventivo
Operativos de inscripción	Jornadas de inscripción a CESFAM, que se realicen fuera de este, y que vayan acompañados de alguna prestación de carácter preventivo
Ferias de salud	Que contengan actividades de las descritas anteriormente. Se deben reportar como actividad única y no cada actividad por separado (Por ejemplo, si la feria de salud contiene prestaciones como EMPA, talleres e inscripción, se reporta la feria de salud como única actividad y en el detalle de especifican sus componentes)

Se excluyen de las acciones extramurales consideradas para el cumplimiento del indicador:

- Operativos de vacunación extramural (sin perjuicio de que se puede anexar a otras actividades que si sean consideradas para el cumplimiento).
- Visitas domiciliarias.
- Reuniones con el intrasector, intersector y/o comunidad.
- Eventos masivos de consulta o diálogos ciudadanos.

Sobre el registro y reporte de cumplimiento del indicador

El registro y reporte de cumplimiento del indicador de atenciones extramurales se realiza mediante dos mecanismos principales:

- REM A26, Sección H: Actividades extramurales.
- Informe de planificación y cumplimiento, según las directrices contenidas en el Anexo 13.

Registro en el REM A26

En el **REM A26, Sección H: Actividades extramurales** (excluyendo las secciones y subsecciones A, B y C), se deben registrar:

- **Número de actividades realizadas:** Total de actividades efectuadas, sin importar la cantidad de personas atendidas en cada actividad.
- **Número de personas atendidas:** Desglosadas por rango etario y sexo biológico, según el tipo de actividad realizada.

Consideraciones obligatorias:

- **R.1:** El total de personas atendidas debe ser mayor que el número de actividades realizadas.
- **R.2:** Los controles de salud registrados en esta sección deben estar contenidos también en el **REM A01**.
- **R.3:** Los exámenes de Medicina Preventiva para mayores de 15 años deben estar contenidos en el **REM A02**.
- **R.4:** Las consultas de salud deben estar contenidas en el **REM A04**.
- **Exclusión:** Eventos masivos, reuniones y actividades de participación deben registrarse en el **REM A19a** o **REM A**
- **19b**, según corresponda, y no se consideran para el cálculo del indicador.

TIPO DE OPERATIVO	N° OPERATIVOS	TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
EMP		0	0	0
Controles de Salud		0	0	0
Consultas de Salud		0	0	0
Toma de muestra de exámenes		0	0	0
Vacunación		0	0	0
TOTAL		0	0	0

Informe de planificación y cumplimiento (Anexo 13)

El segundo mecanismo de reporte corresponde al **informe de planificación y cumplimiento**, detallado en el **Anexo 13**. Este informe debe incluir:

1. **Planificación de actividades extramurales:** Objetivos, estrategias, metas y recursos destinados a las actividades fuera del establecimiento.
2. **Cumplimiento de las actividades:** Reporte detallado de las actividades ejecutadas y su alineación con la planificación inicial, reportado según el corte de evaluación que corresponda.
3. **Resultados y evaluación:** Análisis de los logros alcanzados, identificando brechas, desafíos y oportunidades de mejora para el próximo ciclo de planificación.

2.2 Gestión remota de la demanda

Las necesidades de las personas, que se expresan en términos de demanda, deben ser abordadas mediante mecanismos de organización que permitan su satisfacción. La gestión de la demanda es el proceso de análisis y búsqueda de respuestas a las demandas de las usuarias y usuarios, incluyendo en el análisis a la población que no consulta y una mejora progresiva de las respuestas del sistema hacia dichas demandas⁵⁴. Para mejorar dicho proceso, es necesario aumentar los canales mediante los cuales las personas expresan sus necesidades en salud, con el fin de aproximarse a la real demanda, pero, además, con el fin de lograr el acceso universal.

Desde el punto de vista de la atención primaria, la gestión de la demanda es fundamental para lograr sus objetivos, tanto desde el punto de vista de su función de coordinación e integración del proceso de atención, como desde el punto de vista de las personas, en que la atención primaria es el primer punto de contacto con el sistema de salud⁵⁵.

La construcción de una agenda de atención, por sí sola, no permite gestionar la demanda, sino que sólo distribuye los tiempos de asistencia. Para el análisis y búsqueda de respuestas a las demandas de las personas, es necesario utilizar herramientas de gestión que permitan, además, focalizar el uso de los recursos disponibles, según las necesidades de la población, siendo el uso eficiente y eficaz de los recursos otro beneficio de la gestión adecuada de la demanda.

Las comunas pioneras de la universalización de la atención primaria deberán implementar un sistema de gestión remota de la demanda, que permita que las personas puedan expresar sus necesidades en salud mediante canales no presenciales y que los equipos puedan gestionar dicha demanda a través de la oferta actual, además de planificar

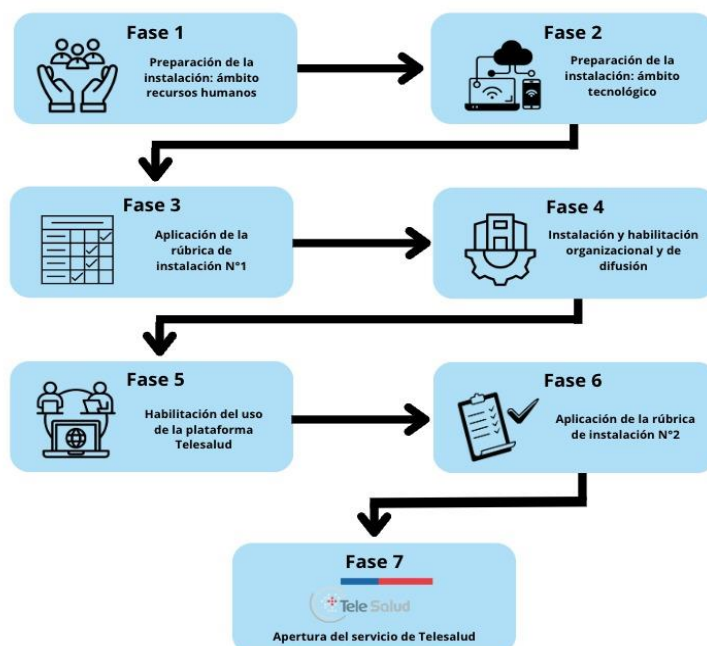
la reorganización de los servicios para responder a la demanda de la población que vive en su territorio.

En nuestro país, desde el año 2022, el Ministerio de Salud ha iniciado la implementación de la estrategia Telesalud en la atención primaria de salud, la cual permite gestionar la demanda de manera remota, priorizando las necesidades de salud de las y los usuarios bajo criterios clínicos establecidos por los establecimientos de salud, y que se suma de manera colaborativa a otras iniciativas centrales y locales para mejorar los procesos de atención en salud a la comunidad.

El contenido de esta sección se basa en el documento de “**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA GESTIÓN REMOTA DE LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA - Año 2023**”, el cual profundiza en los elementos esenciales para implementar acciones en Gestión Remota de la Demanda, con énfasis en la estrategia de Telesalud, tales como la definición de la estrategia, los componentes y el modelo de gestión avanzado de la demanda en los cuales se fundamenta.

Se identifican siete etapas que permiten operativizar la implementación de la gestión remota de la demanda. Todas las comunas deben contar con un plan de implementación, en el que se plasme cómo se llevarán a cabo las actividades y los plazos asociados. La elaboración de este plan es la primera acción que se debe llevar, para lo cual, el Servicio de Salud respectivo, acompaña y orienta según rúbricas específicas que permiten cumplir adecuadamente con las actividades de cada etapa.

Diagrama 6. Fases para la implementación de gestión remota de la demanda



En el marco de la universalización de la atención primaria, se establece la implementación de un sistema de gestión remota de la demanda como una de las acciones que permite abordar barreras para acceder al sistema de salud, para ello, cualquier sistema debe cumplir con características obligatorias (*Anexo N°4*). Se sugiere la utilización de “Telesalud” como un sistema con capacidad demostrada de funcionamiento y que cumple con las características obligatorias.

- **Fase 1: Preparación de la instalación: ámbito de recursos humanos**

Con el fin de gestionar la demanda que ingrese de forma remota al establecimiento de salud, existen algunas funciones esenciales, las que se distribuyen en tres roles básicos. Es fundamental considerar que esta es una acción que debe ser adoptada por todo el equipo del establecimiento de salud, por lo que no es necesario concentrar estos roles en personas específicas, si no que preparar al equipo para que puedan ejecutar estas funciones. Un sistema de rotación es ampliamente sugerido, para que todos puedan entrenarse y cumplir progresivamente con la adopción de la gestión remota de la demanda por parte de todo el equipo.

Para la implementación temprana, se identifican tres acciones que habilita que los equipos puedan llevar a cabo la estrategia:

1. ***Selección de los integrantes del equipo de Telesalud:*** basados en los roles básicos, se debe identificar a los integrantes del equipo de salud que tengan un perfil adecuado para llevar a cabo estas acciones, para luego comunicarles que serán quienes comenzarán con la estrategia en el establecimiento.

Los roles básicos que requiere la estrategia de gestión remota de la demanda son:

- *Triagista:* es el profesional que revisa las solicitudes que ingresan por vía remota y determina la respuesta que el establecimiento de salud proveerá para aquella necesidad. Para ello, además de la revisión de la solicitud, debe complementar con la revisión de antecedentes de la ficha clínica e incluso contactando telefónicamente a la persona en caso de que se requiera más información para determinar la respuesta. Debe determinar la modalidad y prioridad de atención. El triagista debe tener acceso a la agenda del establecimiento y permisos habilitados para agendar atenciones.
Pueden existir más de un “tipo de triagista”, según las áreas que se considere requieren una gestión particular de la demanda y especificidad de conocimiento para la toma de decisión, tales como triagistas para consultas odontológicas o consultas de ginecología y obstetricia.
- *Administrativo/a:* verifica el estado de inscripción y actualiza los datos de contacto en función de la información de la solicitud, resuelve dudas sobre el funcionamiento del establecimiento y agenda la prestación según lo indicado por el/la triagista.
- *Gestor de casos:* será el encargado/a de resolver aquellas solicitudes que requieren una revisión más exhaustiva y que el triagista no logra determinar la respuesta con la información disponible. Se sugiere que esto sea asumido por el jefe de sector para evaluar respuestas coordinadas entre varios programas de salud en caso de ser necesario.

2. **Capacitación de los integrantes de Telesalud:** una vez definidas las primeras personas que se integrarán como Implementadores en la estrategia, es necesario proveer de las herramientas teórico-prácticas que les permita llevar a cabo las funciones correctamente. Para ello, la realización de algún curso de formación para adquirir estos conocimientos. Además, poder realizar pasantías, presenciales o remotas, en comunas que ya hayan implementado la estrategia, es altamente sugerida.
3. **Designación de los referentes de la estrategia y del equipo:** contar formalmente con referentes para canalizar de manera más efectiva la información asociada, pero, además, oficializar al equipo, permite que estos sean reconocidos como puntos focales para temáticas relacionadas a la gestión remota de la demanda.

- **Fase 2: Preparación de la instalación: ámbito tecnológico**

Requiere la identificación de necesidades de equipamiento y estaciones de trabajo necesarias para desempeñar las funciones de los roles asociados a la estrategia. Se debe realizar un diagnóstico sobre los mínimos tecnológicos necesarios para su instalación, siendo la conectividad un elemento central de la estrategia. Además, identificar la necesidad de las estaciones de trabajo, tanto mobiliario como equipamiento (computador y telefonía). Según este diagnóstico, se deben levantar las brechas y la planificación para su resolución, incluyendo el espacio para emplazar las estaciones.

Una vez resueltas las brechas sobre las condiciones y equipamiento, se debe habilitar un espacio para que el equipo desempeñe sus funciones, el cual puede o no, ser de uso exclusivo para este fin.

- **Fase 3: Aplicación de la rúbrica de instalación N°1**

Una vez concluida a fase de preparación para la instalación, el Servicio de Salud debe aplicar la primera rúbrica, en la que se asegura que existen las condiciones para avanzar en la implementación. La rúbrica 1 permite verificar las condiciones para la instalación de Telesalud:

- Acredita designación de referente de la estrategia.
- Acredita plan de implementación validado.
- Acredita confirmación del equipo de Telesalud con integrantes certificados en curso de autoaprendizaje.
- Estaciones de trabajo cuentan con el equipamiento requerido.

- **Fase 4: Instalación y habilitación organizacional y de difusión**

Es necesario elaborar protocolos internos, que considere la realidad del establecimiento, para llevar a cabo la estrategia. Estos deben contener los flujos que serán adoptados para la gestión de las solicitudes que ingresen por la plataforma. Una vez elaborados, se debe difundir al interior de la organización dichos protocolos y, en el caso que la apertura de nuevos canales de acceso modifique la demanda actual, replanificar las actividades del establecimiento en función de ello.

Un elemento importante que debe ser considerado en los protocolos internos, es la información mínima necesaria para realizar el triage y los medios de información que complementarán la información que ingresa a partir de los formularios de atención, como la revisión del registro clínico

o el contacto con el solicitante. La información debe permitir al triagista o gestor de caso determinar cuál será la respuesta, la prioridad y modalidad de atención que dará respuesta a la solicitud.

- **Modalidad de atención:** esta puede ser presencial o remota. Aquellas solicitudes que requieren solución administrativa, como la emisión de certificados o entrega de resultados de exámenes, se deben resolver de forma remota, es decir, que la persona no deba asistir al establecimiento de salud y usar medios, tales como el correo electrónico, para el envío de lo requerido. Para aquellas solicitudes que requieran atención con algún profesional, esta puede ser vía telemática o presencial.

Aquellas solicitudes que correspondan a atención de salud general pueden ser realizadas vía telemática, siempre y cuando se cumpla criterios de evaluación clínica para ello, y se debe realizar atención presencial para aquellas situaciones que se considere no pueden resolverse de manera remota. El último criterio para determinar la modalidad de atención es la oferta existente en los establecimientos de salud.

Algunas prestaciones que se sugiere sean realizadas de forma presencial, son:

- Atenciones odontológicas.
 - Atención para lactantes de 0 a 6 meses de edad.
 - Control de salud infantil.
 - Atención por VIF y/o maltrato infantil.
 - Solicitud de evaluación de heridas o traumas.
 - Solicitud de atención para control post alta por condiciones específicas definidas previamente.
 - Atenciones de salud general: de personas que pertenezcan a grupos de riesgo, que rechacen atención remota por la dificultad de llevarla a cabo, cuyos antecedentes o relato no permite descartar síntomas o signos de alarma, que durante la anamnesis refiera signos o síntomas de alarma o que el examen físico aporte antecedentes que con alta probabilidad puedan cambiar la conducta terapéutica.
 - Controles de enfermedades crónicas: de personas cuyo último examen físico no esté vigente (6 meses a 1 año, según riesgo individual), rechacen atención remota por la dificultad de llevarla a cabo, antecedentes de descompensación de enfermedad crónica, presencia de multimorbilidad (cuatro o más enfermedades crónicas), cuyo nivel de complejidad sea G2 o G3 según la estratificación de la estrategia ECICEP.
- **Priorización de atenciones:** esta tiene por finalidad proveer una respuesta oportuna y se basa en la posibilidad de que las personas puedan tener un desenlace desfavorable de su condición de salud en el corto, mediano o largo plazo. La población de riesgo debe ser definida por cada centro que implemente el modelo según sus características locales y validado mediante un protocolo interno que pueda ser evaluado por los Servicios de Salud.

Tabla 6. Criterios de priorización de solicitudes sugeridos para Telesalud

Tipo de Solicitud	Prioridad Asignada	Significado	Plazo de agendamiento
Salud General (enfermedad aguda o descompensación de enfermedad crónica)	Alta	Condición de la persona conduce a desenlaces desfavorables y evitables en el corto plazo (días) o corresponde a población de riesgo	24-48 horas (de no ser posible, acudir a urgencia)
	Media	Condición de la persona podría conducir a desenlace desfavorables y evitables en el mediano plazo (semanas)	48 – 72 horas
	Baja	Condición clínica de la persona puede tener un periodo de espera prolongado sin deteriorar su salud (> 1 mes)	7 días
Control de enfermedad crónica	Alta	La condición de la persona conduce a desenlaces desfavorables y evitables en el corto plazo (días)	24-48 horas (de no ser posible, acudir a urgencia)
	Media	Condición de la persona podría conducir a desenlace desfavorables y evitables en el mediano plazo (semanas)	48 – 72 horas
	Baja	Condición clínica de la persona puede tener un periodo de espera prolongado sin deteriorar su salud (> 1 mes)	7 días
Solicitud de receta	Baja	Condición clínica de la persona puede tener un periodo de espera prolongado sin deteriorar su salud (> 1 mes)	1-7 días

Fuente: MINSAL. Lineamientos técnicos para la gestión remota de la demanda en atención primaria. 2023

- **Formalización del plan de difusión de Telesalud a la comunidad:** elaborar un plan, de acuerdo con la planificación establecida para la apertura de la estrategia a la población, es fundamental en esta etapa. Este plan debe considerar cuáles serán los medios de comunicación para dar a conocer la estrategia y cómo se accederá, lo que dependerá de la realidad de cada establecimiento, su población y el vínculo que existe con las organizaciones sociales presentes y con la comunidad usuaria.

Se sugiere difundir el formulario de acceso a Telesalud, para generar instancias en que se enseñe el uso de la plataforma y contar con monitores capacitados en la comunidad. Un contenido importante a reforzar respecto al uso del sistema es socializar qué este no considera la atención de situaciones de urgencia y que, para esos casos, se mantienen las vías tradicionales de contacto (consulta presencial en servicios de urgencias).

Validar el plan de difusión comunitario con el Servicio de Salud, con el objetivo de evaluar si se enmarca en la estrategia comunicacional existente, permite incorporar mejoras y potenciar las acciones que ya están en marcha. Finalmente, difundir y socializar el plan de difusión con el equipo del establecimiento, también permite incorporar mejoras, en base al conocimiento de los equipos sobre su población y territorio a cargo.

- **Fase 5: Habilitación del uso de la plataforma Telesalud**

Asegurar el acceso de quienes cumplan roles en la estrategia debe ser gestionado a través de la solicitud de perfiles. Estos serán habilitados en un ambiente de prueba y posteriormente el Servicio de Salud supervisará dicho ambiente para identificar posibles problemas y solucionarlos antes de su inicio formal. Esto también permite que los equipos se familiaricen con el uso de la plataforma.

- **Fase 6: Aplicación de la rúbrica de instalación N°2**

Tras concluir la fase de habilitación, el Servicio de Salud debe aplicar la segunda rúbrica, en la que se asegura que existen las condiciones de apertura. Esta es una fase fundamental, ya que permite identificar posibles nodos que requieran ser resueltos previo a su apertura formal. Es decir, el Servicio de Salud respectivo es quien certifica que el establecimiento cumple con las condiciones para abrir el servicio a la comunidad. Esta rúbrica permite verificar las condiciones para la apertura de Telesalud:

- Acredita la existencia de protocolo interno validado por el nivel central.
- Acredita un plan de difusión para usuarios internos y externos.
- Validación de ingreso a plataforma en las instalaciones de trabajo.
- Participación del equipo de Telesalud en demostración de la plataforma.
- Validación de pruebas en ambiente QA realizadas por todo el equipo de Telesalud.

- **Fase 7: Apertura del servicio de Telesalud**

En esta última etapa se habilita a los usuarios de la plataforma en el ambiente de “producción”, lo que permite avanzar en el uso de la plataforma a quienes participarán en la implementación temprana. El equipo implementador del Servicio de Salud aplicará la rúbrica N°3 y habilita que el establecimiento sea incorporado formalmente a la plataforma, es decir, aparecerá como una opción de ingreso a las personas que accedan a Telesalud.

Con ello, el establecimiento de salud podrá iniciar en modalidad de marcha blanca y según la evaluación de dicho período, incorporar modificaciones para la apertura oficial a toda la población.

Para esta fase también se debe aplicar una pauta de verificación de condiciones para su apertura, en la que se revise:

- Estaciones de trabajo operativas para su uso
- Acredita la realización del plan de difusión interno y externo
- Cuentas del equipo de Telesalud creadas en plataforma productiva
- Envío de documentación oficial al nivel central en los plazos establecidos (plan de implementación, plan de difusión, protocolo interno)

La puerta de entrada para la comunidad al sistema de gestión remota de la demanda “Telesalud” será el formulario de atención, medio por el cual las personas podrán registrar sus solicitudes. Este permite el registro de la información necesaria para que el equipo de salud determine el tipo, prioridad y vía de atención más adecuada para responder al requerimiento.

Ilustración 4. Informativo para el uso de la plataforma de gestión remota de la demanda “Telesalud”



La información que recopila el formulario de solicitud es:

1. Datos del paciente: tipo de documento, número de documento, nombre y apellidos, sexo, género, fecha de nacimiento y domicilio. Además, se puede ingresar información sobre condición de discapacidad y cuidadores(as).
2. Información de contacto: al menos dos teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico.
3. Detalle de la solicitud: establecimiento de salud al que solicita atención, profesional y motivo de consulta.
4. Información adicional: campo de llenado libre para que la persona complemente su solicitud.

Ilustración 5. Formulario de solicitud Telesalud (<https://telesalud.gob.cl/solicitud>)

Datos del paciente

Datos de la persona que solicita atención

Tipo Documento *	N° Documento *
Nombre(s) *	Apellido Paterno *
Apellido Materno	Nombre Social
Sexo *	Género *
Fecha nacimiento *	

Dirección del paciente

Para determinar el CESFAM al cual solicitará hora

Calle *	Número *
Block, departamento, población	Región *
Comuna *	Establecimiento *

Información de contacto

Para la contactabilidad desde su CESFAM

Teléfono de contacto 1 * +56	Teléfono de contacto 2 +56
Email	<input type="radio"/> ¿Desea recibir seguimiento de sus solicitudes vía email?

Detalle de la solicitud

Debe indicar el prestador, el motivo y el detalle de su solicitud

Tipo Prestador *	Motivo Consulta *
Especificidad Consulta *	

Información Adicional

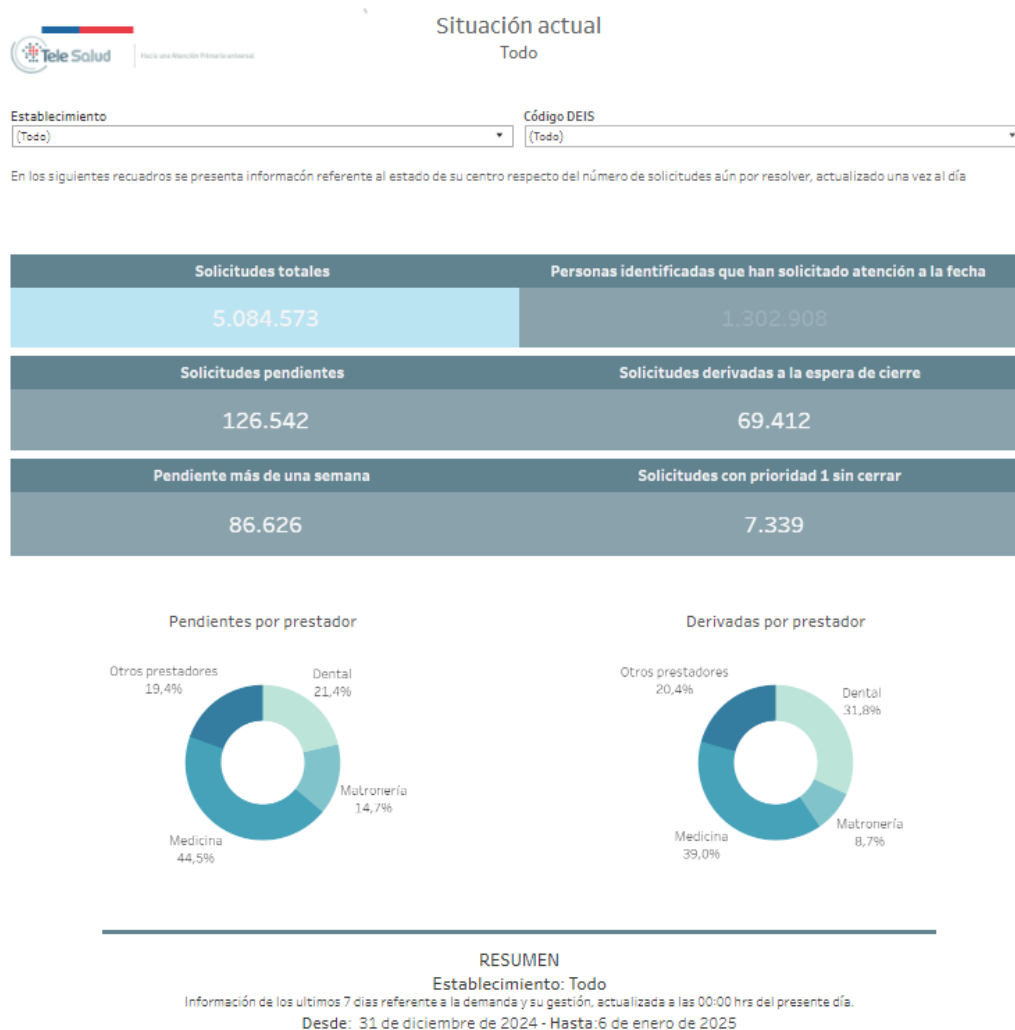
Para mejorar la gestión de su solicitud, le sugerimos completar el campo de información adicional y así entregar más antecedentes al personal del centro de Salud.

0 / 300

- **Reportería del sistema:** el panel de reportería es una herramienta que permite contar con información estadística sobre la demanda ingresada por medio del sistema, para que el equipo pueda tomar decisiones oportunas en cuanto a la gestión de la demanda del establecimiento. Se puede visualizar información respecto al volumen de solicitudes, su caracterización por tipo de prestador, días con mayor número de solicitud, rango etario de

las personas que utilizan la plataforma, número de requerimientos resueltos, tiempos de respuesta y caracterización de la resolución. Estos deben ser analizados por los equipos y reorganizar los servicios en base a su demanda.

Ilustración 6. Panel de reportería de la plataforma Telesalud



- **Aplicación de encuesta de satisfacción usuaria**

La **aplicación de la encuesta de satisfacción usuaria**, en el contexto de la estrategia Telesalud, tiene como objetivo principal medir y monitorear la experiencia y satisfacción de los usuarios con el uso de la plataforma de Telesalud y la resolución de sus problemas. Este seguimiento permite identificar áreas de mejora y asegurar que la atención remota cumpla con las expectativas y necesidades de los usuarios, promoviendo una atención de calidad centrada en las personas.

Realizar encuestas de satisfacción permite recoger de manera sistemática las percepciones de los usuarios sobre aspectos clave del servicio, tales como:

- La facilidad para completar la solicitud.
- El tiempo dedicado y la rapidez en recibir respuesta.
- La calidad de la solución brindada.
- La disposición de los usuarios a recomendar la plataforma.

Estos elementos son fundamentales para garantizar que la estrategia de gestión remota no solo sea funcional, sino que también sea percibida como un servicio confiable, eficiente y satisfactorio por parte de la comunidad.

Directrices para la aplicación de la encuesta

1. Población objetivo:

- La encuesta debe aplicarse al menos al **10% de las personas** que generaron y cerraron solicitudes en la plataforma en el mes anterior a la aplicación de la encuesta.
- Por ejemplo, si 840 personas generaron solicitudes en un mes, al menos **84 encuestas** deben ser completadas.

2. Comunas donde se aplica:

- Esta encuesta está dirigida a **comunidades pioneras** desde su **segundo año de implementación de APS Universal**, con al menos un año de funcionamiento de la estrategia de Telesalud. Es de aplicación anual para aquellas comunas con un año de funcionamiento de Telesalud y de aplicación trimestral para aquellas comunas que llevan dos o más años de funcionamiento de la plataforma.

3. Metodología:

- La encuesta se aplica a través de una **llamada telefónica**, realizada por un funcionario del equipo de Telesalud.
- Tiene una duración aproximada de **3 minutos** y consta de **10 preguntas**.

4. Contenido de la encuesta:

- Incluye preguntas sobre datos básicos del usuario (comuna, tramo de edad, género) y preguntas específicas sobre la experiencia de uso, como:
 - Nivel de satisfacción con la facilidad de completar la solicitud.
 - Tiempo de espera para recibir contacto y resolución.
 - Percepción general de la respuesta y su calidad.
 - Probabilidad de recomendar la plataforma a otros.

5. Reporte y análisis:

- Una vez completadas las encuestas, los resultados se consolidan y se reportan al equipo del Ministerio de Salud, quienes darán una retroalimentación constante a los resultados.
- Estos resultados permiten evaluar la efectividad de la plataforma y realizar los ajustes necesarios para optimizar la experiencia de los y las usuarias.

2.2.1 Recomendaciones para la gestión de la agenda⁴⁵

Por último, se destacan algunas recomendaciones para gestionar agendas en base a la demanda, las que surgieron a partir de sesiones de trabajo con los equipos clínicos y directivos de los establecimientos de atención primaria y de los Servicios de Salud con mayor experiencia y trayectoria en la implementación de la estrategia.

Las principales recomendaciones, son:

1. La gestión de la agenda se debe abordar como un proceso dinámico que permita a los equipos de salud tener flexibilidad en su construcción de acuerdo con las necesidades de la población.
2. Los jefes de sector de los establecimientos de atención primaria deben estimar la demanda y programar la agenda considerando las contingencias.
3. Potenciar el rol que tienen los distintos profesionales y técnicos que componen el equipo multidisciplinario en la resolución de necesidades de salud de las personas⁵⁸.
4. Se deben generar análisis de los motivos de consulta para generar estrategias que disminuyan la demanda.
5. Se deben generar estrategias locales para construcción de la agenda para gestionar la demanda específica del territorio.

Se deben alinear los objetivos de las estrategias locales con los compromisos de los equipos municipales

2.2.2 Perfil de cargo para el Referente comunal de Gestión de la demanda

En el contexto de Atención Primaria, la gestión de la demanda es una función esencial para asegurar que los recursos disponibles se utilicen de manera eficiente y que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento oportuno. Los gestores de casos desempeñan un papel esencial en este proceso, ya que actúan como facilitadores para el acceso a los servicios de salud según las necesidades que expresan las personas.

En el marco de la estrategia “Telesalud”, los gestores de casos, quienes integran los equipos locales, ejercen además un rol de vigilancia. Este rol implica asegurar que los establecimientos de Atención Primaria brinden una atención oportuna y eficiente, acorde a las necesidades de su

⁴⁵ (Ministerio de Salud, 2023)

población y cumpliendo con los estándares de calidad establecidos. A través de la coordinación de los recursos disponibles y el análisis de necesidades, el gestor de casos garantiza que los pacientes reciban el tratamiento necesario sin demoras injustificadas. Además, realiza el seguimiento de los casos, asegurando la continuidad del cuidado en el primer nivel de atención y resolviendo cualquier dificultad que pueda constituir una barrera que pueda afectar resolución de los casos.

Por otro lado, la gestión de casos puede tener beneficios concretos para el Sistema de Salud como el seguimiento de los pacientes post-alta hospitalaria⁴⁶. Estos pacientes, a menudo con condiciones crónicas, requieren un monitoreo cercano para manejar su condición o completar un tratamiento iniciado en el Hospital. Dentro de la estrategia Telesalud, estos pacientes tienen definida una atención prioritaria de continuidad en la APS. En este contexto el gestor de caso juega un papel crucial en asegurar que estos pacientes no se pierdan en la transición entre el hospital y el nivel primario de atención, coordinando citas, facilitando la comunicación entre los diferentes proveedores de salud y monitoreando el cumplimiento del plan de cuidado.

Considerado que un gran porcentaje de los establecimientos de Atención Primaria de Salud son de administración Municipal, se vuelve esencial generar un referente municipal de gestión de la demanda, que desempeñe el rol de coordinar las acciones comunales tendientes a una mejor gestión de la demanda, supervisar el funcionamiento de la gestión a nivel local de los establecimientos y ser el enlace entre los Servicios de Salud y los equipos locales. Esto, considerando que los establecimientos incluidos en la estrategia de Telesalud cuentan con gestores de caso en sus equipos.

En este contexto, el referente municipal cumpliría un rol de supervigilancia de la respuesta de la red de atención primaria municipal a las necesidades de las personas y de coordinador para la implementación de acciones que conduzcan a mejorar dicha respuesta, avanzando hacia la atención de manera integral, eficiente y acorde a los recursos disponibles. La implementación de este rol en APS es una estrategia clave para mejorar la calidad de la atención, aumentar la satisfacción del paciente y avance en el objetivo de la Atención Primaria Universal (APS-U).

A continuación, se describe el cargo de referente municipal en el contexto de la estrategia de APS-U.

Objetivo general: Liderar el proceso de gestión remota de la demanda en los establecimientos de atención primaria de la comuna, identificando brechas para la resolución oportuna de los casos, planificando acciones para resolución de problemas asociados al proceso y supervisando la correcta ejecución de acciones asociadas a la gestión remota de la demanda.

Objetivos específicos:

- Participar en el desarrollo y actualización de planes de implementación de gestión remota de la demanda, acorde a los estándares establecidos a nivel nacional, en los establecimientos de la comuna.

⁴⁶ Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;1(1):CD000313.

- Realizar proceso de diagnóstico y monitoreo de brechas y nodos críticos asociados a la implementación de la gestión remota de demanda.
- Monitorear los indicadores de la estrategia planificando acciones de mejora en aquellos resultados críticos.
- Acompañar a los equipos de los establecimientos de salud en la resolución de nodos críticos y la mejora de la usabilidad de la estrategia.
- Ejercer como contraparte de los referentes del Servicio de Salud y Ministerio de Salud, para la coordinación de la correcta implementación y desempeño de la estrategia.
- Establecer flujos a nivel comunal y de la red de salud para la resolución de casos que requieren la intervención de múltiples instituciones.
- Comunicarse con los gestores de casos locales para la derivación de pacientes que requieran de su función.

Perfil profesional:

Se sugiere que este rol sea desempeñado por un profesional de salud, que tenga experiencia en gestión de casos y que tenga un amplio conocimiento respecto al funcionamiento de la red de establecimiento de Atención Primaria en Salud de la comuna.

Este profesional debe contar con conocimientos respecto a:

- Gestión de agendas en establecimientos de Atención Primaria
- Manejo de herramientas para realizar monitoreo de indicadores
- Conocimiento de la red de atención local
- Conocimiento de la estrategia Telesalud.

2.3 Implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema complejo, creciente y con un alto impacto en las personas, sus familias y el sistema de salud, situación que desafía a los equipos a generar nuevas formas de atención y, junto con ello, superar la fragmentación generada por una oferta de salud que se organiza en programas de atención, los cuales están principalmente centrados en enfermedades específicas, situación que afecta en gran medida los resultados de salud, así como también, la experiencia de las personas en su proceso de atención.

Se estima que 2,5 millones de personas en Chile tienen cinco o más condiciones crónicas diagnosticadas⁴⁷, cifra que se incrementa cuando consideramos a las personas en condición de multimorbilidad, es decir que tienen 2 o más condiciones crónicas diagnosticadas (9,7 millones). Esta población presenta mayor mortalidad ajustada por edad, un mayor riesgo de hospitalización con estadías más prolongadas, es decir, se encuentran en condición de mayor

⁴⁷ (Margozzini & Passi, 2018)

vulnerabilidad; pero también tiene consecuencias para el sistema, pues significa también una mayor utilización de recursos sanitarios.

En este escenario, el sistema de salud debe realizar cambios con sentido de urgencia que se orienten a transitar desde la fragmentación a la integralidad de la atención, de la focalización centrada en la enfermedad a la entrega de cuidados integrales y centrados en la persona y su familia, el paso de una atención centrada en el déficit a una atención capaz de promover los recursos de la persona, condición base para la generación de planes de cuidado consensuados a lo largo del curso de vida.

Es por ello, que en las comunas que se incorporan a la Atención Primaria Universal se trabajará en los cambios mencionados anteriormente, a través de la implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Personas (ECICEP), cuyo objetivo es que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas, que además consideren las condiciones del entorno y garanticen la calidad y eficiencia en los procesos de atención. Todo ello en el marco de dar respuestas pertinentes a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus familias, el equipo de salud y la comunidad.

El contenido de esta sección se basa en el documento de **“MARCO OPERATIVO DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADOS EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN EL CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”**, el cual profundiza y describe detalladamente los elementos esenciales para la implementación de la estrategia, las acciones que realizan los actores institucionales e individuales, los registros asociados y el marco de evaluación.

- [Descripción de la ECICEP](#)

Esta estrategia es una nueva forma de organizar los procesos de atención, las prestaciones de salud y de proveer cuidados a la población en la red de salud pública, fortaleciendo y contribuyendo con ello a la operacionalización de los tres principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS): centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado. Esta estrategia, además, se desarrolla y toma en consideración las características epidemiológicas de la población, sus necesidades y las condiciones territoriales en las que habitan y desarrollan.

La ECICEP tiene dos bases para su implementación: La estratificación de la población en donde ya no miraremos a las personas según el programa de salud al cual asisten, si no a una estratificación que les asigna un riesgo y por otro lado cambios en el proceso de atención donde su mayor cambio se enfoca en la provisión de los servicios que el sistema de salud le entrega a las personas, el cual se operacionaliza a través de cuatro líneas estratégicas: 1)

promoción y prevención, 2) responsabilidad y autonomía de las personas, 3) continuidad de cuidados, 4) intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades. Cada una de ellas propone algunas acciones que permiten acompañar a las personas en el cuidado de su salud.

Para que las intervenciones sean eficientes, se debe realizar la estratificación de la población, la cual define niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales, identificando en base al conteo de patologías ponderado, diferentes tipos de requerimientos e intervenciones en cada grupo, con el fin de manejar mejor su condición crónica y evitar ingresos hospitalarios y/o demandas de urgencias. Además, facilita la definición anticipada de acciones de salud que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuros.

Los principales cambios que se deben promover e integrar en el marco del desarrollo de la ECICEP, son:

- a) Fortalecer el rol de acompañamiento de los equipos de salud: se insta a que el equipo aborde integralmente a las personas que atienden, considerando la historia de vida, potencialidades, percepción que tiene respecto del proceso salud – enfermedad en el que se encuentra y entrega de apoyo para el reconocimiento y cambio de conducta en salud.
- b) Contribuir a favorecer las condiciones de acceso, integración y valoración de las personas en salud: esto involucra el desarrollo de acciones que favorezcan la gestión del cuidado integral y centrado en la persona, a través de herramientas como la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados costo-efectivos y de calidad.
- c) El cuidado según la complejidad de salud de las personas: Los procesos de cuidado se organizan conforme el nivel de complejidad de las personas, favoreciendo el desarrollo de acciones de salud acordes a sus necesidades y características. Permite poner el foco, en “personas según riesgo y no en enfermedades” y, por otro lado, identificar a la población sin condiciones crónicas o riesgo no detectado las cuales se benefician de las medidas poblacionales a nivel nacional, en donde el acento son las prestaciones que enfatizan la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- d) Ingreso a cuidado integral en duplas de profesionales: médico y profesional gestor, este último es un facilitador de la provisión de cuidados a la persona y su familia, con énfasis en apoyo al automanejo.
- e) Incorporación progresiva: Se inicia con el grupo de alto riesgo y progresivamente se incorporan los otros grupos de menor complejidad. En la primera interacción, se efectúa una valoración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona y se registran los antecedentes relevantes del proceso

salud-enfermedad. El ingreso integral es una oportunidad única para construir confianza, promover la participación activa de la persona, educar respecto a factores de riesgo de su condición y establecer acuerdos consensuados los cuales se reflejarán en el Plan de Cuidado Integral, que considera seguimiento y continuidad en los ámbitos de acción que corresponden a la persona y al equipo.

- Factores para la implementación de la ECICEP

Para la implementación exitosa de la estrategia, se enumeran algunos factores claves, los cuales se organizan según cinco funciones. Estos factores serán trabajados en el marco de la instalación inicial:

- **Función: Organización del Sistema de atención**

- Estratificación de la población
- Fortalecimiento de equipos multidisciplinarios (incluye capacitación y formación continua)

- **Función: Vinculación con la comunidad**

- Conocimiento del territorio, su población y determinantes sociales de la salud
- Desarrollo de relaciones colaborativas orientadas a la salud y bienestar de la comunidad
- Reconocer recursos e incorporación de activos comunitarios para aumentar bienestar de las personas.

- **Función: Apoyo y soporte al automanejo**

- Promover la implicancia de las personas en su proceso de salud y enfermedad a través de la toma de decisiones compartida y la elaboración del plan de cuidados integral consensuado.
- Generar condiciones para involucrar la red de apoyo familiar y/o significativa de la persona en su proceso de salud enfermedad

- **Función: Gestión Asistencial**

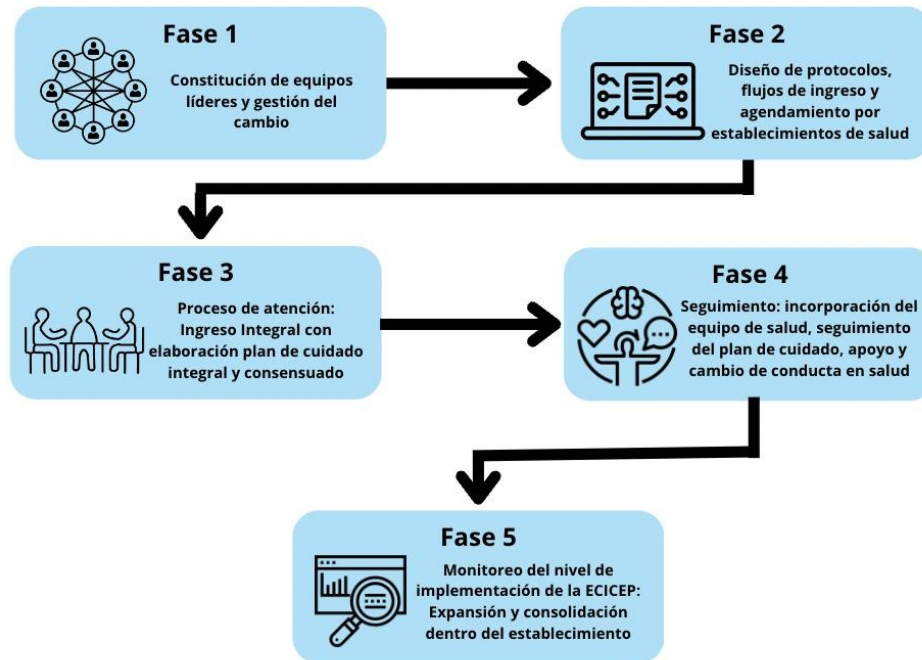
- Contar con protocolos de gestión de demanda asistencial, multidisciplinarios
- Continuidad de los cuidados con equipos en los distintos niveles de atención

- **Función: Desarrollo de sistema de información clínica**

- Definición de flujos y orientaciones que favorezcan el registro de prestaciones desde el registro clínico electrónico.

Para la implementación de la ECICEP, se identifican cinco etapas, cada una de ellas con acciones concretas que deben ser llevadas a cabo.

Diagrama 7. Fases para la implementación de la ECICEP



- **Fase 1: Constitución de equipos líderes y gestión del cambio**

La gobernanza para la instalación de la ECICEP es necesaria tanto a nivel de Servicio de Salud, comuna y establecimientos de salud, lo que se logra a través de la constitución de equipos líderes, que cuenten con la capacidad de conducir y gestionar los cambios necesarios para la implementación de la estrategia. Es por ello, que quienes integren estos equipos, deben tener conocimiento sobre el MAIS y reconocer los principales cambios que trae la ECICEP, pero, además, contar con capacidades de trabajo en equipo y de liderar procesos de cambios a largo plazo.

La gestión del cambio es crucial al momento de implementar esta estrategia, pues se requiere capacidad de coordinación en el establecimiento, a nivel del equipo de salud y de éstos con las personas, familias y la comunidad. Por otra parte, en la medida en que los miembros de los equipos comparten la necesidad de cambio y la forma de desarrollarlo, será más fácil contar con su motivación y focalización en la tarea de llevarlo adelante.

La gestión de cambio también considera la operacionalización de los principios del MAIS antes mencionados, donde la centralidad en la persona toma gran relevancia a través de la toma de decisiones compartidas, enfoque en el que profesionales y personas toman decisiones conjuntamente utilizando la mejor evidencia disponible. Los profesionales de salud deben animar a las personas a reflexionar sobre las opciones de detección,

tratamientos disponibles y los posibles beneficios o perjuicios de cada una de ellas, con el objetivo que las personas puedan comunicar sus preferencias y elegir la mejor opción para ellos bajo el apoyo del equipo de salud, de esta forma aumentar adherencia a su tratamiento y obtener mejores resultados en su salud.

El rol principal de los equipos líderes es deconstruir el quehacer de los referentes temáticos para transitar hacia un quehacer articulado e integral; para ello, se sugieren las siguientes acciones que deben ser llevadas a cabo por este equipo:

- Jornadas de sensibilización, en donde se aborde sobre la urgencia y el sentido del cambio, además de la difusión de la ECICEP propiamente tal.
- Generar instancias de coordinación orientadas a lograr definiciones compartidas en los equipos líderes de los establecimientos de la comuna, en que se definan los resultados esperados, se revise evidencia y se compartan los conocimientos basados en la experiencia de pares, de quienes ya han iniciado la implementación.
- Planificar la capacitación de los equipos en temáticas relativas a la ECICEP, como lo son: cuidado integral, gestión del cambio, automanejo, toma de decisiones compartidas, salud comunitaria, activos comunitarios, entre otros. Este paso adquiere especial relevancia, como un requisito sin el cual no es posible implementar la gestión del cambio.
- Planificar y ejecutar reuniones de información a la ciudadanía, en las que se comunique el proceso de gestión de cambio implementado y se recojan e integren las visiones y opiniones de la comunidad.
- Planificar los espacios de trabajo de los equipos líderes de los establecimientos, para lo cual se espera la construcción del calendario de reuniones de equipo de los centros de salud con los referentes de la comuna y del Servicio de Salud, con el objetivo de ir acompañando el proceso de instalación de la ECICEP en el territorio

Esta es una etapa fundamental y que se lleva a cabo durante todo el proceso de instalación e implementación, es decir, a propósito de las acciones que se llevan a cabo, se fortalece la estrategia en función de la realidad territorial.

- [Fase 2: Diseño de protocolos, flujos de ingreso y agendamiento por establecimiento de salud](#)

Es importante que cada equipo de los establecimientos de salud defina de manera colectiva los protocolos en los que se definen los flujos de ingreso y cómo se realizarán los agendamientos en la estrategia, lo cual debe ser coherente con la realidad de cada territorio de la comuna, según su población a cargo. Se sugiere que, aplicando el enfoque de equidad, los ingresos se inicien con la incorporación de la población con mayores condiciones de

riesgo (G3) y luego el abordaje de personas con menor riesgo, con el fin de incorporar desde el inicio la línea estratégica de promoción y prevención de la estrategia.

Las acciones que se sugiere desarrollar en esta etapa son:

- Organización de duplas gestoras del cuidado integral o gestores de caso: se debe definir quiénes, considerando el perfil de los profesionales y técnicos de la estrategia, y el tiempo de dedicación. Para iniciar, se estima que por establecimiento se deben destinar 11 horas de profesional categoría A, 44 horas de profesional categoría B y 44 horas de técnico de enfermería.
- Definición de los criterios para el ingreso de personas a la estrategia.
- Elaboración de los flujogramas de ingreso, los que deben dar cuenta del tránsito de la persona por el establecimiento de salud, considerando tanto a personas que se encuentran en control en atención primaria, como aquellas que sean referidas desde otros niveles, o bien realicen su primer contacto con la Red de Salud de alguna atención en un Servicio de Urgencia.
- Planificación de las agendas de atención según riesgo, para lo cual se debe identificar con claridad los rendimientos de cada atención y el sistema de registro. Se sugiere revisar Marco Operativo para conocer rendimiento, concentraciones y estamento según cada prestación.
- Revisión de fichas y organización de la información, para la construcción de planes consensuados y para el seguimiento y gestión de casos.

Es fundamental en esta etapa, contar con la estratificación de la población, con el objetivo de organizar el sistema de atención.

- **Fase 3: Proceso de atención: Ingreso Integral con elaboración de plan de cuidado integral y consensuado**

Una vez se concrete el ingreso de usuarios/a la estrategia, una acción crucial es la elaboración del plan de cuidado integral y consensuado. Este sintetiza y ordena las metas, objetivos y acuerdos definidos entre la persona y el equipo de salud para avanzar hacia mayores niveles de bienestar y compensación de sus condiciones de salud. En el plan, persona y equipo acuerdan a través de la toma de decisiones compartidas metas a corto, mediano y largo plazo que permitan avanzar participativamente en los cuidados y nivel de automanejo de la situación crónica de salud que afecta a la persona con el objetivo de realiza cambios de conducta en salud, modificando factores de riesgo.

El acuerdo consensuado intenta romper las estructuras programáticas verticales que entregan indicaciones, independiente de la necesidad e interés que manifieste la persona.

Por lo mismo, se debe reiterar que cada plan de cuidado integral se fundamenta en decisiones y responsabilidades compartidas, es único y personalizado para cada persona, su familia y entorno.

- Fase 4: Proceso de atención y seguimiento: incorporación del equipo de salud, seguimiento del plan de cuidado, apoyo al automanejo y cambio de conducta en salud de la persona

El automanejo puede ser entendido como la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar los síntomas y tratamientos de sus condiciones o patologías, cambiar estilos de vida y abordar las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de presentar condiciones crónicas.

Cuando una persona es diagnosticada con una o más condiciones crónicas, además de superar los problemas físicos y emocionales que ello implica, tendrá que realizar cambios en su vida diaria, tales como: tomar medicamentos, adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio, desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad, manejar síntomas y tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud.

Para que todo lo anterior ocurra, el equipo de salud debe estar coordinado, y el plan de cuidado de la persona es la hoja de ruta para que esta transite dentro de este nivel de atención donde cada integrante del equipo puede entregarle herramientas y apoyo en el automanejo a la persona según lo requiera.

Es relevante que el equipo de salud tenga conocimiento de las recomendaciones y circulares emanadas desde el Ministerio de Salud en las que se incorpora el abordaje integral de la persona desde cada línea programática, entregando lineamientos prácticos para generar el cambio real de paradigma de la atención fragmentada a la atención integral.

- Fase 5: Monitoreo del nivel de implementación de la ECICEP, expansión y consolidación dentro del establecimiento

Se debe considerar que la implementación de la estrategia es un proceso dinámico, para lo cual existen diversas herramientas que favorecen lograr un cambio exitoso. La estrategia dispone de rúbricas que orientan sobre las acciones que habilitan la correcta implementación, la que pueden ser aplicadas a nivel de Servicio de Salud, Autoridades, referente comunal y equipos de salud de los establecimientos.

Estas pautas pueden ser revisadas en detalle en el apartado de anexos del Marco Operativo de la ECICEP.

El análisis de los registros clínicos y estadísticos también permite incorporar mejoras en base a la experiencia local de implementación, realizando ajustes basados en los hallazgos producto de estas revisiones.

2.4 Fortalecimiento ECICEP: Mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental

La integración de la salud mental en la APS, en el marco de la ECICEP, es fundamental para avanzar hacia una atención integral y centrada en las necesidades de las personas. Se busca transversalizar la salud mental en todas las prestaciones de APS, asegurando cuidados oportunos y pertinentes.

La estratificación de la población permite identificar riesgos y necesidades específicas, incorporando la salud mental como un componente central en este análisis. En ese sentido, el ingreso integral a la ECICEP, es un momento clave para abordar de manera inicial y sistemática tanto las condiciones físicas como mentales de las personas. Este espacio no solo facilita la evaluación de múltiples dimensiones del bienestar, sino que también representa una oportunidad crucial para la detección precoz de riesgos o necesidades de salud mental, más allá de los trastornos clínicos. La aplicación de instrumentos validados, como el PHQ-9 o el Yesavage (entre otros), junto con técnicas como la entrevista motivacional, permite al equipo de salud identificar áreas de apoyo, establecer planes de acción temprana y fortalecer el vínculo terapéutico.

El equipo de salud juega un rol fundamental en este proceso, al integrar la salud mental como un eje transversal en los cuidados integrales. Esto implica no solo la identificación y manejo de trastornos, sino también la promoción de factores protectores, la consejería, y el apoyo en el automanejo para fomentar el bienestar de las personas.

Los planes de cuidado integral consensuados aseguran que la salud mental sea un componente esencial, integrando tanto el tratamiento de condiciones específicas como la promoción de estrategias de bienestar. Estos planes deben ser elaborados en conjunto con las personas, promoviendo su participación y fortaleciendo su capacidad de gestionar su salud. El plan de cuidado de salud mental debe estar inserto en el Plan de Cuidado Integral Consensuado.

Esta integración posiciona a la APS como un espacio estratégico para abordar la entrega de cuidados de salud mental a las personas, ofreciendo cuidados accesibles, oportunos y alineados con los principios del MAIS.

Considerando lo anterior, se están realizando esfuerzos para avanzar en la integración de la salud mental en APS como parte de la ECICEP. Una de las iniciativas que complementa este objetivo es la estrategia de mejora de la calidad de la atención de salud mental en APS (en adelante “rediseño de la atención de SM”), la cual es impulsada desde el Ministerio de Salud y que considera la implementación de aspectos clínicos y de gestión. Esto permitió identificar puntos de encuentro concretos entre la ECICEP y la estrategia de

“Rediseño”, pero en el marco de la Reforma, se buscará la integración de la atención de salud mental en el contexto de la atención integral de las personas, lo que surge como una alternativa que permite responder a las necesidades anteriormente enunciadas.

Este ámbito de la APS Universal consiste en organizar el proceso de atención de las personas con problemas o trastornos de la salud mental, que se ajuste al nivel de complejidad y cuidados requeridos, en el marco de la implementación de una estrategia de cuidado integral para la población que se atiende en atención primaria.

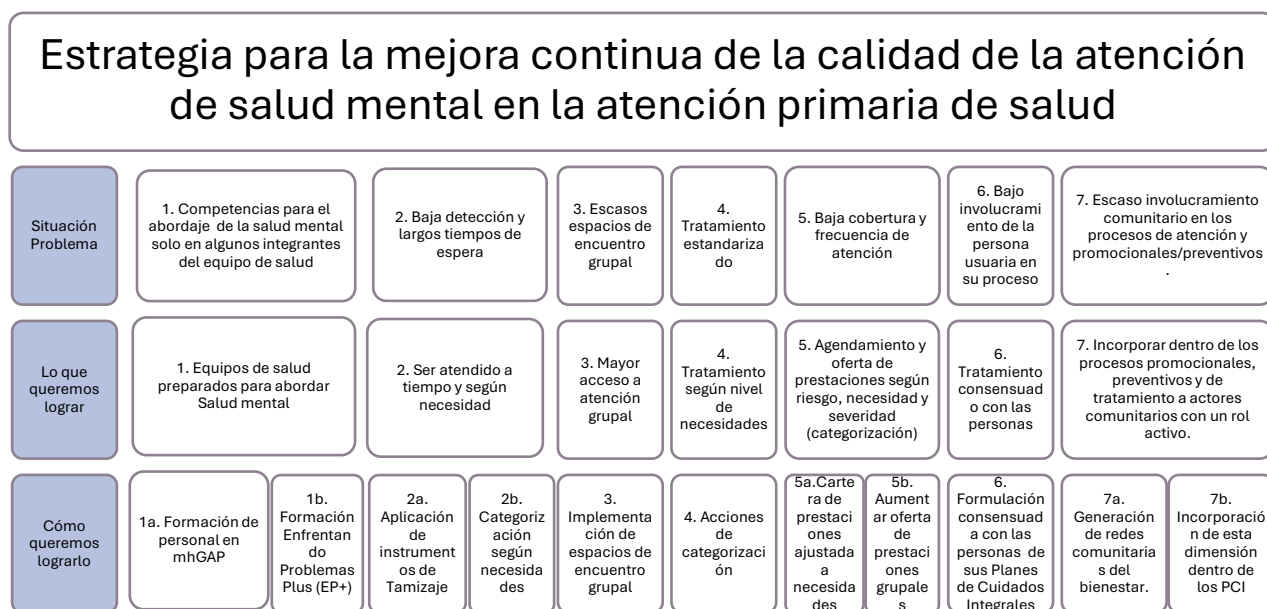
Las acciones de este ámbito se enmarcan en un proceso global de mejora continua de la calidad de la atención de salud mental en APS, por lo que, si bien se implementa para el fortalecimiento de la ECICEP, estos no se concentran ni se limitan únicamente a personas que estén siendo abordadas bajo ECICEP.

El proceso de rediseño de la atención de SM, surge como una estrategia para abordar los principales problemas detectados en la calidad de atención, entre ellos: baja cobertura de la atención, baja concentración de actividades asistenciales por persona, la misma oferta de atención para todos (sin considerar las necesidades particulares), planes de cuidados que no son consensuados con el usuario, énfasis en la atención individual por sobre lo grupal y elevados tiempos de espera para acceder a la primera atención, lo que resulta particularmente complejo dada la alta demanda de atención en nivel primario en términos de salud mental.

De la problematización surge la propuesta del rediseño de la atención de SM, la cual busca ordenar y organizar las acciones clínicas a lo largo de toda la trayectoria de atención de las personas dentro de la Atención Primaria, para que puedan obtener mejoras perceptibles durante su proceso de atención.

El diseño global de la mejora continua, cuya implementación es gradual, aborda los siguientes aspectos:

Ilustración 8. Esquema de la estrategia de mejora de la calidad de la atención de salud mental en Atención Primaria



La estrategia se focaliza en reorientar los siguientes hitos del proceso de atención:

1. Detección precoz y categorización: aplicación de instrumentos para la detección temprana de factores de riesgo, problemas y/o trastornos de salud mental, acciones de categorización al ingreso en base a los riesgos, severidad y complejidad con la respectiva consejería y referencia asistida, cuando corresponda.
2. Acompañamiento inicial: acciones de preingreso o acompañamiento, para los usuarios que requieren atenciones de salud mental en el marco de tratamiento previo a la confirmación diagnóstica, favoreciendo la motivación y adherencia según lo especificado en el Plan de Cuidados Integrales (PCI)
3. Vinculación de los usuarios/as sin riesgo a las acciones promocionales y preventivas que brinda el establecimiento (activos comunitarios).
4. Tratamiento según necesidades: implementación de procesos de tratamiento según necesidades de atención específicas de las personas, privilegiando la realización de intervenciones psicosociales grupales.
5. Alta clínica, seguimiento y reforzar la vinculación con las redes comunitarias de bienestar existentes en el territorio trabajada en el PCI., considerando la disponibilidad de activos comunitarios en salud identificados por los equipos de salud y comunidad.

Los hitos antes descritos dan cuenta de la organización de los procesos clínicos. Para favorecer la implementación de estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención, es preciso instalar una serie de fases las que serán evaluadas a través de un instrumento denominado rúbrica, de forma periódica lo que permitirá identificar brechas de mejora e instalar estrategias específicas para avanzar en cada establecimiento.

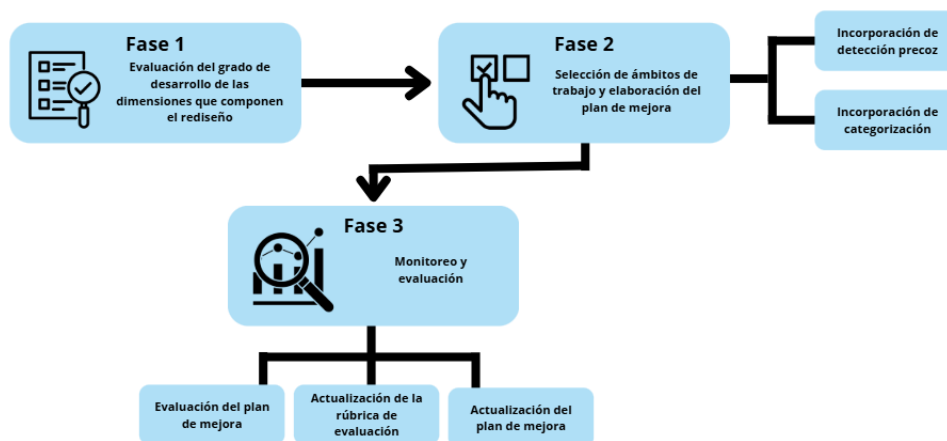
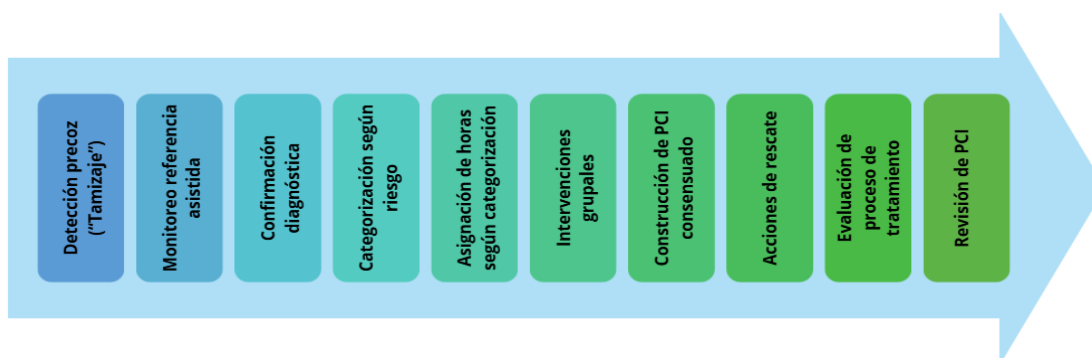


Diagrama 8. Fases para la mejora de la calidad de la atención de salud mental en APS

- Fase 1: Evaluación del grado de desarrollo de las dimensiones que componen el rediseño

Esta primera etapa tiene por objetivo identificar las brechas de mejora de la calidad de la atención de salud mental, con el fin de establecer los aspectos iniciales que se abordarán. La rúbrica contiene once dimensiones, y la aplicación del instrumento permite establecer la línea base desde la cual se implementarán acciones de mejora que permitan avanzar en la calidad de los servicios otorgados a las personas usuarias, desde la mirada integral de todo el equipo de salud.

Ilustración 9. Dimensiones de la calidad de la atención de salud mental en atención primaria de salud



A continuación, se describen las dimensiones que son evaluadas en la rúbrica, en la cual se espera que la comuna evalúe si tienen algún grado de desarrollo en cada una de ellas, utilizando una escala de 0 (menos desarrollo) a 3 (mayor desarrollo):

1. *Detección precoz en salud mental:* consiste en la aplicación de uno o más instrumentos definidos por el ministerio de salud, para detectar oportunamente alteraciones o condiciones de salud mental, lo que permite priorizar la demanda basados en los riesgos y necesidades de atención. Este proceso será realizado por un profesional de la enfermería, quién deberá formar y capacitar a otros miembros del equipo del establecimiento de salud para transversalizar estas acciones y generar conjuntamente espacios de prevención, en salud mental, consejería y referencia asistida. La acción de tamizaje también puede ocurrir en espacios de atención intramurales o en entornos comunitarios.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Tamizajes de SM	Realizar tamizajes de salud mental a todas las personas que lo requieran. Este tamizaje será realizado por los miembros del equipo de salud de APS capacitados	Equipo de Salud no aplica instrumentos de tamizaje en salud mental	Equipo de Salud aplica instrumentos de tamizaje en salud mental solo a algunas personas, sin un carácter universal	Equipo de Salud aplica instrumentos de tamizaje en salud mental a la mayoría de las personas, pero no tiene un carácter universal	Equipo de Salud aplica instrumentos de tamizaje en salud mental a todas las personas, tiene un carácter universal

2. *Monitoreo de la referencia asistida:* esta actividad se lleva a cabo sobre aquellas personas a las que se les aplicó el instrumento de detección precoz, y tiene por objetivo orientar un diagnóstico temprano recopilando antecedentes relevantes y por sobre todo fomentar la motivación y adherencia acompañando a la persona hasta que la confirmación diagnóstica.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Acciones de monitoreo a la referencia asistida	Diversidad de acciones ejecutadas por el equipo de salud con el objetivo de monitorizar estado de salud de la persona y mantener adherencia a atenciones de salud entre el momento de la derivación y confirmación diagnóstica	No realiza ninguna acción motivacional o de monitoreo previo a la confirmación diagnóstica	Realiza acciones motivacionales o de monitoreo previo al ingreso a la confirmación diagnóstica para algunos usuarios	Realiza acciones motivacionales o de monitoreo previo al ingreso a confirmación diagnóstica para la mayoría de los usuarios	Realiza acciones a todos los usuarios para mantener la motivación y/o monitorear el estado del usuario previo al ingreso a la confirmación diagnóstica

3. *Confirmación diagnóstica:* acción realizada por el médico/a, a partir de la aplicación de instrumentos de detección precoz y la identificación inicial de la categorización y anamnesis. Para que ocurra se requiere una atención de salud.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3

Confirmación Diagnóstica	Actividad ejecutada por equipo de salud, liderado por profesional médico que tiene por objetivo determinar un diagnóstico inicial del usuario con los actos clínicos y administrativos que esto implica. Se debe disminuir los tiempos desde tamizaje a la realización de la confirmación diagnóstica.	Más de 45 días después de la realización del tamizaje.	Dentro de 45 días a partir de la realización del tamizaje.	Dentro de un mes a partir de la realización del tamizaje.	Dentro de 2 semanas a partir de la realización del tamizaje.
--------------------------	--	--	--	---	--

4. *Categorización según riesgo*: busca determinar el nivel de atención que requiere la persona, en función de su perfil de riesgo y/o necesidades y factores protectores, lo cual orienta los tipos de requerimientos y determina las intervenciones según la categorización. Además, define anticipadamente las acciones de salud que se adaptan a sus necesidades de cuidados sanitarios futuros.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Categorización de necesidades de atención en Salud Mental	Definición de perfil de riesgo/necesidades y factores protectores, lo que permite definir anticipadamente acciones de salud que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuros.	No establece criterios de diferenciación para la atención de usuarios según perfil de riesgo/necesidades.	Tiene algunos criterios de diferenciación para la atención de usuarios según perfil de riesgo/necesidades, pero no son conocidos y/o implementados por el equipo.	Tiene criterios de diferenciación para la atención de usuarios según perfil de riesgo/necesidades claramente establecidas, pero no son conocidos y/o implementados por el equipo.	Tiene criterios de diferenciación para la atención de usuarios según perfil de riesgo/necesidades claramente establecidos, conocidos e implementados por el equipo.

5. *Asignación de horas según categorización*: para la gestión eficiente de horas y la efectividad de su uso, es fundamental la participación de la jefatura de la unidad correspondiente (SOME, otro) y definir procedimientos asociados a la dación de horas basados en la categorización de la persona, es decir, designar las horas de atención en función de su categorización y del plan de cuidado integral consensuado de cada persona.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Asignación de horas	Conjunto de actividades que tienen por objetivo la entrega de una cartera de horas de atención programadas para cada persona en función de su PCI y así asegurar la atención de salud según lo establecido. Se consideran criterios que influyen en el agendamiento como categorización, gestión eficiente de la lista de espera y factibilidad de asistencia de la persona.	No asigna horas de atención según nivel de categorización.	Asigna horas de atención considerando algún nivel de categorización o priorización.	Asigna horas de atención según nivel de categorización, sin considerar disponibilidad de los usuarios.	Asigna horas de atención según nivel de categorización, considerando disponibilidad de los usuarios.

6. *Intervenciones grupales:* implica considerar la realización de intervención psicosocial grupal como parte de los controles y acciones de respuesta a problemas de salud mental, para ofertarlo como parte del tratamiento a grupos específicos de la población. Ejemplo de estas intervenciones, son: psicoeducación, grupos de apoyo mutuo, programas de habilidades sociales, entre otros.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Implementación de Intervenciones Grupales	Intervención Psicosocial Grupal dirigida a grupos específicos para abordar las temáticas de salud y que forman parte de los controles de salud mental por lo que pueden ser realizadas por cualquier miembro del equipo de salud capacitado. Estas se ejecutan en los problemas de salud mental con mayor prevalencia tales como depresión, alcohol y drogas, violencia, ansiedad, trastornos hipercinéticos y de la infancia u otras problemáticas de salud mental, y se pueden ejecutar en el CESFAM o algún lugar de la comunidad a más de 1 persona, con el objetivo de entregar tratamiento a la persona.	Equipo no implementa Intervenciones Grupales.	Equipo implementa Intervenciones Grupales en la mayoría de los casos/perfiles.	Equipo implementa Intervenciones Grupales solo para algunos casos/perfiles.	Equipo implementa habitualmente Intervenciones Grupales.

7. *Construcción del plan de cuidado integral consensuado:* diseño estratégico de la intervención para cada persona que se elabora basado en la evaluación de la persona, incorporando el componente de toma de decisión compartida con la persona, e incluso con la familia en algunos casos. Este plan de cuidado se debería realizar dentro del primer mes de tratamiento.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Construcción de PCI junto al usuario	Esta estrategia apunta al aumento de realización de planes de cuidados integrales que es un instrumento que explicita un diseño estratégico de intervención para cada persona, elaborado en base al motivo de consulta y a la evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la persona y si procede, a la familia y red de apoyo. La estrategia apunta a la construcción del PCI de manera conjunta entre el usuario y el equipo de salud además dentro del primer mes de tratamiento.	Equipo no realiza PCI	Equipo realiza PCI de manera no consensuada entre equipo y el usuario, y en un período de tiempo mayor al primer mes de tratamiento	Equipo realiza PCI de manera consensuada entre equipo y usuario o dentro del primer mes de tratamiento (1 criterio cumplido)	Equipo realiza PCI de manera consensuada entre equipo y usuario y dentro del primer mes de tratamiento (2 criterios cumplidos)

8. *Atenciones de rescate:* acciones cuyo objetivo son mejorar la adherencia de las personas a sus controles, ya sean individuales o grupales. Se requiere contar con protocolos locales y debe considerar el uso de distintas herramientas para facilitar el contacto, tales como mensajería de texto, llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Acciones de rescate	Acciones que tienen por objetivo mejorar la asistencia de usuarios inasistentes a tratamiento, ya sea actividades individuales o grupales, en base a protocolos locales mediante la ejecución de acciones como mensajería de texto, llamadas telefónicas o visitas domiciliarias u otro.	Equipo no realiza acciones de rescate (VD ni llamados) en los usuarios con falta de adherencia al proceso.	Equipo realiza acciones de rescate (VD o llamados) en algunos casos de usuarios con falta de adherencia al proceso.	Equipo realiza acciones de rescate (VD o llamados) en la mayoría de los casos de usuarios con falta de adherencia al proceso.	Equipo realiza acciones de rescate (VD ni llamados) en todos los usuarios con falta de adherencia al proceso.

9. *Evaluación del proceso de tratamiento:* evaluación del resultado de las acciones ejecutadas durante el tratamiento. Además, el equipo de cabecera debe aplicar el mismo instrumento de detección precoz aplicado al ingreso, y según los resultados se determinará la continuidad del proceso, egreso clínico o derivación a especialidad.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Evaluación de proceso de tratamiento	Evaluación del "impacto" de las acciones ejecutadas en la salud del usuario a lo largo del tratamiento mediante instrumentos (Resultados Reportados por el Paciente (Patient-Reported Outcome Measure, PROMs))	El equipo tratante no realiza evaluación de proceso de tratamiento periódicamente ni utiliza instrumento para estos fines.	El equipo tratante realiza evaluación de proceso de tratamiento, pero ésta no es periódica o bien no utiliza instrumento para estos fines.	El equipo tratante realiza evaluación de proceso de tratamiento periódicamente o pero no utiliza instrumento para estos fines.	El equipo tratante realiza evaluación de proceso de tratamiento periódicamente y utiliza instrumento para estos fines.

10. *Revisión del plan de cuidado integral:* se debe evaluar el cumplimiento de los objetivos del plan de cuidado integral consensuado, con una frecuencia mínima trimestral. Esto se realiza junto al usuario/a, evaluando avances y/o retrocesos en las distintas áreas.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Sin desarrollo	Bajo Desarrollo	Medio Desarrollo	Alto Desarrollo
		0	1	2	3
Revisión de PCI	Actividad que tiene por objetivo la entrega de información del cumplimiento de los objetivos planteados en el periodo que se lleva de intervención, manifestándoles los avances y retrocesos en distintas áreas, de manera metódica, periódica y escrita al usuario.	El equipo de salud no evalúa estado de avance de forma metódica, periódica y escrita en usuarios con PCI elaborado	El equipo de salud evalúa estado de avance de forma metódica o periódica o escrita en usuarios con PCI elaborado (1 criterio cumplido)	El equipo de salud evalúa estado de avance de forma metódica y/o periódica y/o escrita en usuarios con PCI elaborado (2 criterios cumplidos)	El equipo de salud evalúa estado de avance de forma metódica, periódica y escrita en usuarios con PCI elaborado (3 criterios cumplidos)

- Fase 2: Selección de los ámbitos de trabajo y elaboración del plan de mejora

Tras el diagnóstico del grado de desarrollo de las dimensiones del mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental, se deben identificar aquellas que serán incluidas en el plan de trabajo anual. Se recomienda discutir sobre aquellas que no lograron la puntuación máxima y decidir, de manera consensuada con el equipo, cuáles dimensiones serán priorizadas, ya sea porque reflejan alguna prioridad local o porque el equipo identifica que constituyen una acción base que habilita trabajar en las otras dimensiones.

Si bien se aplica la Rúbrica completa, el plan de trabajo anual debe considerar cuatro dimensiones en el plan de mejora, siendo dos de carácter obligatorio para todos quienes implementan el rediseño de SM (detección precoz y categorización) y dos dimensiones que son definidas a nivel local según brechas identificadas y prioridades a trabajar. Este plan permite construir una estrategia que permita avanzar en el nivel de desarrollo de las dimensiones que componen la calidad de la atención de salud mental.

Para cada una de las cuatro dimensiones que se trabajarán durante el año, se debe generar un Plan de Mejora que permita avanzar en calidad en cada corte evaluativo.

Una vez alcanzado el máximo nivel de desarrollo en las dimensiones obligatorias “Tamizaje” y “Categorización”; las siguientes dimensiones a trabajar de forma obligatoria serán “Plan de Cuidados Integrales” o “PCI” y “Agendamiento”.

A continuación, se describen las dos dimensiones obligatorias que deben ser incluidas en el plan de trabajo el primer año:

- Dimensión de Tamizaje o detección precoz:

Pesquisar oportunamente riesgos, condiciones o trastornos de salud mental en la población general permite diagnosticar y entregar un tratamiento oportuno, lo que aumenta la posibilidad de éxito de las intervenciones. La aplicación de un instrumento que detecte factores de riesgo, problemas y/o trastornos de salud mental permitirá la categorización de la demanda según el riesgo detectado, activando el flujo y/o plan de atención según ese nivel.

Se podrá aplicar el instrumento a los siguientes grupos de personas:

- Aquellas que soliciten hora de atención por algún problema o necesidad percibida de salud mental, por cualquier vía de contacto
- Personas referidas por otros profesionales del centro de salud o del intersector por sospecha de problemas o necesidades de salud mental
- Personas que concurran a los establecimientos a otro tipo de atenciones (vacunación, control odontológico, etc.)
- Espacios comunitarios

La aplicación del instrumento puede ser aplicado por cualquier integrante del equipo de salud que cuente con la certificación de capacitación en los instrumentos utilizados. Posterior a la aplicación del instrumento se realiza una Consejería de acuerdo a los riesgos

detectado y realizar un acompañamiento hasta la referencia efectiva para ingreso al programa de salud mental en el caso de identificar una necesidad de atención o riesgos.

- **Dimensión de categorización**

La acción de categorización y provisión de servicios de acuerdo con el nivel de complejidad o cuidados requeridos es parte estructural de la estrategia de mejoramiento de la calidad en la atención de salud mental.

El procedimiento de categorización forma parte del proceso integrado de diagnóstico-intervención-evaluación.

Tabla 7. Caracterización de necesidades y prestaciones y/o acciones sugeridas por categorización en el rediseño de la atención de salud mental

Nivel de riesgo en Salud Mental	Caracterización de necesidades	Prestaciones y/o acciones sugeridas
<p>Nivel 0 (N0) Nivel de riesgo bajo</p>	<p>Malestar inespecífico, no alcanza a conformarse un cuadro clínico. que amerite ingreso a tratamiento de salud mental.</p> <p>Presencia de necesidades de apoyo social, bajas o moderadas necesidades de apoyo en ese ámbito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento y consejería - Intervenciones motivacionales - Recomendación social de activos comunitarios - Derivación institucional para apoyo social para acceso a programas u oferta de apoyo social (alimentos, pago de cuentas, acceso a la justicia) - Informes sociales - Educación grupal - Entrega de guías anticipatorias, prescripción de actividad física
<p>Nivel 1 (N1) Nivel de riesgo leve</p>	<p>Síntomas de salud mental leves pero específicos, alcanza a conformarse un cuadro clínico leve.</p> <p>Vulnerabilidad presente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso a SM dupla - Formulación de PCI - Intervención psicosocial grupal - Educación grupal con énfasis preventivo en salud mental (4 o 5 sesiones equipo multiprofesional)
<p>Nivel 2 (N2) Nivel de riesgo moderado</p>	<p>Nivel moderado de síntomas de salud mental, con motivación intrínseca al cambio y explícita necesidad de apoyo.</p> <p>Generalmente vulnerabilidad social moderada a alta.</p> <p>El usuario presenta moderada gravedad con factores de vulnerabilidad que no se contrarrestan con sus factores protectores, por lo que constituye un cuadro de complejidad moderada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso a Salud Mental • Elaboración PCI • Taller Ingreso/Acogida/Motivacional • Intervención Psicosocial Grupal • Control Médico • Control Salud Mental • Visita Domiciliaria Integral • Trabajo Intersectorial • Rescate • Seguimiento a Distancia Telefónico • Evaluación al Egreso

Nivel 3 (N3) Nivel de riesgo alto	Nivel elevado de síntomas de salud mental, altas necesidades de cuidado, con baja motivación a acceder a tratamiento, que requiere de visitas domiciliarias sistemáticas.	- Ingreso a Salud Mental - Elaboración PCI - Taller - Ingreso/Acogida/Motivacional - Intervención Psicosocial Grupal - Control Médico
	Moderada demanda de trabajo intersectorial, generalmente sin acceso a cuidados requeridos.	- Control Salud Mental - Visita Domiciliaria Integral - Trabajo Intersectorial - Consultoría de SM - Gestión de Caso - Rescate - Seguimiento a Distancia o telefónico
	El usuario presenta moderada gravedad con factores de vulnerabilidad que no se contrarrestan con sus factores protectores, por lo que constituye un cuadro de complejidad alta.	Evaluación al Egreso -Derivación comité a gestor del cuidado cuando corresponda

Riesgo alto y gravedad alta o “N4”, corresponde a la categorización asignada a los casos más complejos que requieren ser derivados a nivel secundario o especialidad.

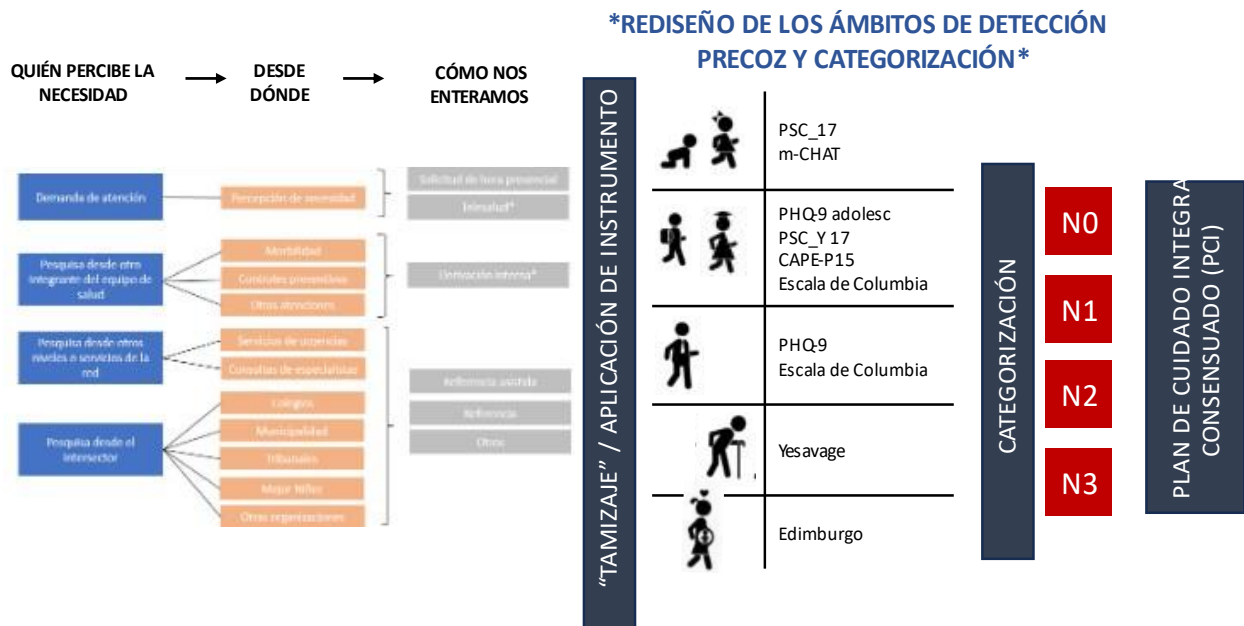
Ilustración 10. Proceso actual para el acceso de las personas a atención de salud mental



Descripción: “Quién percibe la necesidad” hace referencia a quién o quiénes determinan que existe una necesidad de abordaje de salud mental y “desde dónde” el lugar en el que habitualmente se expresa dicha necesidad. “Cómo nos enteramos” indica el mecanismo por el cuál quién percibe la necesidad la expresa al equipo de salud. Por ejemplo, una persona puede decidir que requiere atención de salud mental, mediado por su percepción de la necesidad y la expresa a través de una solicitud de atención, que puede ser presencial o de forma remota (Telesalud). “AHORA” se refiere a lo que habitualmente sucede ante la demanda de atención,

que desencadena un ingreso al “programa de salud mental”, siendo la asignación de hora según la oferta que exista, en el cual se genera una atención individual, frecuentemente estandarizada y centrada en la enfermedad con una mirada biomédica.

Ilustración 11. Proceso propuesto para el acceso de las personas y su atención de salud mental (post rediseño, ámbito diagnóstico precoz y categorización)

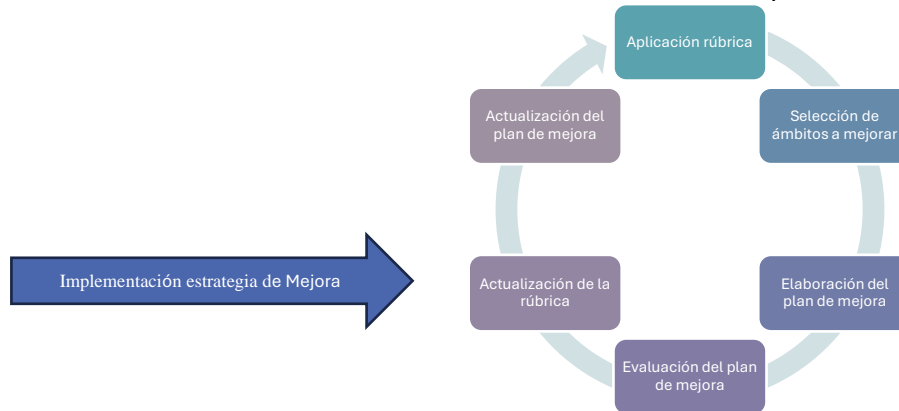


Descripción: “REDISEÑO DE LOS ÁMBITOS DE DETECCIÓN PRECOZ Y CATEGORIZACIÓN” muestra gráficamente algunas de las pruebas que se aplican por curso de vida, estas corresponden a pruebas de detección precoz que se aplican en el contexto habitual de algunas atenciones y son instrumentos validados para su uso. Tras los resultados de la aplicación del instrumento que corresponda, se categoriza el nivel de riesgo, el cual se aborda a través de un plan de cuidado integral consensuado.

- Fase 3: Monitoreo y evaluación:

El proceso de evaluación es continuo y dinámico, el cual sigue una secuencia de procesos, tal como se describe en la siguiente figura:

Ilustración 12. Resumen del proceso del mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental en atención primaria



- **Evaluación del plan de mejora**

Se debe realizar una evaluación periódica que permita determinar el grado de avance del plan de mejora y el porcentaje de cumplimiento de las actividades y tareas incluidas, con el fin de introducir medidas correctivas cuando corresponda.

Se sugiere un monitoreo continuo del cumplimiento de las tareas, señalando el estado de avance de las actividades y tareas, tomando en consideración los plazos programados.

El equipo que lidere la implementación del mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental debe monitorear continuamente el cumplimiento de las tareas, y difundir los resultados de las evaluaciones de forma ampliada al menos cada tres meses, con el objetivo de discutir y acordar acciones correctivas oportunas.

- **Actualización de la rúbrica de evaluación**

Se consideran la aplicación de la rúbrica durante la implementación del rediseño de SM. El objetivo de la aplicación de la rúbrica durante el año es evaluar si las actividades incluidas en el plan de mejora, es decir, que reflejan la ruta acordada para avanzar en el desarrollo, tienen o no, un impacto en la evaluación del logro de la dimensión. Cuando no existen avances, es preciso revisar el plan de mejora.

También es útil conocer si hay algún cambio en las dimensiones no abordadas en el plan de trabajo, para conocer si a propósito del fortalecimiento de otros ámbitos, estas se ven afectadas positiva o negativamente.

- **Actualización del plan de mejora**

Consiste en ajustar las actividades y tareas según los resultados de la re-aplicación de la rúbrica de evaluación del desarrollo de las dimensiones del mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental.

Posterior a la actualización de la rúbrica, corresponde realizar los ajustes necesarios al plan de mejora, en función de los logros y avances, o retrocesos, obtenidos en el puntaje de cada dimensión.

- **Evaluación y monitoreo de la estrategia**

La implementación de este subcomponente en articulación con ECICEP y las prestaciones de salud general, requieren un acompañamiento permanente y cercano por parte de los Referentes de salud de la comuna y Servicios de Salud, procurando facilitar y/o gestionar los espacios, tiempos y recursos humanos y financieros, para que las actividades propias de la implementación se desarrollen de forma adecuada y oportuna.

Los mecanismos de monitoreo y evaluación corresponden a la aplicación de la rúbrica en junio y noviembre y el diseño del plan de mejora en julio y diciembre. Los Informes de Planificación y Cierre se realizarán en abril y diciembre según los formatos especificados en el anexo n°14 de para estos cortes. De acuerdo con el estado de avance del primer corte en abril, el Servicio y la Comuna deberán definir medidas de acción y acompañamiento que apunten a potenciar el desarrollo de la estrategia y consiguiente consecución de metas en el marco de ECICEP.

En cuanto al monitoreo y registro de los indicadores, los informes de Planificación y Cierre deberán dar cuenta del nivel de desarrollo de los siguientes indicadores:

N°	Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Meta (Cumplimiento máximo 100%)	Pond erador
1	Porcentaje de personas evaluadas a través de tamizajes de problemáticas y/o trastornos de salud mental	Número de personas con instrumentos de tamizaje aplicado.	Número de personas comprometidas a evaluar	Planilla de registro local. Planilla con metas del programa por establecimiento. REM	100%.	35%.
2	Porcentaje de personas que reciben consejería de salud mental.	Número de personas que reciben	Número de personas evaluadas con	Planilla de registro local. REM	100%.	10%.

		consejería de salud mental	instrumento de Tamizaje.			
3	Porcentaje de personas a las cuales se les realiza Referencia Asistida.	Número de personas a las cuales se les realiza Referencia Asistida.	Número de personas que requieren referencia asistida según puntaje de evaluación.	Planilla de registro local. REM	80%	10%
4	Aumento de la concentración de actividades.	Número de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 y más años (incluye las prestaciones que se señalan ⁴⁸).	Número de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años (Factores de riesgo y condicionantes de la salud mental + trastornos mentales).	REM	Aumento del 20% ⁴⁹ en relación a la concentración de actividades acumuladas al mismo periodo del año anterior. Cumplimiento de: * 100% si el aumento es mayor o igual a 20%. * 75% si el aumento está entre 15% y menor a 20%. * 50% si el aumento está entre 10% y menor a 15%. * 0% si no existe aumento.	35%
5	Disminución de los tiempos de espera entre la fecha de tamizaje y la fecha de confirmación diagnóstica.	Promedio de días de espera para confirmación diagnóstica de salud mental posterior al tamizaje año anterior	Promedio de días de espera para confirmación diagnóstica de salud mental posterior al tamizaje año anterior.	Planilla registro paralelo REM	Disminución de un 20% de los tiempos de espera entre la fecha de tamizaje y la fecha de confirmación diagnóstica en relación al mismo período el año anterior ⁵⁰ .	10%

⁴⁸ Incluye controles de salud mental, intervenciones psicosociales grupales, acciones telefónicas de salud mental en a PS, controles de salud mental remotos en PS. Consultoría de salud mental. Tele consultoría de salud mental, consejería familiar con integrantes con problemas de salud mental. Consejería familiar a familias con adulto mayor con demencia. Visita domiciliaria a familias con integrantes con problemas de salud mental. Visita domiciliaria familia con adulto mayor con demencia. Visita domiciliaria familia con niños de 5 a 9 años con problemas y o trastornos de salud mental. Consultas médicas, de salud mental.

⁴⁹ El aumento del 20% corresponde a los Centros de Salud que tienen un refuerzo de 44 horas para tratamiento de salud mental. En el caso de los Centros que complementan recursos, esta meta alcanzará el 30% o 40% de acuerdo al recurso que presentan, lo cual debe ser validado por MINSAL.

⁵⁰ El aumento del 20% tendrá como límite una concentración de 10 actividades por persona en promedio.

		(menos) Promedio de días de espera para atención de salud mental posterior al tamizaje, año vigente.			Cumplimiento de: * 100% , si disminución es igual o mayor a 20%. * 75% , si disminución está entre 15% y menor a 20%. * 50% , si disminución está entre 10% y menor a 15%. * 25% si disminución está entre 0% y menor a 10%. * 0% si el resultado es menor que 0%.	
--	--	---	--	--	---	--

2.5 Fortalecimiento ECICEP: Atención periodontal para personas con diabetes mellitus

El alto costo económico, social e impacto en la calidad de vida de las enfermedades orales y de la diabetes mellitus, plantea un importante y creciente desafío en el campo de la salud pública nacional. Dentro de las enfermedades orales, la periodontitis constituye una de las patologías de mayor prevalencia, alcanzando un 99% en la población adulta chilena.

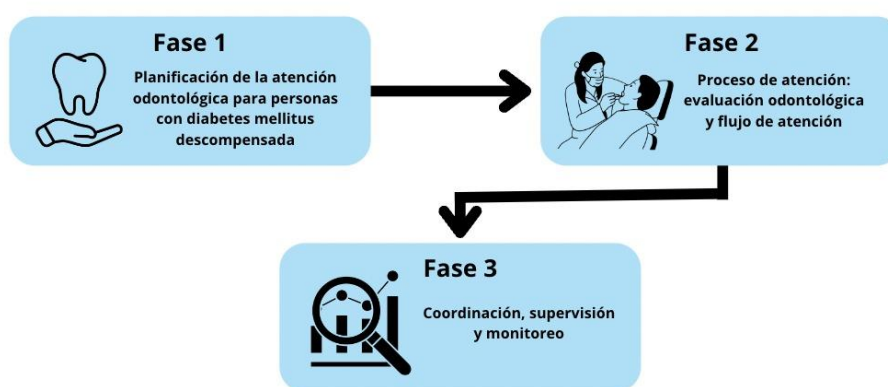
La periodontitis corresponde a una Enfermedad No Transmisible (ENT) inflamatoria crónica que constituye una de las principales causas de pérdida dentaria en adultos como consecuencia de la destrucción progresiva de los tejidos de inserción dentario. Comparte determinantes sociales, factores de riesgo y mecanismos patogénicos que las vinculan bidireccionalmente con otras ENT, especialmente con diabetes mellitus.

El estado hiperglicémico crónico de la diabetes mellitus conduce a la formación de productos finales de la glicación avanzada (AGEs) con efectos inmunoinflamatorios que pueden afectar al tejido periodontal. La diabetes mellitus, particularmente en personas descompensadas, puede aumentar a más del doble el riesgo de estadios más severos de periodontitis. A su vez, la inflamación crónica provocada en el tejido periodontal es capaz de empeorar el control metabólico de la diabetes mellitus, a través de elevaciones de citoquinas proinflamatorias como TNF- α e Interleuquina-1 en suero, y de especies reactivas de oxígeno que pueden conducir al síndrome metabólico y a un aumento de la resistencia a la insulina. En consecuencia, la periodontitis en una persona con diabetes mellitus puede contribuir a su progresión, aumentando el riesgo de complicaciones y mortalidad; paralelamente, se ha descrito que el tratamiento periodontal ayuda a mejorar el control metabólico,

disminuyendo los niveles de hemoglobina glicada (HbA1C). De este modo, el tratamiento periodontal no solo mejora el estado de salud oral, sino también podría reducir el riesgo de las complicaciones macro y microvasculares asociadas.

El contenido de esta sección se basa en el documento de **“ORIENTACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA ATENCIÓN PERIODONTAL PARA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS”**, el cual profundiza y describe detalladamente los elementos esenciales para la implementación de este ámbito.

Diagrama 9. Fases para la atención periodontal para personas con DM



- Fase 1: Planificación de la atención odontológica para personas con diabetes mellitus

A partir de los lineamientos técnicos para la implementación de este ámbito, se debe reorganizar la atención de las personas que serán beneficiarias de esta acción, para lo cual se debe tener en consideración los siguientes elementos:

Criterios de inclusión: Personas de 35 a 54 años, ingresados a la ECICEP con diagnóstico reciente de diabetes mellitus (menos de 6 meses) o con diabetes mellitus 2 descompensada.

Se exceptúan personas gestantes, que tienen su garantía para la especialidad de periodoncia en el nivel secundario, a través del “GES salud oral de la persona gestante”.

Productos esperados

- Tratamiento periodontal realizado por odontólogo⁵¹: considera el examen periodontal completo y diagnóstico específico, así como el tratamiento no quirúrgico que se requiera.
 - Tratamiento periodontal, realizado por periodoncista⁵² en APS: considera el examen periodontal completo y diagnóstico específico, así como el tratamiento no quirúrgico que se requiera.
 - Controles periodontales, realizado por periodoncista² en APS: dos controles posteriores que consideran (i) el control después de la última sesión de tratamiento y (ii) el control periodontal en la terapia de mantención, su periodicidad se determina según las condiciones de cada usuario, considera los controles por especialistas/estudiantes en periodoncia.
- Fase 2: Proceso de atención: evaluación odontológica y flujo de atención

Flujos de atención:

Cada establecimiento de salud debe protocolizar sus flujos de atención, basados en lineamientos técnicos nacionales, adaptados a la realidad local (Ilustración N°9).

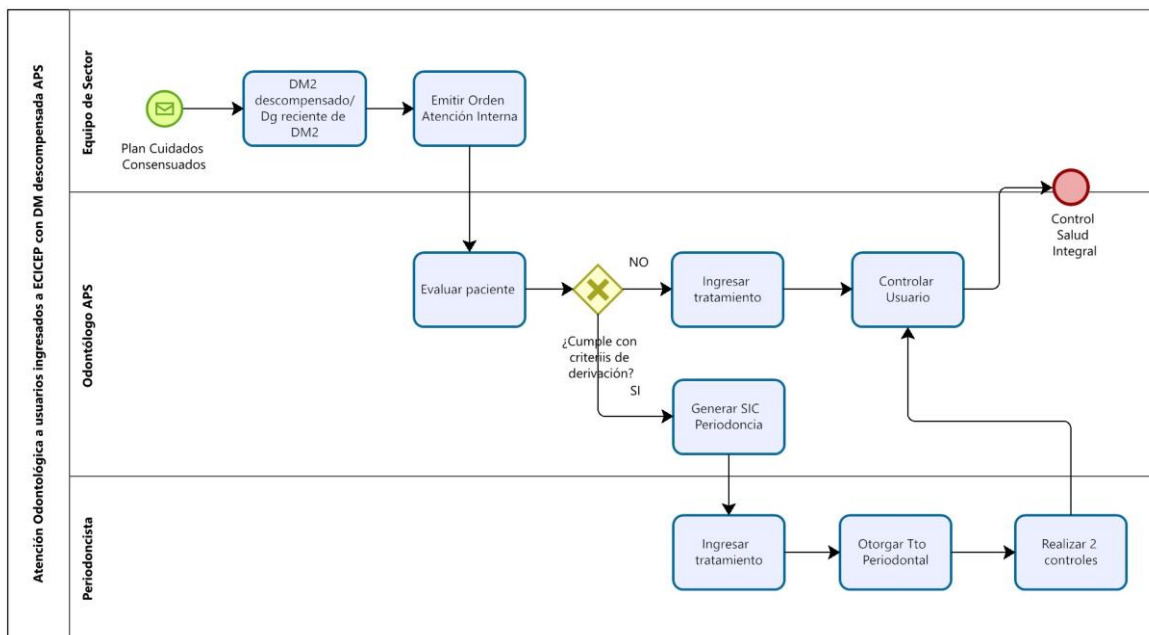
Se debe procurar que este flujo no aumente la fragmentación, sino que, por el contrario, sea una oportunidad para la integración de cuidados, específicamente en el ámbito de la salud oral, por lo que el trabajo con el equipo de sector para la elaboración de los flujos de atención y para su participación en las acciones contenidas en este, es fundamental.

En el caso de disponer de registro clínico electrónico, la vía de comunicación debe ser mediante la emisión de documento a través de dicho sistema, y que cumpla con los estándares establecidos para los procesos locales de derivación interna, señalando las consideraciones y precauciones necesarias para el abordaje odontológico del usuario.

⁵¹ Considera Cirujano Dentista, especialista u odontólogo general

⁵² Certificado por la Superintendencia de Salud u Odontólogo cursando la Especialidad de Periodoncia validado mediante certificado de la casa de estudio.

Ilustración 13. Flujos para la atención periodontal a usuarios en control por diabetes mellitus en establecimientos de atención primaria



- **Equipo de sector:** El ingreso integral a la ECICEP es una oportunidad única para construir confianza, promover la participación activa, generar educación respecto a factores de riesgo de la condición de las personas y se establecen acuerdos que se traducen en el plan de cuidados consensuados respecto a los ámbitos de acción que corresponden a la persona y al equipo, debiéndose abordar en dichos ámbitos la salud bucal integral de las personas y con ello, la comunicación y trabajo colaborativo con el equipo odontológico del sector.
- **Rol del odontólogo como parte del equipo de sector** y agente clave en la educación, apoyo al automanejo y continuidad del cuidado de las personas con morbilidad crónica: Desde la mirada multidisciplinaria tendrán el rol de colaborar en cada control odontológico a que la persona y su familia opte por el manejo de la enfermedad, así como también mantener una comunicación fluida con el equipo de cabecera de cada persona, donde la comunicación con el paciente sobre sus factores de riesgo, el reforzamiento positivo de sus logros y consensuar en conjunto la frecuencia de sus controles.

La **evaluación odontológica** que se realiza en atención primaria debe ser realizada por un odontólogo(a) quien determinará si se cumplen los criterios clínicos para la atención

periodontal según protocolo de referencia y contrarreferencia de periodoncia⁵³. En síntesis, implica:

- Examen de salud bucal integral.
- Estrategias de Prevención basadas en entrevista motivacional.

Se sugiere que esta evaluación sea realizada en una “consulta de morbilidad odontológica” y/o mediante hora de odontólogo de APS que realice la atención periodontal para personas con diabetes mellitus.

Si se cumple con alguno de los criterios, se emitirá una Solicitud de Interconsulta (SIC) que será gestionada a través de SIGTE con los procesos implementados en cada establecimiento y según la normativa vigente⁵⁴.

En el caso de que el paciente requiera tratamiento quirúrgico periodontal de alta complejidad deberá ser derivado a la atención secundaria o a su respectivo prestador en caso de tener previsión distinta a FONASA.

Consideraciones clínicas en la atención periodontal para personas con DM se describen en detalle en la orientación técnica en la cual se basa este capítulo, documento de lectura obligatoria para los equipos implementadores.

- **Fase 3: Coordinación, supervisión y monitoreo**

El Servicio de salud será el responsable de establecer la coordinación, supervisión y monitoreo permanente del proceso de registro de la demanda para Consulta Nueva de Especialidad (CNE) generada en APS.

Toda publicación realizada para los egresos de la lista de espera deberá cautelar la existencia de los respaldos de información exigidos por Norma Técnica N° 118 vigente para la Gestión del Registro de Listas de Espera.

La evaluación de la atención Periodontal incorporados en el Programa de Universalización de la APS, se realizará mediante registro REM A09 sección G.

A fin de monitorear el impacto en la calidad de vida de los usuarios que accedan al programa, está prevista la realización de una encuesta denominada OHIP (Oral Health Impact Profile).

⁵³ Resolución exenta 508 de 24 de junio 2021

⁵⁴ Norma técnica N°118 vigente, complementada mediante Ordinario N°2760 del 8 de septiembre del 2021.

2.6 Fortalecimiento ECICEP: Mejoramiento de la capacidad de resolución en atención primaria de la hipoacusia en personas de 65 años y más

La capacidad de resolución es una característica fundamental de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), reflejando su habilidad para abordar eficazmente los problemas de salud de las poblaciones a las que sirven. Esta capacidad implica no solo la provisión de servicios de salud, sino también la eficiencia y efectividad con que estos servicios son entregados⁵⁵.

En el corazón de una RISS eficiente se encuentra una Atención Primaria de Salud (APS) fortalecida. Una APS robusta se caracteriza por ser el primer punto de contacto para los individuos, orientada a las necesidades específicas de cada persona. Esto significa que la APS no solo se enfoca en tratar las enfermedades, sino también en comprender y atender las necesidades de salud globales de cada individuo. Idealmente, una APS fortalecida es capaz de satisfacer la mayoría de las necesidades de salud, recurriendo a la derivación a especialistas o a otros niveles de atención solo en casos excepcionales, es decir, aquellos que son demasiado poco comunes o complejos para ser manejados en un nivel primario⁵⁶.

Además, una APS eficaz coordina de manera proactiva la atención de los pacientes cuando requieren servicios en otros niveles de atención. Esto incluye asegurar una comunicación fluida entre los distintos proveedores de servicios de salud, así como supervisar y dar seguimiento al tratamiento y cuidado del paciente a lo largo de todo el proceso. De esta manera, la APS no solo resuelve las necesidades de salud inmediatas, sino que también juega un papel crucial en la gestión integral y continua de la salud de los individuos. Por lo tanto, la fortaleza de una RISS se mide no solo por su capacidad para proporcionar una amplia gama de servicios de salud, sino también por su eficiencia en integrar estos servicios de manera coherente y centrada en el paciente, asegurando una atención de salud de alta calidad y accesible para todos.

En el año 2023, el Ministerio de Salud, en colaboración con la Universidad Católica, llevo a cabo un diálogo de política pública crucial, enfocado en el “Fortalecimiento de la Capacidad de Resolución y Coordinación de las Personas en la Atención Primaria de Salud”⁵⁷. El informe final de este diálogo destaca dos aspectos fundamentales para mejorar la eficiencia y eficacia de la APS.

1. **Delegación/Sustitución de Tarea:** Este enfoque implica una estrategia de redistribución de tareas dentro de los equipos de salud. Se busca transferir ciertas tareas, que tradicionalmente son realizadas por profesionales con alto grado de especialización, a otros miembros del equipo con menor especialización. Esta redistribución no solo alivia la carga de trabajo de los profesionales más

⁵⁵ (Anon, 2010).

⁵⁶ (Starfield, B., 2006).

⁵⁷ (Ministerio de Salud de Chile, 2023)

especializados, permitiéndoles concentrarse en casos más complejos, sino que también maximiza el uso de los recursos humanos disponibles en salud. **Por ejemplo**, tareas como la administración de ciertos tratamientos o el seguimiento de pacientes crónicos pueden ser asumidas por enfermeras o técnicos en salud, bajo la supervisión de un médico. Este enfoque fomenta un modelo más flexible y eficiente, aprovechando al máximo las habilidades y capacidades de cada miembro del equipo de salud.

2. **Coordinación del Cuidado:** Este concepto se centra en una aproximación proactiva para organizar y armonizar los esfuerzos de los diferentes proveedores de cuidado sanitario. El objetivo es garantizar que las necesidades de los usuarios sean atendidas de manera integral, asegurando que reciban un cuidado continuo y centrado en la persona a través de los distintos niveles del sistema de salud. Esto implica una planificación cuidadosa y una comunicación efectiva entre los diferentes niveles de atención (primaria, secundaria, terciaria), así como entre los distintos especialistas y servicios. **Por ejemplo**, para un paciente con diabetes, la coordinación del cuidado podría involucrar una gestión conjunta entre el médico de atención primaria, un endocrinólogo, un nutricionista y un educador en diabetes, asegurando que todos los aspectos del tratamiento y el cuidado del paciente estén alineados y sean complementarios.

Ambos aspectos, la delegación/sustitución de tarea y la coordinación del cuidado, son vitales para mejorar la capacidad de resolución de la APS. Estos enfoques no solo mejoran la eficiencia en el uso de los recursos, sino que también contribuyen a una atención más personalizada y efectiva de los pacientes, facilitando así un sistema de salud más resiliente y adaptable a las cambiantes necesidades de la población.

- *Fortalecimiento de la capacidad de resolución de hipoacusia en APS en personas de 65 años y más*

La hipoacusia, o pérdida auditiva, es una afección común, especialmente en la población de edad avanzada. Según la encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2009-2010, la prevalencia de hipoacusia en población general es del 32.7%. Esta condición está incluida en el régimen de Garantías Explícitas en Salud, lo que asegura la cobertura del tratamiento una vez confirmado el diagnóstico⁵⁸.

Sin embargo, existe una brecha en el acceso al diagnóstico determinado por tiempos de espera prolongados para consulta nueva especialidad de otorrinolaringología a nivel nacional, sumado al requerimiento de la realización de audiometría como parte del proceso de confirmación, examen que está principalmente disponible en los centros de alta complejidad. La especialidad de Otorrinolaringología (ORL) es una de las más demandadas en el sistema público de salud. Hasta agosto de 2023, el Sistema de Gestión de Tiempos de

⁵⁸ (Ministerio de Salud de Chile, 2013)

Espera (SIGTE) registró un total de 219.195 usuarios en espera de su primera consulta especializada, con una media de espera de 520 días. Se estima que aproximadamente el 50% de estos casos podrían estar relacionados con sospechas de hipoacusia. Esta brecha implica que muchas personas no reciben un tratamiento oportuno, lo cual puede afectar significativamente su calidad de vida. Para abordar esta problemática, se han propuesto varias medidas.

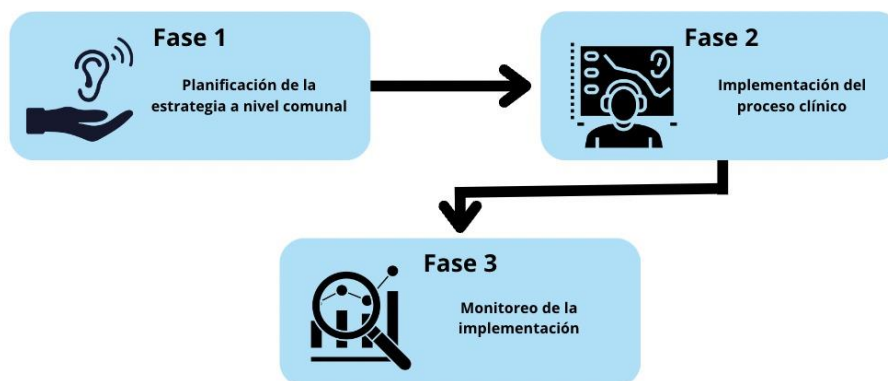
Una de las estrategias clave en las comunas pioneras de la APS Universal es la incorporación de tecnologías avanzadas y personal calificado para abordar efectivamente el cambio en el perfil epidemiológico de nuestra población. En el marco de una atención integral, es necesario evaluar aquellas acciones que mejoren la capacidad de resolución en atención primaria de aquellos problemas de salud frecuentes, siendo el diagnóstico precoz una acción fundamental para lograr un tratamiento efectivo de esta condición que no sólo tiene consecuencias en la salud física, si no que afecta todos los planos de desarrollo de quienes la presentan, siendo algunas de sus consecuencias el aislamiento social, depresión, deterioro cognitivo, caídas, alteraciones conductuales y del sueño, entre otras⁵⁹.

A partir del segundo año de implementación, las comunas pioneras trabajarán en fortalecer la capacidad de resolución de la red asistencial, a través de la experiencia de implementación de la estrategia de diagnóstico precoz de hipoacusia en personas mayores de 65 años, pero se espera que a través de ella, se adquieran herramientas y mecanismos de trabajo que permitan ampliar la resolutivez de la atención primaria, acorde a las nuevas necesidades de la población.

- *Objetivos de la estrategia*
 - Reducir tiempos de espera de las personas mayores que consultan por hipoacusia.
 - Optimizar procesos de gestión clínica administrativa que permitan resolver en menor tiempo un problema clínico frecuente.
 - Introducir tecnologías que mejoren la capacidad de resolución de la red asistencial.
 - Mejorar la calidad de vida de las personas con hipoacusia a través de una rehabilitación auditiva oportuna y cercana a sus domicilios.

⁵⁹ (Ministerio de Salud de Chile, 2013)

Diagrama 10. Fases para el fortalecimiento de la resolutiveidad en APS, hipoacusia



- **Fase 1: Planificación de la estrategia a nivel comunal**

Esta será una estrategia comunal, la cual requiere programar, en función de la población objetivo, los habilitantes necesarios para su implementación. En cuanto al equipamiento, se deben planificar los procesos de compras asociados a la adquisición de:

1. Audiometría (en cámara silente)
2. Impedanciometría
3. Video otoscopía

En cuanto a recursos humanos, esta requiere conformar un equipo para realizar las acciones asociadas al diagnóstico precoz, pero un componente vital de esta iniciativa es la inclusión de profesionales especializados en rehabilitación auditiva. Estos especialistas no solo ayudarán a los pacientes a adaptarse al uso de audífonos, sino que también trabajarán para mejorar la adherencia a estos dispositivos. Además, se enfocarán en acercar a las personas a un tratamiento más completo y a programas de rehabilitación integral, lo que puede incluir terapia auditiva y apoyo a la comunicación.

El equipo de salud sugerido para la implementación de ambos componentes debe estar conformado por:

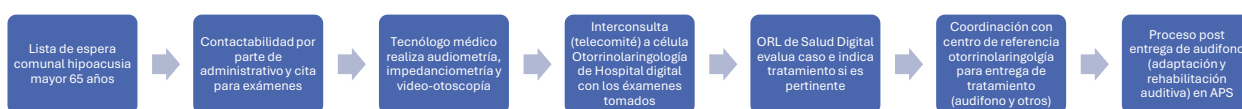
1. Tecnólogo/a médico/a con mención audiología o fonoaudiólogo con formación en audiometría o su equivalente: Para la toma de audiometría, impedanciometría y video-otoscopía. Además, es el profesional responsable de subir la información a la plataforma HD y notificar al paciente de la resolución.
2. Fonoaudiólogo/a: Para realizar la rehabilitación auditiva posterior a la entrega del audífono.
3. Administrativo/a: Para la contactabilidad de personas en lista de espera y gestión de citas.

Además, se debe establecer una coordinación del cuidado entre la APS, Hospital digital y los servicios de otorrinolaringología de los hospitales de referencia. Esta colaboración tiene como objetivo facilitar un tratamiento integral para los pacientes de 65 años y más con hipoacusia. La estrategia de salud digital, en particular, desempeñará un papel importante en la confirmación diagnóstica y la gestión de la atención del paciente, especialmente en áreas con acceso limitado a especialistas. Para ello, las comunas pioneras deben trabajar en los protocolos y flujos de atención para lograr esta coordinación.

Es importante aclarar que, en el marco de un diseño de la red asistencial, los servicios de salud con las comunas pueden ampliar la cobertura de esta estrategia a otras comunas aledañas a la comuna pionera que tengan el mismo centro derivador para otorrinolaringología. En este sentido se pueden diseñar estrategias provinciales para la resolución de este problema de salud prevalente.

- **Fase 2: Implementación del proceso clínico**

Si bien, cada comuna debe trabajar en sus protocolos, adaptados a la realidad comunal, a modo general, el proceso clínico debiese contemplar las siguientes acciones:



En resumen, mediante la mejora del acceso al diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia, y a través de una coordinación efectiva de los recursos disponibles, se espera mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas mayores afectadas por esta condición.

- **Fase 3: Monitoreo de la implementación**

Como toda nueva estrategia, es necesario que el equipo motor comunal monitoree su implementación, revisando de forma continua si los protocolos y flujos logran acercar el diagnóstico precoz de la hipoacusia en mayores de 65 años. Lo anterior permitirá resolver de forma oportuna las eventuales dificultades asociadas a la incorporación de esta nueva actividad.

Una acción relevante del monitoreo será evaluar si el número de personas estimadas que accederán a la estrategia se ajusta a la necesidad de la población o si es necesario reprogramar, además de evaluar si los flujos de derivación para la confirmación permiten reducir los tiempos de espera previos a la implementación.

- **Consideraciones Generales para la Estrategia de Diagnóstico oportuno de la Hipoacusia en Personas de 65 años y más:**

- **Reducción de los tiempos de espera:** la estrategia está diseñada para disminuir significativamente los tiempos de espera en el diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia, una condición prevalente en personas mayores. Al acelerar este proceso, se busca prevenir el avance del daño y la discapacidad asociada con la pérdida auditiva, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.
- **Coordinación de la Red de Salud:** se enfatiza la necesidad de coordinación eficaz entre las diversas unidades involucradas, incluyendo las comunas, servicios de salud, Salud Digital y los servicios de otorrinolaringología de referencia. Esta coordinación tiene el objetivo de simplificar el tránsito de los usuarios a través de la red de salud, siempre con un enfoque centrado en las necesidades individuales de cada persona.
- **Optimización del Proceso Clínico:** la estrategia busca mejorar el acceso al tratamiento integral de la hipoacusia en personas mayores mediante el uso de telemedicina asincrónica (hospital digital) y la delegación de funciones diagnósticas y de rehabilitación auditiva a la Atención Primaria de Salud (APS). Esta integración de tecnologías digitales y la expansión de capacidades en la APS tienen el potencial de agilizar el proceso de diagnóstico y tratamiento, haciéndolo más accesible.
- **Cobertura para Diferentes Grupos de Pacientes:** Se especifica que para las personas pertenecientes a otros seguros de salud (ISAPRE) la entrega de audífonos será realizada por su prestador respectivo con notificación GES. En el caso de las personas pertenecientes a fuerzas armadas y de orden, serán derivados a sus instituciones respectivas sin notificar GES. En ambos casos, la rehabilitación auditiva podría ser llevada a cabo en la APS, lo que implica una mayor integración de servicios y accesibilidad para los pacientes.
- **Guía Clínica GES:** Se recomienda revisar la guía clínica GES titulada “Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono” para obtener información detallada sobre las especificaciones técnicas del proceso diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación. Esta guía proporciona un marco de referencia para garantizar que el tratamiento y la rehabilitación se realicen de acuerdo con los más altos estándares de calidad.
- **Protocolo estrategia teleotorrinolaringología:** Realizado por el departamento de salud digital, en la que se especifican las consideraciones de la célula de otorrinolaringología. Es relevante revisarlo para evaluar criterios de inclusión y exclusión. Además, se incluyen las especificaciones de los equipamientos para realizar los exámenes audiológicos.

Con estas consideraciones, la estrategia propuesta busca mejorar significativamente la atención y el tratamiento de la hipoacusia en personas mayores, asegurando un enfoque más integro, eficiente y centrado en la persona.

- **Registro estadístico mensual (REM) para la estrategia de resolutivez de hipoacusia de 65 años y más:** Las distintas prestaciones realizadas deben ser registradas en el **REM A29** (Programa de imágenes diagnósticas y/o resolutivez en APS) en las **secciones A o G** según corresponda.

Componente N°3. Estrategias de participación para la Atención Primaria Universal

La participación e incidencia de las personas en la gestión pública, se considera una estrategia básica para el desarrollo y consolidación de la democracia y construcción de ciudadanía. Así mismo, permite y promueve que las personas se hagan parte del diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas, otorgándole con ello, mayor legitimidad y sustentabilidad a las mismas.

En la Declaración de Alma Ata la participación fue integrada y definida como “el proceso mediante el cual las personas se transforman de acuerdo con sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el de la colectividad, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo. Así visto, la Participación, en todas las definiciones revisadas considera y promueve la implicancia y compromiso de las personas, grupos y comunidades en las acciones y/o procesos de los cuales se siente parte.

3.1 Diálogos ciudadanos y plan comunal de mejora de la experiencia usuaria

En la Atención Primaria Universal es absolutamente esencial desarrollar instancias de reflexión y participación social, conducentes a identificar e intervenir en barreras sociales, institucionales, organizacionales y culturales, que contribuyan a aumentar la aceptabilidad de los servicios.

Dentro de los mecanismos de participación, el diálogo ciudadano aparece como una herramienta metodológica que visibiliza la opinión individual y colectiva, permite lograr puntos de consenso e identificar con claridad aquellos en los que hay disenso, lo que contribuye y favorece la acción colectiva respecto a un tema específico. Desde esta perspectiva, el énfasis del diálogo está en la pluralidad y su eje se encuentra en la voluntad de los distintos participantes, que deciden libremente formar parte de un proyecto común.

Los diálogos ciudadanos son una herramienta participativa que, para promover la inclusión de la ciudadanía en la gestión del sector salud, debe considerar a la comunidad como protagonista y participe activo en la gestión de salud, en la toma de decisiones, en el involucramiento e implicancia efectiva en las decisiones locales en salud en función de generar proceso de cambio; que retroalimenten las propuestas o iniciativas que se impulsan desde este sector.

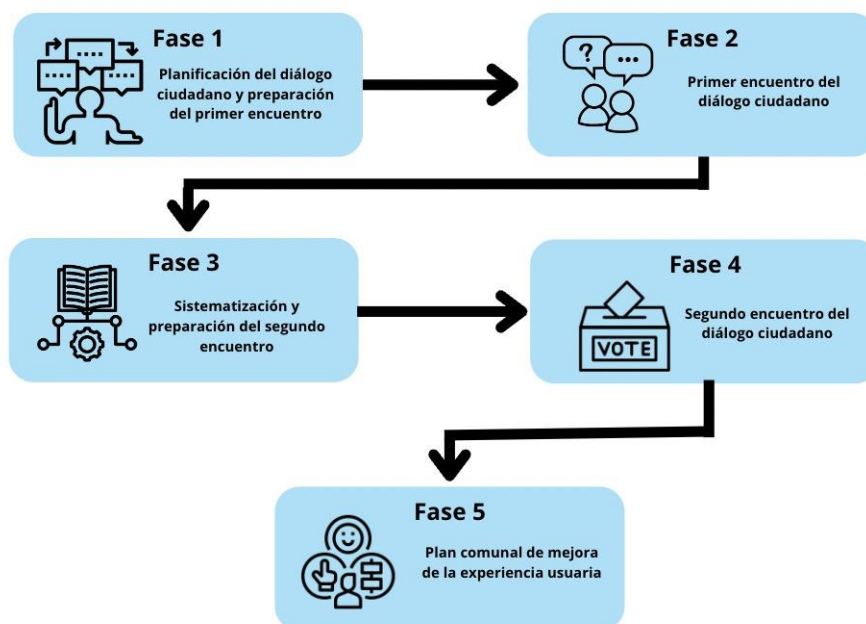
Estos diálogos tienen como propósito, promover la participación social de la comunidad usuaria, a través de la generación espacios deliberativos que permitan asegurar la voz de la

ciudadanía y su vinculación con la gestión en salud y su implicancia efectiva en las decisiones locales relacionadas con la salud y bienestar de las personas; reuniendo a representantes de organizaciones sociales y comunitarias con el propósito de dialogar, conversar y compartir sus experiencias en relación a la atención en salud.

Establecer aprendizaje dialógico es un pilar esencial en estos espacios, promoviendo relaciones, conversación e interacciones entre las diversas personas que se relacionan desde una posición horizontal de reconocimiento y valoración mutua y no desde las posiciones de poder que ocupan. El dialogo e intercambio de opiniones, producción colectiva y saberes consigue dar significado a la realidad y transformar los contextos. Así la comunidad que participa contribuye a la gobernanza en salud,

Durante el primer año de implementación de APS Universal en las comunas, el propósito de los diálogos es contribuir al mejoramiento de la experiencia de las personas que usan los servicios de atención primaria. La noción de experiencia usuaria en salud alude al itinerario/trayecto que deben recorrer las personas para acceder a la atención de salud en un contexto socio territorial y cultural - en muchos casos - marcado por factores estructurales que acentúan las desigualdades e inequidades en salud. Por lo mismo, mejorar la experiencia de las personas en el sistema de salud debe ser la base para promover un trabajo intersectorial basado en una mirada salutogénica de la salud, incluyendo el bienestar integral de las personas y comunidades como foco de la atención en salud.

Diagrama 11. Fases para los diálogos ciudadanos sobre mejora de experiencia usuaria



En términos de apertura de procesos que buscan una mayor implicancia de la ciudadanía y sociedad civil, hacemos opción por el uso de metodologías participativas que favorecen la construcción de procesos de intervención social colectivos, autónomos, solidarios, respetuosos y

participativos, lo que se constituye en un escenario favorable para avanzar hacia el conocimiento, integración y fortalecimiento de diversos instrumentos de gestión desplegados en la Atención Primaria de Salud.

Es fundamental considerar que las estrategias de participación que se desarrollen en el marco de la universalización de la atención primaria deben vincularse con otras acciones que ya se ejecutan en los establecimientos de salud, por ejemplo: pauta de certificación del MAIS, Meta Sanitaria N°8, Compromiso de Gestión N° 18, PRAPS de Iniciativas Comunitarias de Salud, entre otros. En ese sentido, una estrategia fundamental para la integración del trabajo en la red asistencial, con base territorial, deberá significar la ejecución de diálogos con la ciudadanía como herramienta que permita mejorar la gobernanza sanitaria con la diversidad de actores del territorio.

- **Fase 1: Planificación del diálogo ciudadano y preparación del primer encuentro**
 - Conformación del equipo de trabajo: es el primer paso de la planificación, este equipo liderará el proceso y generará las condiciones necesarias para la amplia convocatoria, ejecución y sistematización del diálogo. Este equipo debe ser integrado por los actores institucionales y de la sociedad civil que la comuna evalúe como claves para favorecer una amplia participación, exitosa realización y que faciliten las coordinaciones entre las organizaciones / instituciones y personas involucradas. Entre dichos actores se identifica como mínimo a: encargados de temas de participación social del Servicio de Salud, SEREMI de Salud, y de la comuna, director/a de salud comunal y de desarrollo Comunitario (DIDECO) de la comuna, al menos un representante de cada establecimiento de salud comunal, representantes de los consejos de usuarios o consejos consultivos de la comuna y otros dirigentes y/o líderes sociales de la comuna.

Es fundamental que el equipo comunal que tiene a cargo este proceso construya y/o actualice el catastro de los grupos / organizaciones / asociaciones y otras instancias territoriales, cuya participación en el proceso de diálogo resulta necesaria. Asimismo, identificarán dirigentes/as y/o líderes sociales de diversos sectores comunitarios a quienes convocar para ser parte del proceso de planificación, ejecución y sistematización de los diálogos ciudadanos.

- Orientación y preparación de los equipos: se considera la participación de los integrantes del equipo en una jornada de transferencia metodológica impartida desde el Ministerio de Salud y que está destinada a revisar colectivamente el proceso y con ello contribuir a fortalecer habilidades y competencias para la implementación de las actividades contempladas en los diálogos ciudadanos, intercambiar experiencias sobre la base de las acciones y estrategias que se realizan en los establecimientos de salud para la consolidación MAIS, con énfasis en la participación, trabajo intersectorial y de promoción de la salud. Es importante señalar que adicionalmente los equipos podrán realizar otras actividades en esta fase que de acuerdo al diagnóstico local sean necesarias de implementar.
- Aplicación de encuesta de experiencia usuaria (Anexo N°5): un requisito obligatorio para realizar el primer encuentro de diálogo es contar con información respecto a la experiencia usuaria en la comuna, para lo cual se debe aplicar una encuesta. Para fomentar la neutralidad

en la emisión de respuestas, el instrumento debe ser aplicado por personas sin vínculo laboral o de representación en los centros de salud. Para ello, se recomienda aplicación cruzada, es decir, que los encuestadores (encargadas/os de participación, personal administrativo, agentes comunitarios y otros funcionarios de los centros) apliquen la encuesta en los establecimientos de la comuna en los cuales no se desempeñan habitualmente. En el caso de comunas que cuenten con un solo establecimiento o no sea factible la aplicación cruzada, la participación de los equipos municipales o consejos de usuarios es una alternativa recomendada.

El número de encuestas a aplicar debe calcularse según la población comunal, en una proporción de 5 encuestas por cada 1.000 habitantes. Por ejemplo, una comuna con 30.000 habitantes proyectados para el año 2025 según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), debería aplicar al menos 150 encuestas ($30.000/1.000 * 5$). El número mínimo de encuestas a aplicar es de 80, por lo que en aquellas comunas en que la fórmula de cálculo indique un número menor a este, no deben considerar dicho resultado.

El equipo de trabajo comunal debe establecer los lugares y horarios en que se aplicará el instrumento, procurando la más amplia representatividad territorial. Es relevante considerar la representación equitativa de género y de pertinencia cultural al momento de planificar esta acción. Así como también la representación de personas de diferentes grupos etarios, niveles educacionales, con residencia en áreas urbanas y rurales, entre otras características que sean relevantes de considerar según la composición poblacional de la comuna.

Desde el Ministerio de Salud se pondrá a disposición de las comunas una plataforma para para la aplicación y consolidación de las encuestas.

- Sistematización de los resultados de la encuesta de experiencia usuaria: Una vez concluido el proceso de aplicación, se deben sistematizar los resultados, analizarlos en el equipo de trabajo y complementar con información de otras fuentes que permitan una mayor comprensión y claridad de la información, tales como diagnósticos de salud comunal, encuestas de satisfacción usuaria, resultados de comités de OIRS u otros. Es fundamental realizar este cruce de información entre los resultados de la encuesta y los instrumentos nombrados, dado que la sola aplicación de la encuesta no logra profundizar los temas de fondo que permitan dar respuesta a la experiencia de las personas en la atención en salud.

El equipo de trabajo comunal, luego de complementar la información, analizar los resultados y en conjunto intentar dar respuesta a las causas de las causas, deberá decidir la forma en que serán presentados los resultados en el primer encuentro de Diálogo, con el fin de fomentar la reflexión, análisis y discusión en ese espacio sobre la base de los resultados y que se constituyen en marco de referencia de la experiencia usuaria en la comuna. Se recomienda que la presentación de los resultados de la encuesta se presente en lenguaje claro y sencillo que permita a los participantes de la actividad lograr una distinción clara de las demandas de salud de la población, como así también, de los factores que inciden en la problemática analizada, distinguiendo de esa forma barreras y

causas propias del sector salud y barreras y causas cuya solución depende de otros sectores gubernamentales. De esta forma, se contribuye a ampliar la mirada de los procesos de salud - enfermedad de la población, entender comprensivamente la necesidad de trabajar y/o avanzar en gestión intersectorial e integrar que el bienestar de las personas precisa de un trabajo participativo y coordinado con los distintos sectores con presencia en los territorios.

- Preparación de la logística del primer encuentro de diálogo ciudadano: en cuanto a la logística para la ejecución del encuentro, se deben considerar espacios suficientes y que permitan interacción de las personas participantes. Con el fin de estimular la asistencia de personas, se recomienda disponer un espacio de cuidados infantiles y que el espacio tenga condiciones de accesibilidad. Además, se debe considerar la planificación de acciones que otorguen facilidades para la asistencia de las personas con mayor dificultad de acceso, como por ejemplo planificar el encuentro en horarios no hábiles, y complementar esta instancia con otras acciones sanitarias, tales como vacunación, realización de exámenes de medicina preventiva, inscripción en APS, entre otros.

Para realizar la convocatoria, es conveniente trabajar en conjunto con los líderes o lideresas de la comunidad y utilizar los medios de comunicación más utilizados por las vecinas/os. Este proceso requiere consideración y desarrollo de acciones específicas dirigidas a los grupos de la sociedad que no suelen participar en este tipo de actividades, I, de esta manera, algunas de estas acciones son la adecuación de los horarios y ejecución de actividades en lugares que permiten que grupos sociales históricamente marginados tengan mayores posibilidades de integrarse en este proceso. Para esto es pertinente utilizar el mapa de actores del sector realizado en la fase 1, instrumento que debería estar actualizado y que permite partir desde una base para realizar las convocatorias. Algunos de las organizaciones que se espera tengan representación en los diálogos son las siguientes:

- ✓ Organizaciones Sociales y deportivas.
- ✓ Comités locales.
- ✓ Juntas de Vecinos.
- ✓ Consejos de Desarrollo Local de salud.
- ✓ Funcionarias(os).
- ✓ Agrupaciones de usuarios y/o pacientes.
- ✓ Comunidades y/o asociaciones indígenas.
- ✓ Centros de padres y/o apoderados de escuelas públicas, subvencionadas y privadas.
- ✓ Centros de estudiantes.
- ✓ Comunidades educativas (jardines, colegios).
- ✓ Organizaciones de fomento productivo.
- ✓ Organizaciones juveniles.
- ✓ Instituciones religiosas.
- ✓ Organizaciones no gubernamentales.

Se sugiere que la convocatoria a los diálogos ciudadanos se realice por distintas vías, evaluando los mecanismos según las características de la población de la comuna. El uso de medios

digitales (redes sociales, página web, correo electrónico), difusión por medios de comunicación locales (radios, diarios) o en lugares estratégicos (juntas vecinales, colegios, plazas, etc.) e incluso invitaciones puerta a puerta, son algunos de los canales que se deben evaluar. La convocatoria a la población, atendiendo que debe ser lo más heterogénea posible, se debe realizar formalmente, incluyendo una breve minuta de posición de lo que es la Universalización de la atención primaria (*Anexo N°6*).

También es parte de la preparación del encuentro, definir los roles que cumplirán los representantes de las instituciones que organizadoras (comuna, servicio de salud y SEREMI de salud) y de invitados, tales como representantes de otras instituciones, autoridades ministeriales, representantes políticos de la región, o comuna. Se sugiere que sean las Autoridades Comunales (Alcaldes y Alcaldesas) quienes lideren en términos de representación del espacio y que puedan estar presentes en la apertura y discusión de conclusiones.

En este espacio se recomienda resaltar el trabajo de los equipos locales, para lo cual los equipos de la SEREMI de Salud y Servicio de Salud son un apoyo técnico y logístico fundamental para la correcta ejecución de los encuentros, pudiendo ser incluso un apoyo operativo el día de encuentros, según las dinámicas acordadas por el equipo de trabajo. Deben ser acordado, previo a los encuentros, quienes cumplirán los distintos roles, tales como:

- Maestro/a de ceremonias: quien conduce el encuentro en términos de presentación de Autoridades e introducción de los bloques que componen el diálogo.
- Facilitadores de la discusión en los grupos pequeños: La persona que facilita el trabajo grupal es, ante todo, una parte neutral. Su objetivo es fomentar la colaboración y el compromiso mediante la creación de un espacio adecuado para llevar a cabo el trabajo en equipo con eficacia. Los facilitadores utilizan muchas habilidades sociales para lograr este objetivo, tales como escuchar, captar el ambiente de la reunión, fomentar la interacción, hacer las preguntas correctas para lograr la participación, cuidar al grupo generando un ambiente donde emerja la confianza y colaboración.
- Encargado/a de acta: se debe definir la persona responsable en cada grupo de discusión encargada de sistematizar las reflexiones, esta acción se puede definir antes del trabajo grupal, o puede ser un rol por definir en el grupo.
- Conductor/a del espacio de discusión grupal: quien concluye el espacio de trabajo grupal, dirigiendo la presentación de cada grupo, moderando los tiempos y destacando elementos presentados por cada grupo.

También es importante acordar responsabilidades en los aspectos logísticos, por ejemplo: quién o quiénes serán los responsables de posibles puntos de vacunación, de traslados de funcionarios/as y/o personas, entre otros aspectos.

- **Fase 2: Primer encuentro del diálogo ciudadano**
 - Bienvenida y encuadre metodológico del encuentro: En este espacio se debe dar la bienvenida y generar condiciones de acogida a las personas y equipos presentes, enunciar el propósito del encuentro, la metodología de trabajo del día y del proceso total de diálogos. También es relevante contextualizar este encuentro en el marco del proceso de

universalización de la APS, destacando la participación como eje y principio clave de esta política pública.

- Presentación de la encuesta: el primer momento del encuentro es socializar los resultados de la encuesta de experiencia usuaria. Es fundamental fomentar la discusión en torno a estos resultados y a los otros que hayan definido en el equipo de trabajo que aporten para comprender el contexto de la comuna. Es por ello, que el formato de plenaria se propone como una metodología que permite aquello. El uso de medios audiovisuales para la presentación de los resultados (presentación PowerPoint, por ejemplo) y de manera sintética, permite que los asistentes tengan en consideración las opiniones de quienes usan el sistema y respondieron la encuesta, aunque no estén presentes en el encuentro.
- Discusión de experiencia usuaria en atención primaria de salud: para este segundo momento del encuentro, se sugiere la modalidad de trabajo grupal (8 a 10 personas), para favorecer los espacios para que todas/os los asistentes tengan la oportunidad de participar. Se espera que los grupos identifiquen problemas para la experiencia de las personas en la atención primaria (*Anexo N°7*) y, a la vez, se propongan soluciones que las aborden (*Anexo N°8*), priorizando las que tienen una mayor significancia para la comunidad y cuya estrategia de solución sea viable de implementar en la comuna. Esta es la sección central del encuentro, por lo que, en la distribución de tiempos de la jornada, es la actividad a la cual se le debe asignar mayor tiempo, para lograr una discusión que no sólo aborde aspectos superficiales.

Cada grupo deberá acordar un facilitador/a, quién cumplirá la función de moderar los procesos de diálogo y de sistematizar en la matriz de trabajo la información que surja de la discusión grupal. Esta matriz de priorización de problemas e iniciativas de solución debe contener como campos mínimos: problema, tipo de problema (de la red de salud o de otro sector) jerarquización del problema, horizonte de solución, proyecto o iniciativa de solución y actores involucrados en la solución. Se sugiere usar métodos digitales para recoger los resultados, para facilitar el posterior análisis.

- Cierre del primer encuentro: se debe concluir informando cómo continuará el trabajo realizado, es decir, explicitar que se sistematizarán los resultados de las discusiones grupales y que se realizará un segundo encuentro en que se priorizarán las soluciones que surgieron como resultados del primer encuentro. Hay que considerar que, en las etapas siguientes de análisis, se debe incorporar a representantes de la sociedad civil, por lo que anticipar aquello, es aconsejable.

Si bien, la programación del encuentro es definida por cada comuna, se sugieren los siguientes intervalos de duración:

- Bienvenida y palabras de Autoridades: 10 a 15 minutos
- Presentación de la encuesta: 15- 20 minutos
- Discusión grupal: 60 a 90 minutos
- Presentación de resultados por grupo: 30 a 45 minutos
- Cierre del primer encuentro: 20 a 30 minutos

- Fase 3: Sistematización y preparación del segundo encuentro
- Sistematización del primer encuentro: Como producto de las discusiones que se desarrollaron en el primer encuentro del diálogo ciudadano se deben diseñar proyectos y/o estrategias para abordar los problemas identificados, tomando como base las soluciones que también fueron discutidas en dicho espacio. El equipo de trabajo deberá completar en una matriz resumen el título del proyecto, objetivo y descripción.

Una vez que se cuente con la sistematización del primer encuentro, incluyendo la matriz resumen, estos proyectos deben ser revisados por otros actores, siendo el equipo motor de la APS Universal un actor indispensable, con el fin de revisar su factibilidad técnica, financiera, social y económica. Tras las últimas validaciones, se debe preparar la logística del segundo encuentro.

En este espacio debe evaluar el desarrollo del primer encuentro y discutir si la dinámica que se experimentó en la comuna permite cumplir el objetivo con las actividades inicialmente planeadas (dos encuentros, duración de media jornada, etc.). Lo anterior implica que se pueden planificar más sesiones u otras actividades que permitan que la comuna logre el objetivo del diálogo ciudadano.

- Convocatoria: deben ser invitados, como mínimo, las mismas personas, organizaciones y funcionarios/as que asistieron al primer encuentro del diálogo ciudadano. Es esencial que el equipo de trabajo, a partir del documento verificador de participación (listas de asistencia), planifiquen acciones de confirmación de asistencia para que al menos el 80% de quienes participaron en la identificación de los problemas e iniciativas de mejora, asistan al encuentro en que se realizará la priorización de proyectos para responder a los problemas que ellos identificaron.
- Preparación de material: se propone que para la presentación se preparen póster que sirvan de material gráfico auto explicativo de cada proyecto y que transmitan su objetivo y descripción de cada uno de ellos. Durante la planificación del segundo encuentro, se deben diseñar e imprimir en dicho formato.

Otra etapa importante de la preparación es la revisión de los proyectos junto a las funcionarias/os que los expondrán, es decir, es necesario que los conozcan en detalle y que puedan aportar su visión sobre estos.

- Fecha del segundo encuentro: el único requisito es que este no se realice en un plazo mayor a los cuatro meses desde el primer diálogo, siendo el período ideal dos meses entre ambos encuentros.

- Fase 4: Segundo encuentro del diálogo ciudadano

El objetivo de este segundo encuentro de priorización ciudadana es permitir que las y los participantes puedan decidir en conjunto las prioridades y los tiempos con los cuales se trabajarán los proyectos o iniciativas que serán incluidas en el plan de mejora de la experiencia usuaria.

- Exposición de los proyectos: se sugiere que la exposición sea de forma simultánea, a través de módulos (stands) informativos en que se presente el póster y se respondan las preguntas que realicen los asistentes. Los participantes al segundo encuentro podrán pasear libremente y detenerse en aquellas estaciones en las que quieran profundizar. Es requisito que las/os funcionarias/os o representantes de la comunidad que participen en la exposición de los proyectos, lo conozcan en detalle y que, idealmente, hayan participado en su formulación.

Es necesario considerar que, para favorecer la participación comunitaria, la propuesta de proyectos debe ser producto de la discusión del primer diálogo, y que su posterior profundización implica que, en la etapa de sistematización y preparación del segundo encuentro, existan participación de dirigentes sociales y trabajadores. Si no se lograron identificar proyectos en el primer encuentro, es necesario planificar una nueva sesión de trabajo.

Ejemplo de la información en póster de exposición de proyecto:

- Proyecto: Modernización del sistema de toma de horas.
- Objetivo: Mejorar el sistema de agendamiento de citas implementando nuevas soluciones tecnológicas para la toma de hora de las usuarias y usuarios.
- Descripción: Registrar los llamados que no pudieran tomar horas e identificar a quienes se les podría dar cita según triage, agendamiento web, recordatorio de toma de horas, confirmación de citas, posibilidad de cancelar horas.
- Priorización de proyectos: tras concluir el espacio de revisión de proyectos, se votará para determinar cuáles se incluirán obligatoriamente o se priorizarán (en caso de contar con financiamiento y otras condiciones habilitantes para todos ellos) en el plan comunal de mejora de experiencia usuaria. Como requisito para la discusión, previo a la votación, se deben presentar algunos criterios que deben ser considerados por las personas para tomar una decisión informada.

El moderador de este espacio debe presentar dicha información. Entre los criterios que deben ser presentados se sugiere incluir:

- Plazo de ejecución para el proyecto en su totalidad
- Lugares de implementación del proyecto
- Disponibilidad de presupuesto para el proyecto
- Fuente del financiamiento

La votación es individual, secreta y considera que cada asistente escoja sólo uno de los proyectos presentados. Para resguardar la privacidad de la elección de cada persona, se debe contar con una urna en la que se depositen todos los votos para luego proceder al escrutinio público y conocer inmediatamente el resultado del diálogo ciudadano.

- **Fase 5: Plan comunal de mejora de la experiencia usuaria**

La experiencia de las personas en los servicios de salud está modulada por varios factores, entre ellos los medios y fluidez del contacto, el trato en la atención, los servicios de apoyo una vez que culmina la atención e incluso por las expectativas concebidas en torno al contacto con los servicios de salud. Desde la perspectiva de las personas, la atención comienza desde que se requiere establecer contacto y no solo cuando acceden a donde recibirán la atención.

Considerar la experiencia de quienes acceden a la atención primaria es fundamental en un modelo centrado en las personas, por lo que se debe incluir este enfoque como parte de las acciones necesarias para abordar barreras de aceptabilidad y lograr el acceso universal a la APS.

Formulación del plan comunal de experiencia usuaria

Tras la realización del diálogo ciudadano, la comuna dispondrá de un diagnóstico de los problemas que afectan la experiencia de las personas (conclusiones del primer encuentro) y de los proyectos que abordan los problemas que fueron priorizados por la comunidad (conclusiones del segundo encuentro). Se debe considerar que el o los proyectos seleccionados (con mayor votación) se deben incluir de forma obligatoria, razón por la que es necesaria la evaluación de factibilidad previo a su presentación y la importancia de articular estos proyectos con las herramientas de planificación que se disponen en la comuna.

Se recomienda que el plan comunal de mejora de experiencia usuaria abarque al menos un periodo de dos años, para desarrollar completamente los proyectos contenidos en dicho plan. Su formulación no compete sólo al equipo de trabajo del diálogo ciudadano, sino que, a distintos actores estratégicos para la comuna, tales como trabajadores de salud, representantes de las vecinas/os, otras reparticiones municipales e incluso regionales. En cuanto a estos últimos, la SEREMI de Salud es un actor crucial, a propósito del rol articulador con otros organismos del Estado que podrían ser necesarios para el cumplimiento exitoso del plan comunal.

El financiamiento de los proyectos o iniciativas pueden tener diversas fuentes, según el foco de cada uno de ellos. Parte del análisis que se realiza al momento de revisar los proyectos sugeridos y que debe volver a revisarse una vez que se seleccionan, es evaluar la fuente de financiamiento y montos asociados.

Al igual que en los encuentros ciudadanos, es fundamental que el plan comunal de mejora de experiencia usuaria se vincule con otras acciones que ya se ejecuten en la comuna, en el sector salud u otros: pauta de certificación del MAIS, Meta Sanitaria N°8, PRAPS de Iniciativas Comunitarias de Salud, Plan Trienal de Promoción de la Salud, entre otros.

El plan debe incluir las siguientes secciones:

- a) Introducción, antecedentes y/o contexto
- b) Diagnóstico sobre experiencia usuaria: Se deben incluir los resultados de la aplicación de la encuesta de experiencia usuaria y los problemas que fueron identificados en el diálogo ciudadano. También se pueden incluir los resultados de la aplicación de otros instrumentos como parte del diagnóstico y posterior motivación para la propuesta de acciones, tales como diagnósticos participativos, encuestas (trato usuario, otras), análisis de reclamos y sugerencias frecuentes, entre otros.
Fundamental es explicitar los mecanismos que utilizarán para medir la experiencia usuaria en la comuna, detallando la periodicidad de la aplicación de los instrumentos que determinen sirvan para este fin, tanto de aquellos mecanismos ya existentes (como la aplicación de la encuesta de trato usuario) o de otros que surjan en el contexto de la reforma de salud.
- c) Intervenciones del plan: para cada uno de los proyectos incluidos se debe indicar:
 - *Nombre del proyecto*
 - *Justificación de su inclusión:* se busca transparentar a la ciudadanía la razón de su elección, que puede ser motivada por la priorización en el diálogo ciudadano, por abordar un problema crítico, entre otras razones.
 - *Problema que busca resolver:* varios proyectos pueden contribuir a resolver el mismo problema.
 - *Descripción del proyecto*
 - *Objetivo del proyecto:* dado que algunos problemas identificados pueden tener más de una solución o esta puede requerir una intervención de larga ejecución, se debe indicar el objetivo concreto que se busca al implementar el proyecto, por ejemplo: contribuir a la comodidad de las personas que esperan atención en el servicio de urgencias.
 - *Actividades, cronograma y unidad responsable de ejecución:* es necesario identificar las etapas para la implementación del proyecto, estimar el tiempo que se necesitará en cada una de ellas y la unidad o funcionario responsable, lo que servirá como control de la ejecución del plan.
 - *Resultado esperado y monitoreo:* para cada actividad se debe indicar el producto final (o meta) y el medio de verificación de este, además de establecer periodicidad del monitoreo de cumplimiento de actividades del plan, lo que se sugiere sea cada dos meses.
 - *Presupuesto para la realización del plan:* este puede indicarse por etapa o por el proyecto total.
- d) Medios de difusión del plan y su ejecución: no sólo se espera que se difunda el plan comunal en diversos medios que permitan que la comunidad usuaria y funcionaria conozca su contenido, sino que, además, establecer los mecanismos en los que se informará respecto a la ejecución de las actividades. Estos no sólo deben informar a quienes asistan a los establecimientos de salud, por lo que es necesario incluir medios para informar a toda la comunidad.

- e) Evaluación: se debe describir en el plan la metodología de evaluación y plazos para ello. Se sugiere realizar dos evaluaciones: una intermedia, que se realice al concluir el primer año de implementación del plan y que se enfoque en indicadores de proceso. Y una evaluación final tras dos años de implementación, en que se incorpore un indicador de resultado. La recolección de información para la medición de indicadores depende de las fuentes de información definidas.

Para su elaboración se deben seleccionar como máximo tres indicadores que den cuenta de la contribución de los proyectos a mejorar la experiencia usuaria una vez implementado. Considere que mejorar la experiencia de las personas en los servicios de salud depende de múltiples factores, por lo que la medición de indicadores busca orientar respecto a la contribución de las acciones, con el objetivo de reforzar o replanificar tareas y, no a evaluar el desempeño de la gestión o de los equipos de salud a través de ellos. Es decir, se recomienda no escoger indicadores motivados por la posibilidad de cumplimiento, sino que, elegir aquellos que permitan tomar decisiones respecto al plan.

También se espera que en el proceso de evaluación se planifiquen mesas de trabajo junto a la comunidad, en las que se discuta sobre el desarrollo y resultados del plan comunal de mejora de experiencia usuaria.

Esta evaluación no corresponde al cumplimiento de actividades del plan, el cual se debe monitorear como parte de la gestión habitual, si no que implica evaluar si las intervenciones planificadas tienen algún resultado en la experiencia de las personas.

- f) Conclusión
- g) Revisión y aprobación del plan: una vez elaborado el plan comunal de mejora de experiencia usuaria comunal, este deberá ser revisado y validado por el Servicio de Salud. Este debe ser garante de la calidad técnica del plan y de la supervisión del cumplimiento de las actividades incluidas, es decir, debe establecer un mecanismo de revisión periódica de su ejecución.

3.2 Promoción de la Salud a través de la identificación y recomendación de activos comunitarios (Cartografía de activos comunitarios para la salud)

La promoción de salud se conforma como una de las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública que define la OMS, y apunta a crear habilidades y capacidades en las personas con el fin de incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud, y en consecuencia, mejorarla. La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, y en consecuencia mejorarla. Este proceso apunta sobre todo al empoderamiento para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en que viven las personas y las comunidades; se complementa con el fortalecimiento de habilidades y capacidades de las personas, por tanto, tiene una dimensión colectiva y otra individual para alcanzar el bienestar.

Este proceso apunta al empoderamiento para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en que viven las personas y las comunidades, las cuales se encuentran subyacidas en los determinantes sociales de la salud (DSS). Esto se complementa con el fortalecimiento de habilidades y capacidades de las personas, por tanto, tiene una dimensión colectiva y otra individual para alcanzar el bienestar. Al entender la salud como un proceso de bienestar, la incidencia del sector sanitario es limitada y en los que el nivel estructural, social y político es mucho más determinante.

La APS universal requiere avanzar hacia una visión de salud de las personas más allá de la dimensión estrictamente individual, incorporando con ello la importancia del barrio, el municipio y el territorio. Al mismo tiempo, desde sus respectivas tradiciones (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, sociología, antropología, ciencias de la educación, entre otras) se aportan herramientas y saberes que enriquecen los respectivos marcos teóricos de cada entorno específico, convirtiendo el espacio de la participación y el trabajo comunitario en salud en un amplio campo de conocimiento interdisciplinario.

Por otra parte, tampoco podemos ignorar la importante influencia que tienen en la construcción de estos marcos teóricos y prácticas, las experiencias concretas vinculadas a movimientos sociales, políticos, vecinales e incluso artísticos, muy próximos al ecologismo social, el feminismo, el urbanismo crítico o la defensa de los colectivos en situación de vulnerabilidad social.

La participación de los equipos de atención primaria y salud pública en estos procesos, así como la complementaria orientación comunitaria desde sus niveles asistenciales específicos, requieren igualmente una apuesta política, institucional y formativa firme, lo que plantea la necesidad de una reorientación de estos servicios.

Entonces, la acción comunitaria en salud se desarrolla a través de procesos comunitarios, dado que en el territorio existen actores – agentes que tienen influencias para mejorar el bienestar de una comunidad trabajando desde diferentes sectores. Desde este nivel es posible desarrollar acciones comunitarias con un carácter intersectorial e interdisciplinario.

De este modo, la atención primaria de salud basada en activos comunitarios centra sus esfuerzos en que las comunidades reorienten su mirada al contexto y se enfoque en aquellas dimensiones que mejoran la salud y el bienestar, potencien la equidad en salud y fortalezcan sus decisiones sobre la raíz de las causas de las causas. Este conjunto de elementos, permiten encausar un cambio de paradigma, reforzando un enfoque más salutogénico en la población, es decir, establecer conexiones entre personas y comunidades destinadas a relevar el valor de los cuidados comunitarios desde sus trayectorias e historias socioculturales vinculadas al bienestar y su salud.

Es importante señalar que el Ministerio de Salud actualmente trabaja en la publicación de las “Orientaciones y recomendaciones para promover la Acción Comunitaria e implementar el Modelo de Activos en Salud, el cual complementará la información expuesta en este documento.

Modelo de Activos en Salud: El Modelo de Activos en Salud, define los activos para la salud como factores o recursos que potencian la capacidad individual o comunitaria para mantener la salud y el bienestar. Relacionado directamente con la Promoción de Salud, este modelo opera desde una

visión positiva de la salud. Los activos se encuentran en el entorno cercano y son reconocidos por las personas como elementos que contribuyen a su salud y bienestar. El proceso de identificación de activos en una persona, grupo o comunidad se denomina "mapeo". Este es un proceso reflexivo, comprensivo y dialógico que permite visualizar los factores y recursos generadores de salud y bienestar. Los activos se identifican mediante procesos participativos y técnicas facilitadoras. La construcción de mapas de activos comunitarios representa gráficamente acciones dinamizadoras en los territorios, conectando, vinculando y dando sentido colectivo a las acciones. Esto contribuye a la gestión de equipos para la coproducción en salud, cuidado colectivo y autocuidado en salud.

La **cartografía o mapa social** es una metodología participativa que permite realizar una aproximación sobre un determinado territorio (espacio vivo, con sentido de vida y en constante cambio) consolidando un sentido de pertenencia a partir de representaciones gráficas de la realidad existente en la comunidad. Consiste en la identificación de las riquezas y recursos de la comunidad que generan salud entre sus integrantes a través de un proceso participativo y centrado en lo que nos hace estar sanos. Es importante diferenciar los conceptos de recursos comunitarios con el de activo comunitario. Un **recurso comunitario** puede estar definido previamente en un mapa desde distintas fuentes de información. Un **activo comunitario** es aquel que es definido por la comunidad como activo, y finalmente es fruto de un proceso comunitario. Por lo tanto, un recurso comunitario no es necesariamente un activo comunitario.

El mapa se configura como una representación gráfica de aquellos fenómenos presentes en la comunidad y esquematizan la realidad existente y las relaciones territoriales a través de signos, símbolos y palabras que se identifican por medio de convenciones. En definitiva, el mapeo es una práctica que busca cartografiar espacios, relaciones sociales, actores y otras acciones y eventos significativos para el territorio, entendiéndose como un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad sobre la salud y el bienestar comunitario e individual.

- **Elementos distintivos de la cartografía social**

- ✓ Posibilita el abordaje no solo de problemas sociales, sino también de la manera en la cual se integran los diferentes actores en los procesos de co-construcción social del conocimiento, intercambio colectivo de saberes, y adicionalmente en la identificación de sus recursos para la transformación de sus realidades.
- ✓ Las personas y comunidades analizan su contexto e identifican todos aquellos elementos que pueden mejorar de manera integral su salud y que producen bienestar individual y comunitario.
- ✓ Genera redes locales.
- ✓ Potencia iniciativas comunitarias.
- ✓ Visibiliza y prioriza los problemas de salud de los territorios para su abordaje.
- ✓ Evidencia problemas de salud medioambiental.
- ✓ Potencia el trabajo intersectorial, coordinando acciones conjuntas para el bienestar y calidad de vida de las comunidades.
- ✓ Amplía el concepto de salud más allá de la enfermedad considerando aquellos recursos que ya disponen las comunidades para el empoderamiento de su salud.

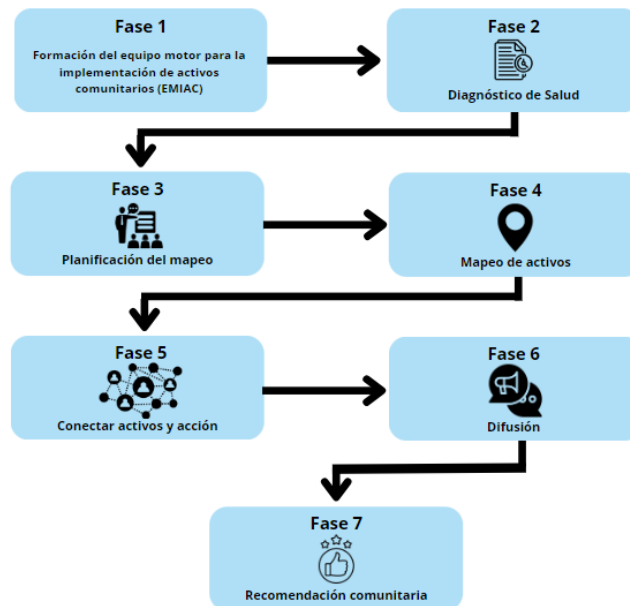
- ✓ Se trabaja bajo un concepto amplio de salud, desde una perspectiva de calidad de vida y bienestar. La salud del territorio se amplía más allá de los centros sanitarios.

Los elementos antes mencionados tienen como objetivo centrarse en los procesos y no solamente en el producto final, permitiendo dar lugar a diálogos constantes que propicien construcción de sentidos del territorio y sujetos, permite reconocer actores e intereses, relaciones de poder entre otros.

Etapas del proceso de mapeo de activos comunitarios.

Se identifican siete fases o etapas para llevar a cabo este ámbito.

Diagrama 12. Fases para el mapeo de activos comunitarios



- **Fase 1: Formación del equipo**

La fase preparatoria para la creación de una cartografía de activos comunitarios requiere una cuidadosa formación del equipo implementador. En esta etapa inicial, es crucial que el equipo de participación/promoción de la salud comunal y de cada CESFAM tome un papel de liderazgo, integrando a profesionales de otros ámbitos relevantes como SECPLA y DIDECO, y a representantes de la comunidad, debe ser intersectorial y representar diversas perspectivas y habilidades. Este enfoque multidisciplinario es esencial para garantizar una planificación activa, una ejecución detallada y una sistemática evaluación del proyecto. La colaboración entre diferentes sectores y la participación ciudadana enriquecerán el proceso, proporcionando una visión más completa y diversa de los activos comunitarios en el área de estudio.

Las principales tareas son:

- Realizar investigación preliminar, es decir, antes de iniciar, es crucial investigar procesos comunitarios existentes para desarrollar sinergias y evitar la sensación de invasión o menosprecio de esfuerzos previos. Ejemplo de ello son mesas locales de salud, redes locales de salud, planes de acción local de salud, plataforma de participación ciudadana y consejos de salud.
- Diagnóstico de Salud: realizar un análisis exhaustivo de la salud en la zona.
- Contar con un mapa actualizado del territorio, delimitando el espacio territorial de la población a cargo del CESFAM y la sectorización respectiva. Se espera que dicho mapa sea elaborado en una escala de tamaño que permita mapear los activos.
- Designar a las personas que ocuparán los perfiles para la administración del GeoPortal.
- Establecimiento de objetivos y normas: consensuar los objetivos, normas de funcionamiento y liderazgo desde el inicio.
- Asegurar la coordinación, calidad y equidad en todo el proceso.
- Mantener informados a los participantes y a la comunidad sobre el progreso del proyecto.
- Definir metodología de la comuna para el mapeo activos comunitarios
- Planificación del proceso de mapeo de activos comunitarios.
- Acompañar el proceso de cartografía social en las 7 fases de implementación.

Es importante señalar que esto no reemplaza al equipo que lidera los procesos de promoción de la salud y participación, por lo que se sugiere que, si ya existe dicho espacio, se incorpore esta actividad como una función.

- **Fase 2: Diagnóstico de salud**

Es fundamental trabajar con los participantes en la comprensión del concepto “activos comunitarios”. Esto implica dialogar sobre la relevancia de la salud en el contexto territorial y comunitario, y entender la salud como una construcción social. Posteriormente, es crucial disponer de herramientas y elementos variados en la cartografía, incluyendo la simbología, que debe ser consensuada con los participantes. Durante el proceso de mapeo, es recomendable que los asistentes, posiblemente en grupos pequeños, identifiquen y ubiquen diversos activos en el mapa, discutiendo su relevancia. En fase final, una vez que los activos estén mapeados, es importante analizar como estos activos pueden contribuir al fortalecimiento, mantenimiento o mejora de la salud y bienestar en la comunidad. Además, resulta necesario conocer el contexto y características del territorio, este diagnóstico que se construye desde distintos espacios y que requiere una comprensión del equipo motor para poder definir informadamente las acciones a implementar que contribuyan a resolver situaciones identificadas en los diagnósticos y considere elementos contextuales ahí presentes. El diagnóstico debe considerar:

- Análisis del entorno físico: Utilizar planos básicos del municipio para entender la distribución del barrio, topografía, espacios verdes, barreras urbanísticas, y otros aspectos físicos relevantes.

- Evaluación demográfica: Analizar datos sobre distribución poblacional por edad y sexo, historia demográfica y evolución de instituciones, organizaciones y asociaciones locales.
 - Estudio socioeconómico: Recoger indicadores como la tasa de desempleo, sectores económicos predominantes, y niveles de instrucción para comprender el contexto socioeconómico.
 - Evaluación del estado de salud: Identificar los problemas de salud prevalentes para establecer prioridades de salud y planificar intervenciones efectivas.
 - Determinantes Sociales e inequidades presentes en el territorio que impactan en la salud de las personas.
 - Experiencias previas o en desarrollo de trabajo comunitario, intersectorialidad, salud comunitaria y resultados.
- **Fase 3: Planificación Mapeo de Activos**

Se debe definir o seleccionar la metodología de trabajo más adecuada según las características de la población, y establecer métodos para identificar y colaborar con grupos de apoyo e informantes claves.

El proceso de planificación del mapeo de activos debe estimular la identificación y reconocimiento de otros procesos participativos y de promoción de la salud presentes en el territorio, junto a sus actores sociales que venían y vienen construyendo opciones de salud y bienestar, valorando otras formas de conocimiento del entorno, de sus comunidades y de las interacciones sociales que, eventualmente, constituyen activos comunitarios.

Los pasos para la planificación del mapeo de activos son:

- Delimitación del área de mapeo: el equipo debe definir claramente la zona del estudio, ya sea un municipio, una población o una zona básica de salud. Esta delimitación debe basarse en criterios objetivos y conocimientos del área.
- Identificación del problema o necesidades de salud: registrar en un sistema de información o repositorio los problemas o necesidades de salud identificados, lo cual será crucial para etapas posteriores del proyecto.
- Selección de grupos de apoyo e informantes clave: identificar personas, asociaciones o instituciones con un conocimiento profundo del área y sus dinámicas sociales. Estos informantes clave aportarán información valiosa desde su posición estratégica en la comunidad.
- Definición alcance de los activos: determinar los activos relevantes según los intereses y necesidades específicas de la comunidad, enfocándose en temas o problemas de salud particulares como, por ejemplo; la obesidad, la salud mental o la drogodependencia. Es esencial que cada activo que se identifique tenga una clara argumentación de por qué genera salud.
- Establecimiento de la metodología de trabajo y recursos:

- Acordar el formato y frecuencia de las reuniones del equipo.
- Consensuar un método para la recogida y gestión de información.
- Evaluar y asegurar los recursos adicionales necesarios para el mapeo, como planos, fotografías, cartulinas, entre otros.

- Fase 4: Mapeo de Activos

Existen distintas técnicas para la identificación de activos y recursos comunitarios, las que pueden ser cuantitativas, como formularios, o cualitativas, como entrevistas, grupos focales, paseos comunitarios, conversaciones informales, asambleas comunitarias, etc. La elección puede ser de una o más técnicas y depende del conocimiento del equipo y de la disponibilidad de los informantes. La información recopilada debe ser organizada en una plantilla para su posterior análisis.

Tabla 8. Resumen de técnicas cualitativas sugeridas para la recopilación de activos comunitarios para la salud

Técnica	Metodología
Entrevista individual a la población	Entrevista cara a cara en que el informante (miembro de la comunidad) expresa sus perspectivas, experiencias y sentimientos sobre la comunidad y los aspectos positivos y negativos sobre los recursos o activos.
Entrevista individual a los profesionales	Entrevista cara a cara en que la persona que recoge la información (del equipo motor) pregunta sobre tareas que funcionarios llevan a cabo y pueden ser importantes para la comunidad (mejoras, aspectos positivos de sus tareas, entre otros)
Grupos focales y de discusión	Conversación de un grupo pequeño diseñado para obtener información de un tema de interés común, con un guion de preguntas y la ayuda de un moderador. La conversación puede estar ajustada al guion o ser más abierta.
Grupos de discusión, grupos focales de expertos	Encuentro entre personas de conocimientos técnicos y homogéneos con un moderador (del equipo motor) que dirija la sesión con preguntas estructuradas que se orienten a definir los aspectos positivos de su tarea como profesional la comunidad y que seas importantes para mejorar la salud de la población.

Mapeo directo de activos (<i>Anexo N°9</i>)	Se basa en la reunión de un grupo de personas, conducida por el equipo motor, con el objetivo de identificar activos sobre un mapa de las calles del barrio o zona seleccionada.
Paseos de Jane	Técnica inspirada en las ideas de la urbanista Janes Jacobs que consiste en paseos por el barrio, dirigidos por agentes de la comunidad, en donde el grupo debe ir identificando activos y geocalizándolos en el mapa del territorio. Esta técnica suele complementarse con la de Fotovoz, donde los participantes van tomando fotos de los activos detectados y grabando sus reflexiones.
Fotovoz	Se presenta una fotografía de su barrio o calle a un grupo de personas informantes y se les pide que reflexionen sobre sus activos y los identifiquen. De esta manera se debe desarrollar conciencia crítica e intercambio de opiniones.
Registro mediante fichas	El informante debe rellenar fichas dependiendo de los activos que haya identificado. Es el proceso más simple ya que el informante puede decidir qué información quiere transmitir en el momento más idóneo para él y no es necesario que vaya acompañado por el equipo motor. Una vez que haya rellenado las fichas, debe hacerlas llegar al equipo motor para su análisis.

A continuación, se presentan las distintas categorías de activos comunitarios y ejemplos de ellos, que guiarán la identificación y mapeo de estos:

Tabla 9. Categorización de activos que pueden identificarse según el modelo de desarrollo comunitario basado en activos

Activo	Descripción	Ejemplo
Personas	Son las personas que se implican activamente en la vida del barrio y que, por sus circunstancias personales o por su profesión, actitud o motivación, pueden actuar como dinamizadoras de las actuaciones que	Personas relevantes del barrio, seguridad, profesionales del centro de salud, funcionarios de jardines infantiles, escuelas e institutos, personas mayores, vecinos, vecinas, niños y niñas, entre otros.

	se lleven a cabo para mejorar la situación de barrio.	
Asociaciones	Se incluyen asociaciones formales, redes informales, modos en cómo la gente se relaciona e intercambia conocimientos, experiencias y que, de alguna manera pueden tener incidencia en hacer más saludable la vida y a la gente del barrio.	Clubes deportivos, asociaciones juveniles, grupos de voluntarios, grupos religiosos, grupos de apoyo, asociaciones de vecinos, juntas de vecinos, consejos de desarrollo local, asociaciones de usuarios, clubes de adultos mayores, entre otros.
Instituciones y servicios	Todos los recursos de las organizaciones formales e instituciones que pueden incidir en la promoción de la salud de las personas del barrio; servicios públicos que ofrecen a la ciudadanía y, en general, cualquier activo que puedan poner al servicio de la comunidad para mejorar su bienestar.	Servicios municipales, oficinas municipales, centro cívico, establecimiento larga estadia para personas mayores, carabineros, bomberos, centros de salud, hospitales, establecimientos educacionales, federaciones deportivas, sindicatos, iglesias, templos, entre otros.
Espacios físicos	Recursos del entorno físico y natural que hay en la comunidad, incluidos aquellos que, a veces, no se tienen en cuenta o está infrautilizados, y pueden ser identificados por los vecinos como susceptibles de uso para actividades generadoras de bienestar.	Parques, plazas, jardines, piscinas, ciclovías, paseos peatonales, edificios municipales, huertos urbanos, mascotas comunitarias, memoriales, entre otros.
Elementos de la economía	Los comercios y, en general, actividades económicas que desarrollan en la comunidad tienen una influencia importante en la salud de los vecinos. La actividad	Tiendas de alimentos, supermercados, mercados, verdulerías, ferias libres, panaderías, pescaderías. Restaurantes, gimnasios,

	económica es, de hecho, un motor de cambio que puede incrementar los recursos de que se dispone y poner al alcance de los vecinos productos y servicios que hagan más fácil adoptar hábitos de vida saludable.	tiendas de deportes, lugares de ocio.
Cultura	La vida cotidiana puede estar llena de arte y cultura, y puede esto incidir positivamente en la salud de quien lo habita, aprovechando las oportunidades de vida activa, de creación de redes, de mejora de las relaciones interpersonales o de autoestima.	Museos, centros culturales, bibliotecas, exposiciones, música, danza, clubes de lectura, rutas guiadas, espacios culturales para distintas edades, conciertos, entre otros.

Fuente: Elaboración propia adaptada de Mariano, et al. (2019). Salud comunitaria basada en activos, Andalucía.

En la tabla a continuación se presentan distintas técnicas de identificación de activos, la cual tiene el objetivo de apoyar en la elección de la técnica a utilizar.

Tabla 10. Elección de técnicas para identificar activos comunitarios según categoría

Activos	Técnicas							
	Entrevista individual a la población	Entrevista individual a los profesionales	Grupos focales y de discusión	Grupos de discusión, grupos focales de expertos	Mapeo directo de activos	Paseos de Jane	Fotovoz	Registro mediante fichas
Intangibles	++	++	+	+	++	+++	+++	+++
Personas	+++	++	+++	+++	++	+++	++	+++
Asociaciones	++	++	++	++	+	++	+	+
Instituciones y servicios	++	++	++	++	+	++	+	+
Espacios físicos	++	++	++	++	++	+	+++	++
Elementos de la economía	++	++	++	++	+	+	+	++
Cultura	++	++	++	++	++	++	++	++

Simbología:
 +++: Técnica muy adecuada ++: Técnica adecuada +: Técnica podría ser adecuada con modificaciones

Fuente: Elaboración propia adaptada de López, et al. (2017). Guía ampliada para la recomendación de activos en el sistema sanitario

Es importante que, independiente de la técnica de recopilación utilizada, se pueda enfocar la identificación de los activos a aquellos que generen salud en las personas y comunidades.

Tabla 11. Preguntas orientadoras sugeridas para dirigir identificación de activos

Activo	Descripción
Personas	¿Qué personas son activos (personas positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en el barrio? Piensa por qué crees que cada una de esas personas es un activo y escríbelo
Asociaciones	<p>¿Qué grupos informales son activos (grupos positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en el barrio? Escribe por qué crees que cada uno de esos grupos identificados es un activo</p> <p>¿Qué asociaciones o entidades son activos (asociaciones positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia el barrio? Escribe por qué crees que cada una de las asociaciones o entidades identificadas es un activo</p>
Instituciones y servicios	<p>¿Qué instituciones son activos (instituciones positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en el barrio? Escribe por qué crees que cada una de las instituciones identificadas es un activo</p> <p>¿Qué servicios son activos (servicios positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en el barrio? Escribe por qué crees que cada uno de esos servicios identificados es un activo</p>
Espacios físicos	¿Qué espacios o lugares o infraestructuras son activos (espacios positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en el barrio? Escribe por qué crees que cada uno de esos espacios o lugares identificados es un activo
Elementos de la economía	¿Qué elementos de la economía local son activos (elementos positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en el barrio? Escribe por qué crees que cada uno de esos elementos de la economía local identificados es un activo
Cultura	¿Qué expresiones culturales son activos (expresiones culturales positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en el barrio? Escribe por qué crees que cada una de las expresiones identificadas es un activo

Fuente: Elaboración propia adaptada de Sánchez Casado Et al. (2018). Dinamización de un mapa de activos para la salud desde el sector asociativo.

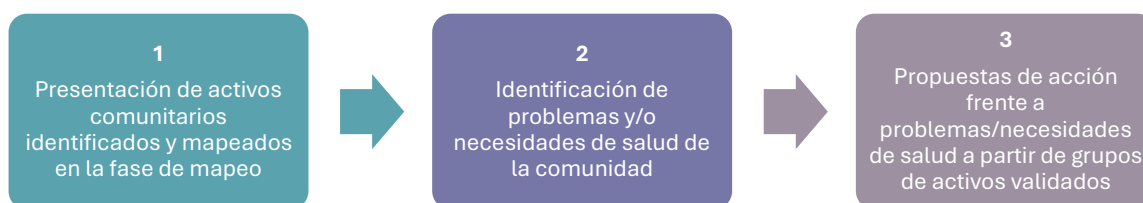
Finalmente, se debe utilizar la plataforma de **GeoPortal**, para catalogar y visualizar los datos recogidos. Cualquier persona con un usuario previamente solicitado a su gestor de GeoPortal puede acceder a través del enlace geoportal.fonasa.cl, donde encontrarán un manual de uso de la plataforma y también los recursos comunitarios desde distintas fuentes de información. Las comunas pueden disponer de esta herramienta para el desarrollo del mapa de activos comunitarios.

Es importante que el equipo defina perfiles para el GeoPortal y un administrador que pueda actualizar regularmente los activos de la comuna, idealmente 1 vez a la semana. La definición de perfiles y sus funciones se encuentran detallados en el manual de usuarios disponible en la página web anteriormente descrita.

- **Fase 5: Conexión entre activos y acción**

El EMIAC seleccionará activos comunitarios validados basándose en su clara relación con la mejora y mantenimiento de la salud y bienestar, enfocándose en problemas comunes de la comunidad. Después se acordará la inclusión de estos activos en el mapa de forma consensuada, buscando conectar los activos identificados con las necesidades de salud de la comunidad, formulando propuestas de estrategias de acción frente a dichas necesidades, con enfoque en la promoción y prevención.

Para esta etapa se sugiere organizar una jornada participativa con distintos actores relevantes que hayan participado del proceso de identificación de activos, y tiene por objetivo construir una visión a largo plazo para la toma de decisiones y movilización de acciones conjuntas con el intersector, para abordar necesidades y propuestas de mejora/soluciones. Esta jornada debe organizarse en tres partes, detalladas a continuación:



1. *Presentación de activos comunitarios identificados y mapeados en la fase de mapeo:* se debe presentar a los asistentes el resultado de la identificación y mapeo de activos realizado en la etapa anterior. Es sugerible que se refuercen los conceptos de salutogénesis y modelo de activos comunitarios en salud.
2. *Identificación de problemas y/o necesidades de salud de la comunidad:* los problemas deben identificarse en una primera instancia de forma individual y luego de forma grupal, dividiendo a la audiencia, para llegar a un consenso de problemas priorizados.

Para la actividad individual, se debe responder:

- a) En relación con la salud y la convivencia, piensa en temas relevantes, necesidades o problemas relacionados a salud que detectas en el barrio.

- b) Enumera y prioriza cinco temas relevantes, necesidades o problemas que hayas identificado.
- c) Ordena del 1 (mayor importancia) al 5 (menor importancia) estos temas relevantes, necesidades o problemas.

Para la actividad grupal, se debe responder:

- a) En relación con la salud y la convivencia, cada participante del grupo debe presentar los temas relevantes, necesidades o problemas relacionados a salud que haya identificado en la etapa individual.
 - b) Enumerar y priorizar cinco temas relevantes, necesidades o problemas que se hayan identificado en el plenario.
 - c) Ordenar del 1 (mayor importancia) al 5 (menor importancia) estos temas relevantes, necesidades o problemas.
3. *Propuestas de acción frente a problemas/necesidades de salud a partir de grupos de activos validados:* en los mismos grupos de trabajo o en grupos nuevos, se deben formular propuestas de acción para los problemas identificados priorizados, que contengan dentro de su plan la participación de los activos identificados y validados, de forma de concretizar el aporte de estos a la salud y bienestar de la comunidad. En una etapa posterior, estas propuestas podrían trabajarse de forma intersectorial para el abordaje de las problemáticas desde la salutogénesis y el modelo de activos, considerándolas para el trabajo de mesas territoriales de los centros de salud y/o mesas de trabajo que existan dentro de la municipalidad.

A continuación, se presenta, algunos ejemplos de cómo se deberían conectar tanto los activos, problemas identificados y propuestas de acción:



Posterior a la jornada se debe:

- Sistematizar y consolidar la información obtenida, identificando claramente los activos validados que contribuyan en la salud y el bienestar en relación con un problema común en la comunidad. Cada activo debe tener una justificación clara de su relevancia y beneficio para la salud.
- Sistematizar y consolidar la relación entre los activos identificados y las necesidades de salud de la comunidad, analizadas previamente.
- Incluir todos los activos validados y seleccionados en el GeoPortal, eliminando aquellos que no hayan sido validados como beneficiosos para la salud y bienestar.
- Desarrollar recomendaciones sobre cómo utilizar los activos identificados para estrategias de promoción y prevención de la salud, abordaje de problemas y trabajo intersectorial para sus mejoras y/o soluciones.
- **Fase 6: Devolución a la comunidad y difusión de la información**

El proceso de creación del mapa es dinámico y fomenta la participación y el empoderamiento de la comunidad en decisiones de salud. Se recomienda compartir la información con todos los participantes del mapeo, incluyendo instituciones, entidades sociales, centros educativos, asociaciones y profesionales de salud, para garantizar una amplia difusión y participación comunitaria.

Para el desarrollo de esta fase se pueden implementar diversas estrategias:

- Actualización constante del GeoPortal para activos comunitarios.
- Afiches informativos: diseño y ubicación estratégica de afiches en lugares de la comuna, como en las plazas o en los centros de salud, para aumentar la visibilidad de la estrategia con enfoque salutogénico y que detallen el portal de GeoSalud para su uso masivo.
- Distribución de mapas físicos generales o por categoría de activos por sector: los profesionales del centro de salud pueden distribuir copias físicas del mapa y la información de los activos comunitarios, con geolocalización de activos y referencias al GeoPortal para facilitar el acceso a la información.
- Promoción en Redes Sociales y Medios de comunicación: difusión del proyecto, incluyendo la creación de contenido audiovisual y la participación en jornadas o eventos relacionados.
- Disponer del mapa de activos en todos los centros de salud como también en lugares públicos comunitarios, esto puede ser en formato papel, digital, a través de un QR, entre otros.
- Compartir y difundir con todo el equipo de salud de la comuna, pues el mapa es un insumo muy valioso para la recomendación social de activos y así poder trabajar clínicamente en los recursos que ya están disponibles en la comunidad, pudiendo favorecer la recuperación, mantención y fortalecimiento de la salud de las personas, familias y comunidades.
- Compartir y difundir con otros departamentos municipales, pues también es un insumo para el trabajo intersectorial y el fortalecimiento de las comunidades.
- Jornada de devolución de mapeo de activos comunitarios.

Fase 7: Recomendación de activos de la comunidad (RA)

El mapeo de activos no solo genera nuevas alianzas, sino que también inicia un proceso de intervención comunitaria esencial para aprovechar las fortalezas de la comunidad. Un modelo de recomendación comunitaria permite a los profesionales de la salud y a la comunidad utilizar activos catalogados más efectivos para abordar problemas específicos. Este enfoque integra la información de los activos en el sistema de salud, facilitando que los profesionales proporcionen a los pacientes información relevante sobre los activos que pueden ser beneficiosos en sus procesos de salud. Esta etapa está construida y adaptada desde la Guía ampliada para la recomendación de activos en el sistema sanitario.

La recomendación de activos de la comunidad (RA) es un proceso a través del cual un(a) profesional de la salud y la persona usuaria que acude a su atención de salud, identifican juntos el tipo de actividades que pueden ser beneficiosas para afrontar un determinado problema de salud. La RA se realiza en el marco de una relación asistencial centrada en la persona, donde se trabaja el abordaje de los motivos de consulta con una orientación biopsicosocial. La recomendación de activos se realiza en la última parte de esta, dentro del plan consensuado con la persona.

La RA tiene por objeto ampliar las opciones disponibles cuando se realiza el plan consensuado. El/la profesional de salud explora junto con la persona sus necesidades, intereses y resistencias, pactando medidas que cumplir, mejorar su salud y aportarle bienestar. Brinda a la persona la oportunidad de asumir la responsabilidad y fomenta el compromiso.

De este modo, la RA está orientada a mejorar las condiciones para la salud y el bienestar, desarrollando los talentos, habilidades y capacidades de las personas, grupos y comunidades para el bienestar y para el afrontamiento de las dificultades de la vida cotidiana. En esta perspectiva, la producción social de la salud se refiere a la activación de los procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud individual y colectiva con base en el esfuerzo positivo de toda la comunidad.

Actualmente se dispone de una amplia evidencia sobre la medida en que el capital social y el nivel de cohesión dentro de la comunidad generan salud y reducen la mortalidad. Un metaanálisis publicado el 2010 en la revista PLoS Medicine señala que las personas con redes sociales más fuertes tienen un 50% más de probabilidad de supervivencia que aquellas con redes más débiles. Estos resultados indican que la influencia de las relaciones sociales en el riesgo de muerte es comparable con factores tales como el consumo de tabaco y alcohol y superan la influencia de otros factores de riesgo como la inactividad física y la obesidad.

A lo anterior se le suman como beneficios de la puesta en marcha de la recomendación de activos:

- ✓ Aumento de la autoestima y confianza, sentido de control y empoderamiento.
- ✓ Mejoras en el bienestar psicológico o mental.

- ✓ Disminución de síntomas de ansiedad y / o depresión y del estado de ánimo negativo.
- ✓ Aumento en la sociabilidad, habilidades de comunicación y conexiones sociales.
- ✓ Reducción del aislamiento social y de la soledad, apoyo a personas difíciles de alcanzar.
- ✓ Mejoras en la motivación y el significado en la vida dando esperanza y optimismo sobre el futuro.
- ✓ Mejoras en la salud física y un estilo de vida más saludable.
- ✓ Adquisición de aprendizajes, nuevos intereses y habilidades, incluyendo habilidades artísticas.

- **Recomendaciones de activos esperadas en una atención de salud**

Existen diversos tipos de recomendaciones de activos, sin embargo, se trabajará con 2 de ellas que hacen sentido en el desarrollo de la atención primaria universal. El tipo a utilizar se definirá según las necesidades identificadas, el plan consensuado y las proyecciones de la persona que consulta. Es altamente aconsejable que el centro de salud cuente con un protocolo de derivación de activos que permita realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de resultados e impacto en salud y bienestar a las personas que se le realiza alguna RA.

Los tipos de RA se detallan a continuación:

1. Recomendación de activos con múltiples opciones

En este proceso de trabajo, que será el más frecuente a utilizar, la persona puede participar o ser derivada a múltiples recursos comunitarios a través de un itinerario específicamente diseñado para ella y que respondan sus intereses y necesidades. Es ideal que, posterior a la consulta, exista un facilitador o referente para llevar a cabo el seguimiento de todo el proceso de derivación hacia un recurso comunitario, pero entendiendo que, dependiendo del volumen de personas que se beneficien de la RA, será opcional para el centro de salud disponer de esta persona. La persona facilitadora es la encargada de acompañar a la persona que consulta en todo el proceso y encontrar factores que faciliten que pueda asistir a las actividades seleccionadas, esta puede ser del equipo de salud o de la comunidad usuaria.

Es necesario disponer de circuitos de derivación específicos en función de la casuística de las personas que acuden a consulta y los recursos comunitarios de los que se dispongan. Estos últimos tienen que ser conocidos por los y las profesionales que realizan esa recomendación y acompañamiento.

2. Recomendación de activos avanzada

Este tipo de recomendación de activos tiene una presencia minoritaria en las RA, ya que exige un mayor nivel de coordinación e integración con los distintos recursos comunitarios que se encuentran trabajando en la zona.

Esta recomendación se caracteriza por:

- Hay uno o varios referentes identificados, tanto en el centro de salud como en la comunidad, con un circuito de derivación y consulta específico.
- Se lleva a cabo un abordaje integral de las necesidades que presenta la persona, con un abordaje multicausal que trata de incidir con los recursos disponibles en la comunidad, no solo en las conductas problemáticas o en los estilos de vida de la persona, sino también en las causas que originan estos problemas (sociales, ambientales, etc). Un ejemplo de este tipo de intervenciones podría ser una persona con malos hábitos alimenticios y un problema de salud asociado. La intervención en este caso no solo irá destinada a modificar esos hábitos, sino que se explorarán sus causas (aislamiento social, escasez de recursos económicos, acceso a alimentación saludable, etc.) de manera que se traten de identificar y recomendar recursos que puedan abordar cada una de estas casuísticas de forma integrada.
- En este tipo de actuaciones es necesario disponer de procedimientos claros de valoración integral o interdisciplinaria, seguimiento y evaluación de las personas en su proceso de trabajo comunitario, así como de todo el itinerario específico que se ha diseñado para abordar su situación basal.
- En último lugar, este tipo de recomendación trata de lograr mejoras en las personas en términos de salud y bienestar a medio y largo plazo actuando no solo con la persona que acude a consulta, sino también sobre los determinantes.
- **Criterios de recomendación de activos según prestación y usuarios**

La recomendación de activos, con las técnicas descritas anteriormente, debe realizarse a los siguientes grupos de personas y tipos de prestaciones:

- Personas beneficiarias de ECICEP.
- Personas con historia de problemas de salud mental.
- Personas policonsultantes.
- Personas socialmente aisladas (soledad, relaciones sociales disfuncionales).
- Personas que no se benefician de medicina clínica y tratamiento farmacológico.
- Personas con 3 o más derivaciones a nivel secundario en el último año.
- Personas con pérdidas recientes (duelo).
- Personas cuidadoras.

- **Cómo hacer recomendación de activos desde la consulta**

Para realizar la RA es esencial que exista una entrevista profunda que aborde aspectos que permita identificar el problema y cómo le afecta, pero también sus intenciones para realizar cambios, pasatiempos, autocuidado, entre otros.

Para ejemplificar, en el caso de una persona policonsultante, que se siente sola y la demanda que expresa y por la que acude no coincide con su problema o necesidad, los problemas que guiarían la conversación podrían ser las siguientes:

- ¿Podría contarme lo que hace durante un día normal?, ¿y un festivo?
- ¿Dónde vive y con quién?
- ¿Ha habido algún cambio en su vida últimamente?, ¿algún problema que le preocupe?, ¿cómo lo lleva? (si hay algo descrito en su historia clínica se puede hacer referencia y preguntar), ¿cómo cree que esto está afectando a su salud?
- ¿Quién le ayuda o podría ayudarle?
- ¿Qué cambios ha pensado que podría hacer para sentirse mejor?

Luego, se deberían explorar los aspectos de su vida y entorno que pueden proporcionarle bienestar y hacerle sentir bien:

- ¿Practica alguna actividad en relación con estos aspectos?
- ¿Conoce el modo en que puede acceder a ellas?
- ¿Cuáles practicaba y le gustaría poder practicar de nuevo? ¿por qué no puede practicarlas actualmente?

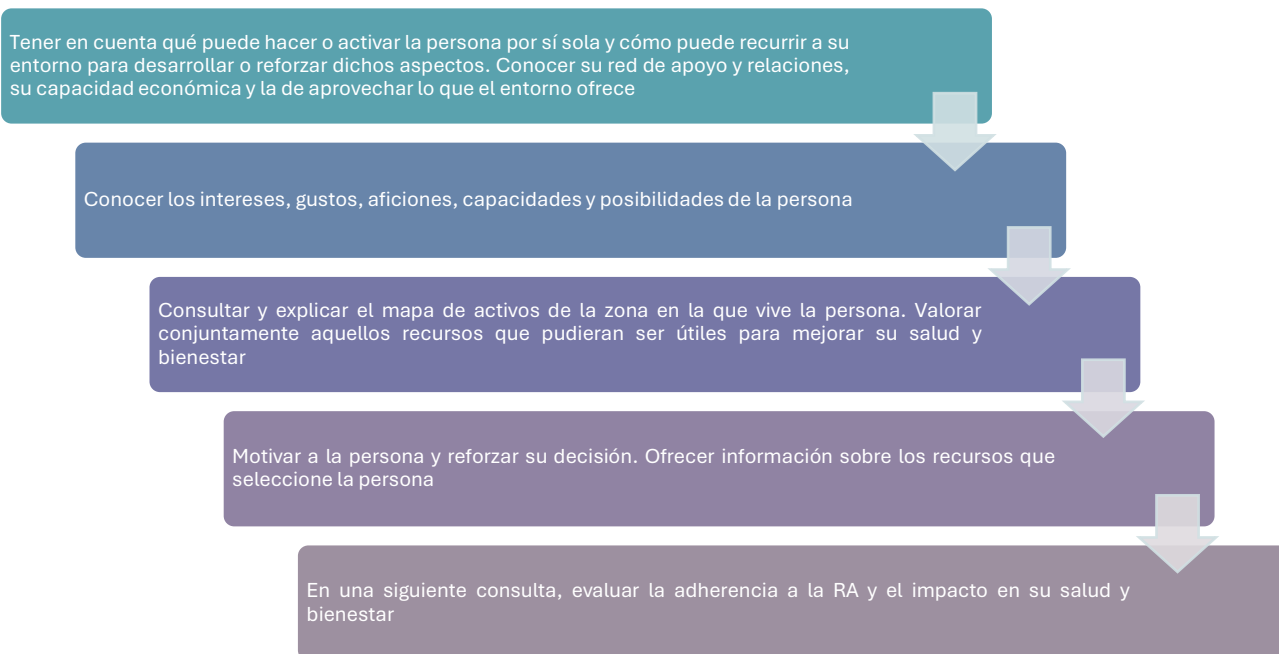
Si preguntamos por aficiones/hobbies e indica no tenerlos, explorarlo. Tal vez los tiene, pero no los reconoce como tales, los tuvo hace años y ya no los realiza o quizá puede no haberlos tenido nunca. También es importante tener en cuenta la situación económica de la persona. Aunque las actividades que se incluyen en la base de datos no son con ánimo de lucro, en algunas quizás es necesario pagar alguna cantidad de dinero.

Una vez ya terminada la entrevista y realizado el desarrollo, en la fase resolutive, continuaría lo siguiente:

1. Elaborar y sintetizar la información que tenemos de la primera fase (Ejemplo: “Por lo que hemos hablado veo que le preocupa.... y cuenta con.... y ha pensado que podría...”).
2. Compartir y consensuar con la persona que acude a consulta un plan consensuado y es en este momento cuando se define la recomendación de activos. Es recomendable utilizar técnicas motivacionales y de consenso para empoderar a la persona que acude a consulta en el control de su salud, teniendo en cuenta sus intereses y preferencias e intentando entender sus resistencias, ayudándole a buscar alternativas para vencerlas.

Ejemplo de preguntas orientadoras: ¿Te podría comentar algún activo para ver qué te parece? “Muy buena idea, eso sería estupendo...”, “seguro que has hecho cosas más difíciles...”, “otras personas lo han hecho y puede que a ti también te ayude...” “En relación con ese tema hay un taller, una actividad, una senda, ¿lo conoces?, ¿qué te gustaría?...aquí en el barrio, te la voy a enseñar”

3. Asegurarse de que la persona comprende y está de acuerdo con el plan de actuación. La actividad se puede imprimir desde la página web para que la pueda llevar en formato físico. Ejemplo de frases orientadoras: “Entonces, si le parece, podemos quedar en que...”, “Aquí, en este papel, tienes algunos de los recursos que comentamos. Van incluidos unos datos de contacto, dirección, teléfono y correo electrónico, por si quieres más información...”
4. Una vez finalizada la consulta, se espera que en una próxima cita se evalúe la adherencia a la RA y el impacto en la salud y bienestar que ha tenido en la persona.



En resumen, la RA incluye:

Perfil de cargo para el Coordinador/a comunal de Salud comunitaria y gobernanza basada en activos

En el contexto de la estrategia de Atención Primaria Universal (APS-U), la salud basada en activos comunitarios se ha consolidado como un enfoque clave para transformar los sistemas de salud hacia modelos más inclusivos, participativos y orientados a las necesidades de las comunidades. Este modelo reconoce y aprovecha los recursos y capacidades existentes en los territorios, promoviendo la participación activa de las personas y comunidades en la co-creación de su bienestar.

La APS-U posiciona a la atención primaria como el corazón del sistema de salud chileno, buscando garantizar el acceso equitativo, continuo y de calidad para toda la población. Sin embargo, este cambio requiere de la creación de nuevos roles que permitan implementar estrategias innovadoras como el mapeo y la utilización de activos comunitarios, la integración intersectorial y el uso de tecnologías que potencien la gestión comunitaria en salud.

Este cargo surge como una necesidad crítica para liderar este proceso en las comunas pioneras, asegurando la implementación efectiva de la metodología de activos comunitarios y articulando esfuerzos entre los distintos actores involucrados. Este rol no solo fortalece la APS-U, sino que también promueve la sostenibilidad del sistema de salud a través de la generación de redes resilientes y colaborativas que abordan los determinantes sociales de la salud.

El cargo de Coordinador Comunal de Salud Comunitaria y Gobernanza Basada en Activos es fundamental para consolidar la APS-U en las comunas pioneras. Su rol permite garantizar que las estrategias nacionales y locales se implementen de manera efectiva, promoviendo la equidad y el acceso a la salud desde un enfoque territorial e inclusivo.

Objetivo principal:

Coordinar y liderar la implementación del modelo de salud basado en activos comunitarios en las comunas pioneras de la Atención Primaria Universal (APS-U), integrando plataformas tecnológicas, estrategias participativas, y acciones intersectoriales que fortalezcan la salud y el bienestar comunitario.

Objetivos específicos:

- Promover y liderar la implementación del modelo de salud basado en activos comunitarios a nivel comunal, asegurando la integración comunal de las plataformas de Gestión Social Local (GSL) y Geoportal.
- Establecer un enlace eficaz entre la dirección de salud, centros de salud, los departamentos municipales, y las instituciones intersectoriales para la promoción de acciones conjuntas en salud.
- Coordinar y supervisar el desarrollo de diagnósticos participativos, mapeo y actualización de activos comunitarios en salud, utilizando herramientas tecnológicas y metodologías participativas.
- Liderar y supervisar la implementación de la metodología de activos comunitarios en todas sus fases, según las orientaciones técnicas de APS-U.
- Apoyar la planificación, implementación y monitoreo de la iniciativa especial de la OPS y otros programas prioritarios a nivel comunal.
- Fomentar la participación activa de la comunidad en procesos de planificación, implementación y evaluación de acciones en salud comunitaria.
- Generar reportes y sistematizar la experiencia de salud basada en activos comunitarios, incluyendo evidencia documental y audiovisual.

Funciones del cargo:

1. Planificación y Coordinación:

- a. Diseñar y liderar el plan de trabajo comunal para la implementación del modelo de activos comunitarios en salud.
- b. Planificar y coordinar los procesos de implementación de Gestión Social Local (GSL).
- c. Coordinar reuniones intrasectoriales con referentes técnicos de salud, con énfasis en implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).
- d. Coordinar reuniones intersectoriales y establecer acuerdos con los departamentos municipales e instituciones externas para garantizar la integración de acciones.

2. Supervisión y Monitoreo:

- a. Supervisar la implementación de las estrategias de participación social y los proyectos vinculados a la APS-U.
- b. Liderar los procesos de mapeo de activos comunitarios, incluyendo su identificación, análisis, validación y actualización.
- c. Monitorear indicadores claves del modelo de activos comunitarios y realizar ajustes técnicos según las brechas identificadas.
- d. Supervisar la ejecución de la metodología de activos comunitarios en sus 7 fases, garantizando la integración con otras estrategias comunales.

3. Correcto uso de Herramientas Tecnológicas para la salud comunitaria:

- a. Gestionar y actualizar datos en las plataformas de GSL y Geoportal, asegurando su utilización por parte de los equipos locales.
- b. Monitorear el uso de las plataformas y tomar decisiones en conjunto con referentes de las distintas áreas de trabajo sociosanitarias e intersectoriales.
- c. Apoyar la capacitación de equipos municipales y comunitarios en el uso de estas plataformas.

4. Participación Social:

- a. Facilitar procesos participativos para la identificación y priorización de necesidades de salud comunitaria.
- b. Promover la creación de redes comunitarias y la vinculación de las comunidades con la oferta de protección social formal e informal.
- c. Trabajar de manera conjunta y coordinada con los encargados de promoción y participación en salud de la comuna y los centros de salud.

5. Desarrollo de estrategias y acciones para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud:

- a. Liderar la implementación de la iniciativa especial de Determinantes Sociales (OPS) en las comunas pioneras u otras que aborden esta temática.
- b. Actuar como referente local para la articulación de dichas iniciativas con otras acciones en salud y bienestar.
- c. Monitorear la ejecución y resultados de las estrategias implementadas, proponiendo mejoras según sea necesario.

6. Sistematización y Difusión:

- a. Documentar y sistematizar las experiencias y aprendizajes de los procesos participativos y de implementación del modelo de activos comunitarios.
- b. Difundir buenas prácticas y resultados a través de informes y presentaciones en espacios locales, regionales y nacionales.

Perfil profesional:

1. **Formación:** Profesional del área social, salud pública o disciplinas afines, con al menos 10 semestres de formación académica.
2. **Experiencia:**
 - Mínimo de 2 años en APS.
 - Experiencia en gestión comunitaria, intersectorialidad y/o implementación de estrategias de salud comunitaria.
 - Experiencia en el manejo de plataformas digitales y herramientas para la gestión de información.
3. **Conocimientos:**
 - Conocimiento del modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y estrategias participativas.
 - Dominio de enfoques en derechos humanos, género, interculturalidad y determinantes sociales de la salud.
 - Conocimiento de la normativa nacional e internacional en participación social y organización comunitaria.
 - Dominio de la metodología de activos comunitarios (No excluyente).
 - Conocimiento de la red de salud local.
4. **Habilidades y Competencias:**
 - Liderazgo y trabajo en equipo.
 - Capacidad de gestión y organización.
 - Pensamiento crítico y resolución de problemas.
 - Habilidades comunicativas y relacionales.
 - Capacidad para trabajar en contextos de diversidad cultural y social.
 - Manejo de herramientas digitales y tecnologías de la información, con énfasis en aplicaciones de mapas y monitoreo de indicadores.

Consideraciones finales para el mapeo de activos comunitarios

- Durante la realización del mapeo de activos comunitarios es muy relevante sistematizar y documentar la experiencia realizada incluyendo fotos, videos y reflexiones realizadas por los participantes en todo el proceso.
- Si bien el mapa con los activos georreferenciados es un producto importante, es el proceso de elaboración y reflexión lo central de este ámbito, entendido como un proceso de construcción social de la salud.
- Es muy relevante poder disponer del mapa de activos elaborado en todos los centros de salud como también en lugares públicos comunitarios. Además, es importante compartirlo con

todo el equipo de salud de la comuna, pues el mapa es un insumo muy valioso para la recomendación de activos para poder trabajar clínicamente en los recursos que ya están disponibles en la comunidad, y que puede favorecer en la recuperación, mantención y fortalecimiento de la salud de las personas, familias y comunidades.

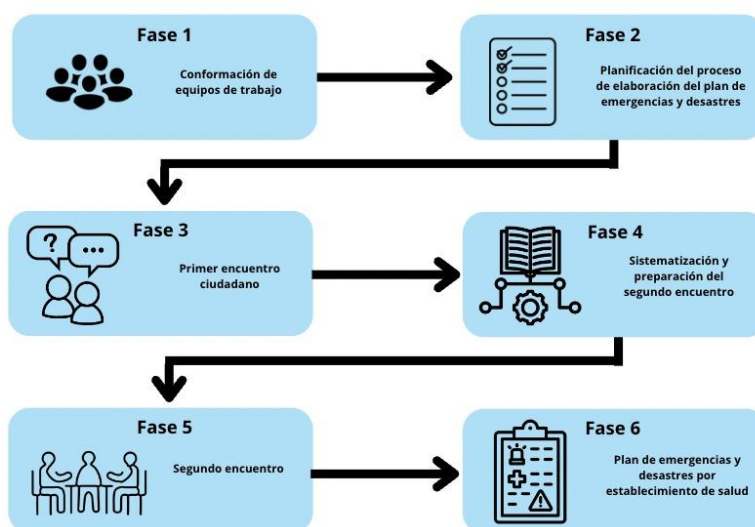
3.3 Diálogos ciudadanos: abordaje de emergencias y desastres, en el marco de una APS Resiliente

En el segundo año de implementación de la APS Universal se busca avanzar en un sistema de salud resiliente, en el entendido de que la red de APS cumple un rol central para la promoción del bienestar de las personas y comunidades y que posee atributos clave para la gestión del riesgo de desastres en salud, dados por el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario (MAIS), su extendida presencia territorial, que la convierte en el primer punto de contacto de las personas con los servicios de salud, y su amplio conocimiento respecto a la población que vive en su territorio, sus condiciones y las amenazas presentes en este. Según lo precedente, el despliegue de MAIS en los establecimientos de salud permite avanzar en comunidades resilientes, comprendida como aquellas que poseen la capacidad de anticipar, prepararse, responder y recuperarse de manera efectiva ante eventos adversos y crisis, como los desastres de origen natural y emergencias de salud pública.

El fortalecimiento de comunidades resilientes en la APS implica la habilidad de adaptarse y transformar las estructuras y procesos sociales, económicos y ambientales para reducir el impacto de dichos eventos o fortalecer la capacidad de respuesta futura (OPS). En esta línea, desde lo declarado en el MAIS, la participación social se transforma en uno de los elementos fundamentales para la gestión de acciones en atención primaria, lo que junto a los lineamientos de articulación intersectorial indicada en la “Guía para la elaboración de Planes de Emergencia de Establecimientos de Atención Primaria de Salud” (MINSAL, 2022), busca incorporar una metodología de construcción socio-comunitaria (articulación institucional y comunitaria) para el diseño, implementación y prueba (simulacros) colectiva de estos planes.

Para tales efectos, se ha diseñado un proceso que conlleva etapas o fases que se deben ejecutar para la elaboración de planes de emergencias con enfoque socio-comunitario.

Diagrama 13. Fases para la elaboración de planes de abordaje de emergencias y desastres a partir de diálogos ciudadanos



- Fase 1: Conformación de equipos de trabajo

Al igual que en las otras acciones que deben ejecutar las comunas pioneras, se sugiere conformar un equipo que lidere la implementación de este proceso, que oriente a los equipos de los establecimientos de salud y que realice la articulación de los distintos actores para fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión de riesgos de emergencias y desastres en salud.

Esta instancia actúa como un catalizador de las acciones para fortalecer la red de APS en esta materia y colabora con el o los Comité/es de Gestión de Riesgos y Desastres (COGRID) de cada establecimiento de salud, según definición de cada comuna respecto a cómo se materializa esta colaboración. Este equipo, además, será el encargado de elaborar y velar por el cumplimiento del *Plan de Trabajo comunal bianual de APS Resiliente*, orientado al fortalecimiento de capacidades locales y que podrá contener una diversidad de acciones, cuyas orientaciones para su formulación serán remitidas en el marco global de la línea estratégica de APS Resiliente, y no serán materia de estas orientaciones técnicas.

Para avanzar en los diálogos ciudadanos centrados en el abordaje de emergencias y desastres, se sugiere que previo al trabajo operativo por establecimiento de salud, se desarrollen a nivel comunal las siguientes tareas:

- Generar orientaciones, basadas en las prioridades estratégicas de la comuna para el trabajo de los comités de gestión de riesgos de cada establecimiento de salud. Las prioridades comunales habitualmente están contenidas en el Plan de Desarrollo Comunal, Plan Comunal de Salud, entre otros instrumentos de gestión municipal).

- Analizar la contribución de los planes de abordaje de emergencias y desastres por establecimiento de salud a las líneas comunales de acción, una vez concluido su proceso de elaboración.
- Actuar como vínculo para la articulación de acciones a nivel regional y nacional con los actores identificados como clave en el abordaje de emergencias y desastres.
- Planificar y coordinar acciones de carácter intersectorial destinadas a fortalecer comunidades resilientes en la comuna.

A nivel de establecimiento de salud, el equipo a cargo de liderar la ejecución de los diálogos ciudadanos, junto a los encargados de participación, será el *Comité de Gestión del Riesgo de Desastres (COGRID)* por establecimiento de APS. En el caso que no se haya conformado aún, es necesario formalizar este grupo de trabajo a la brevedad.

Se sugiere que este ámbito se enmarque en estructuras ya existentes, siendo el Comité de Gestión del Riesgo de Desastres (COGRID) del establecimiento, el ente que coordina las acciones en la fase de preparación, alerta, respuesta y rehabilitación del establecimiento ante emergencias, desastres y epidemias, según se constata en la Guía de Planes de Emergencia APS

Su constitución se ejecuta en tiempos de normalidad y durante la alerta y respuesta a situaciones de emergencias desastres y epidemias, se debe activar operativamente para abordar al evento de manera coordinada. Los COGRID deben tener reuniones periódicas y un plan de trabajo en la gestión del riesgo de desastres en las distintas fases de la emergencia y/o desastre, que incorpore la creación y actualización del Plan de Emergencias del establecimiento APS. Por lo que se justifica que sean estos comités a nivel local, los que incorporen como parte de sus responsabilidades las acciones asociadas a este ámbito.

Algunas acciones que se sugiere realizar para lograr un proceso de reflexión colectiva en el cual todos dispongan de herramientas para participar activamente, son:

- Realizar un diagnóstico comunitario sobre zonas y tipos de riesgos, recursos y/o activos comunitarios y actores significativos para el territorio a cargo del establecimiento de salud, incluyendo población de población adscrita al centro de salud (PSR, CECOSF, EMR).
 - Planificar las actividades, responsables y tiempos asociados a la elaboración del plan.
 - Generar e instalar herramientas de cuidados comunitarios ante emergencias y desastres en su territorio a cargo.
- Fase 2: Planificación del proceso de elaboración del plan de emergencias y desastres
 - Orientación y preparación de los equipos

Se realizará una jornada de transferencia metodológica, destinada a fortalecer las habilidades y competencias para la implementación de las actividades contempladas en los lineamientos para la elaboración de los planes y diálogos ciudadanos. Participar en esta instancia es habilitante para la realización de los encuentros ciudadanos y posterior elaboración de los planes.

El objetivo de esta jornada es generar un espacio de transferencia metodológica que entregue a quienes lideran la temática en la comuna los elementos y conocimientos necesarios para elaborar planes de emergencias con enfoque sociocomunitario y con pertinencia territorial, es decir, bases que promuevan el fortalecimiento comunitario, la participación social y la colaboración intersectorial.

En el caso de las comunas que ya realizaron el inicio de esta planificación e implementación durante el año anterior, se recomienda utilizar las mismas herramientas y métodos, pero basándose en la revisión de todo el contenido emergente anteriormente.

- **Análisis comunal sobre condiciones para la prevención y abordaje de emergencias y desastres**

Para la realización de los encuentros ciudadanos, es necesario realizar un análisis de las condiciones comunales, que incluya:

- a. Mapeo de actores significativos del territorio.
 - b. Análisis de riesgos comunales: para esta acción contarán con información generada a partir de bases de datos nacionales. Esto se disponibilizará a través del Sistema de Información Territorial en Salud (SITS).
 - c. Identificación de Recursos/ activos comunitarios: a partir de la información disponible en el Geoportal, plataforma en la cual se registrar los recursos y activos comunitarios, se deben identificar cuáles de ellos constituyen una base que favorezca el abordaje de emergencias en salud pública y desastres.
- **Planificación local del primer encuentro, por establecimiento de salud**

Es necesario acordar y trabajar en distintos elementos que permitirán ejecutar un encuentro ciudadano en el cual exista la participación de representantes de distintos grupos presentes en la comuna.

- 1) Definir convocatoria: en lo referido a invitados/as y medios de contacto, es fundamental planificar acciones dirigidas a lograr participación de personas o grupos que habitualmente no tienen representación o su grado de involucramiento es menor. Aquello se traduce en planificar acciones específicas de convocatoria y adecuación de horarios y lugares que fomenten la participación de grupos históricamente marginados de estos espacios por las condiciones.

Para esto, es pertinente utilizar el mapa de actores del sector, instrumento que debe estar actualizado y que permite partir desde una base para realizar las convocatorias. Este mapa es uno de los elementos incorporados en la pauta de acreditación del MAIS, en el ámbito de identificación de actores locales y del intersector, por lo que los debería estar disponible en los establecimientos de salud. En el caso de no contar con este, se sugiere que se trabaje como parte del fortalecimiento del MAIS y posteriormente ponerlo a disposición de este proceso.

Es conveniente apoyarse en los líderes o lideresas de la comunidad y utilizar los medios de comunicación más concurridos por las vecinas/os para la convocatoria al encuentro ciudadano. Algunas de las organizaciones que deben tener representación en los diálogos son las siguientes:

- Organizaciones Sociales
- Juntas de Vecinos
- Consejos de Desarrollo Local
- Funcionarias(os)
- Agrupaciones de usuarios y/o pacientes
- Comunidades y/o asociaciones indígenas
- Centros de padres y/o apoderados de escuelas públicas, subvencionadas y privadas
- Centros de estudiantes
- Comunidades educativas (jardines, colegios)
- Organizaciones de fomento productivo
- Organizaciones juveniles
- Instituciones religiosas
- Carabineros, Bomberos, Cruz Roja, CONAF
- Organizaciones no gubernamentales
- Otras

Se sugiere que la convocatoria a los diálogos ciudadanos se realice por distintas vías, evaluando los mecanismos según las características de la población de la comuna. El uso de medios digitales (redes sociales, página web, correo electrónico), difusión por medios de comunicación locales (radios, diarios, televisión comunal) o en lugares estratégicos (juntas vecinales, colegios, plazas, etc.) e incluso invitaciones puerta a puerta, son algunos de los canales que se deben evaluar.

- 2) Logística del encuentro: se deben considerar espacios suficientes y que permitan una interacción fluida entre los asistentes. Con el fin de estimular la asistencia de personas cuidadoras de niñas, niños y adolescentes, se recomienda establecer un espacio de cuidado infantiles. Además, la planificación de acciones que otorguen las facilidades para la asistencia de las personas con mayor dificultad de acceso y otras acciones sanitarias, tales como vacunación, realización de exámenes de medicina preventiva, entre otros.

También es parte de la preparación del encuentro, definir los roles que cumplirán los representantes de las instituciones organizadoras (comuna, servicio de salud y SEREMI de salud) y de invitados, tales como representantes de otras instituciones, autoridades ministeriales, representantes políticos de la región o comuna. Se sugiere que sean las Autoridades Comunales (Alcaldes y Alcaldesas) quienes lideren en términos de representación del espacio y que puedan estar presentes en la apertura y discusión de conclusiones.

En este espacio se recomienda resaltar el trabajo de los equipos locales, para lo cual los equipos de la SEREMI de Salud y Servicio de Salud son un apoyo técnico y logístico fundamental para la correcta ejecución de los encuentros, pudiendo ser incluso un apoyo operativo, según las dinámicas acordadas por el equipo de trabajo. Deben ser acordado, previo a los encuentros, quienes cumplirán los distintos roles, tales como:

- Maestro/a de ceremonia: quien conduce el encuentro en términos de presentación de Autoridades e introducción de los bloques que componen el diálogo.

- Facilitador de la discusión en los grupos pequeños: además de los facilitadores que se definan en los grupos de discusión, se debe contar con personas capacitadas en metodologías participativas, que velen por el buen desarrollo de la discusión en cada grupo.
- Encargado/a de acta: se debe definir si existirá algún representante institucional en cada grupo de discusión para sistematizar las reflexiones o si este será un rol que se otorgará a los asistentes del encuentro.
- Conductor/a del espacio de discusión grupal: quien concluye el espacio de trabajo grupal, dirigiendo la presentación de cada grupo, moderando los tiempos y destacando elementos presentados por cada grupo.

También es importante acordar responsabilidades en los aspectos logísticos, por ejemplo: quién o quiénes serán los responsables de posibles puntos de vacunación, de traslados de funcionarios/as, entre otros aspectos.

- 3) Preparación del material base para el primer encuentro ciudadano: para el primer segmento del encuentro ciudadano es necesario contar con un insumo gráfico que dé cuentas de los riesgos identificados en el territorio a cargo del establecimiento y de los recursos y activos comunitarios que disponen para su abordaje. Es por ello por lo que, en la preparación del primer encuentro se debe trabajar el mapa de riesgos y recursos y activos comunitarios específicos para la comunidad de ese territorio, basados en el mapa comunal trabajado por la Comunidad comunal para la APS Resiliente, discusiones internas y otros insumos que dispongan y que permita tener una mirada completa de dicho sector.

Es importante definir la manera en que se presentará esta información, pudiendo utilizar diversos medios para ello, tales como, presentación digital, impresión gráfica, gigantografía, etc.

- **Fase 3: Primer encuentro ciudadano**

La estructura sugerida para el primer encuentro incluye las siguientes acciones:

- **Presentación de material para la discusión**

Esta presentación incluye información a nivel del territorio a cargo del establecimiento de salud y constituye la primera aproximación de los asistentes al trabajo que realizaron el COGRID local. El objetivo es que las y los participantes tengan una perspectiva global sobre el material.

Se sugiere presentar:

- Los riesgos identificados a partir de distintas fuentes de información
- Actores significativos para la gestión de los riesgos identificados
- Recursos y activos comunitarios disponibles para la gestión de los riesgos identificados

- **Discusión sobre el abordaje de emergencias y desastres**

Esta permitirá abarcar unidades territoriales más pequeñas, para lograr un análisis basado en el conocimiento de quienes viven en estos territorios. Para ello, se deben conformar grupos de trabajo según las unidades vecinales de la comuna.

En cada uno de estos grupos la discusión debe incluir:

- 1) Identificación de riesgos dentro del barrio asignado, que debe mínimamente incluir la aplicación de algunas de las siguientes técnicas:
 - a. Elaboración de línea de tiempo. En la memoria de las personas está la historia social y cultural de sus comunidades, incluyendo los capítulos de tragedias y alegrías. Esta herramienta permite valorar el conocimiento popular e historia de cuidados en comunidad y materializarlo en una línea de tiempo.
 - b. Elaboración de Mapa de riesgos/recursos: La visualización (lápiz y papel) contribuye a fortalecer las redes comunitarias. Este ejercicio es similar al realizado por el COGRID del establecimiento, pero debe ser capaz de recoger el conocimiento acabado de quienes viven en un territorio particular.
- 2) Aportar al mapeo de los recursos existentes en el territorio, para avanzar hacia su reconocimiento como activos comunitarios, favoreciendo de esa forma el abordaje de los riesgos de emergencias y desastres. En la discusión se debe permitir que las personas expresen las razones de por qué estos recursos son identificados como significativos para el abordaje de emergencias y desastres. En caso de que existan recursos que no hayan sido identificados antes del encuentro, se debe poner a disposición las conclusiones del grupo para posteriormente incorporarlos como activos comunitarios en el Geoportal.
- 3) Priorización de los riesgos identificados, con el objetivo de que sean abordados en el Plan de abordaje de emergencias y desastres. Dicha priorización debe argumentar por qué cada riesgo fue seleccionado.
- 4) Acciones para la prevención y abordaje: Identificar para cada riesgo las acciones de prevención y las de abordaje, con el mayor detalle posible.

A continuación, se incluye una tabla que favorece la sistematización de la discusión grupal.

Matriz de sistematización de la discusión del primer encuentro para la elaboración de planes de emergencias y desastres.

Riesgo identificado	Prioridad de abordaje (ordenar de mayor a menor)	Activos o recursos comunitarios que favorecen su abordaje y su justificación	Acciones para la prevención	Acciones para el abordaje
Ejemplo 1: Incendios forestales	1	Clubes de adulto mayor: porque permite la construcción de red de apoyo Comités de seguridad: para la construcción de red de apoyo e identificación de personas sin redes Bosque nativo: porque es una barrera natural ante incendios forestales	Acción 1: Mantenimiento de poda de árboles Acción 2: Control de microbasurales	Acción 1: Georreferenciación de grupos en mayor situación de vulnerabilidad ante desastres Acción 2: Ejercicios de simulación y simulacros
Riesgo 2	3	Recurso 1 Recurso 2 Recurso 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3
Riesgo 3	4	Recurso 1 Recurso 2 Recurso 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3
Riesgo n...	2	Recurso 1 Recurso 2 Recurso 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3

○ Cierre del trabajo grupal

Se sugiere realizar una plenaria en la que algunos grupos puedan mostrar la matriz completada durante el espacio de trabajo grupal. Es necesario planificar de qué manera esta presentación se realiza de forma dinámica y da la oportunidad de que todos los grupos presenten. Se sugiere que la plenaria sólo incluya la presentación de un riesgo por unidad vecinal.

Quien lidere esta sección desde el equipo técnico, debe conectar las ideas que se plantean por los distintos representantes de los grupos, a modo de resumen de la plenaria.

- Cierre del encuentro

Para concluir, es relevante presentar la ruta de trabajo asociada a la elaboración del plan de abordaje de emergencias y desastres. Explicitar cuáles son las siguientes etapas (sistematizar, presentar en X ocasión, etc.) permite asegurar a la comunidad la continuidad del trabajo. Además, poder presentar a quienes estarán a cargo de las acciones y los plazos establecidos, también contribuye a ese objetivo.

Por último, anunciar la fecha de realización del segundo encuentro y el mecanismo mediante el cual se enviarán las invitaciones, es otra acción sugerida para concluir.

- Fase 4: Sistematización y preparación del segundo encuentro

- Sistematización de resultados

Finalizado el primer encuentro, se debe trabajar en la sistematización de los resultados de éste con el objetivo de presentarlo a la comunidad y así retroalimentar el trabajo de esta primera instancia.

Así, basados en las discusiones grupales, deben obtener como resultado final los insumos necesarios que les permitan diseñar una propuesta de Plan de abordaje de emergencias y desastres para su establecimiento de salud, el cual debe abordar los riesgos identificados por la comunidad, las acciones propuestas para su abordaje, considerando la participación de activos comunitarios y que hayan surgido del primer encuentro (tanto aquellas ya existentes que podría necesitar ser fortalecidas, como las nuevas que hayan podido identificarse).

Este plan, además deberá contener una clara identificación de la relación entre las acciones y cómo estas permitirán el abordaje de cada riesgo, incluyendo también acciones que fomenten la prevención, preparación de la respuesta y un claro trabajo con los activos comunitarios del territorio.

Por último, la propuesta debe tener un cronograma estimado de cumplimiento para cada una de las acciones que posteriormente serán priorizadas por la comunidad, en el que se incorpore la forma de corresponsabilidad institucional, junto a la comunidad, de la difusión de dicho plan.

Es altamente recomendado que en la sistematización participen representantes de la comunidad y no sólo el equipo de salud.

- Preparación del segundo encuentro

La planificación de este incluye las siguientes actividades:

- 1) Replicar y reforzar convocatoria: Para asegurar la asistencia a esta importante instancia, se debe realizar la convocatoria de la misma forma en que se realizó para el primer encuentro, apoyándose en líderes o lideresas de la comunidad y utilizando los medios de comunicación más concurridos por las vecinas/os. Además, se debe reforzar la convocatoria, sumando también a la invitación a personas que anteriormente no hayan participado, pero que quieran estar presentes para la validación del plan, es un evento abierto para la comunidad y por lo tanto no se debe restringir la participación sólo a quienes hayan asistido a la primera

instancia organizada. Las organizaciones y personas que deben estar representadas en esta instancia, pertenecer a los mismos grupos detallados para el primer encuentro.

Se sugiere que la convocatoria, así como para el primer encuentro, se realice por distintas vías (medios digitales, medios de comunicación local, puntos estratégicos de difusión, puerta a puerta, entre otros), evaluando los mecanismos según las características de la población de la comuna.

- 2) Logística del encuentro: se debe basar en lo anteriormente ya realizado, con espacios amplios que permitan la interacción entre asistentes e idealmente con espacios de cuidados que estimulen la asistencia de personas cuidadoras de niños, niñas y adolescentes.
- 3) Preparación del material para el segundo encuentro ciudadano: Se sugiere contar con material de apoyo gráfico que permita tanto la presentación general de resultados a las y los asistentes, acciones para el abordaje y cronograma a seguir, como también recursos gráficos individuales para cada persona, que permitan su lectura con mayor detención

- **Fase 5: Segundo encuentro**

Este tiene por objetivo revisar, robustecer y validar el plan de emergencias y desastres elaborado como producto de las discusiones del primer encuentro, por lo que se deben recoger continuamente las observaciones que se realicen.

- **Presentación de acciones sistematizadas para el abordaje**

En esta primera parte del segundo encuentro se debe presentar la propuesta de plan de abordaje de emergencias y desastres para cada uno de los riesgos identificados y sus respectivas acciones. La forma de presentación puede ser en plenaria, stand por riesgo u otra metodología que el equipo considere adecuada para transmitir efectivamente la información.

Esta etapa no sólo debe ser informativa, sino que debe recoger sugerencias que permitan robustecer las acciones identificadas.

- **Priorización de acciones para el plan de abordaje**

Posterior a la presentación y con la totalidad de la información comunicada a las y los asistentes, se debe dar paso a la priorización de riesgos y acciones que quedarán dentro del plan de abordaje final para el establecimiento de salud. La priorización se puede realizar de distintas formas, votación en urna, dinámica de priorización grupal, entre otras.

- **Cierre del encuentro**

Para concluir este espacio, se sugiere indicar los plazos asociados a la incorporación de observaciones realizadas a la propuesta del plan de emergencias y desastres, y cómo se oficializará el resultado final, incluyendo cómo se materializará la participación de la comunidad en la ejecución de las acciones contenidas en el plan.

- Fase 6: Plan de emergencias y desastres por establecimiento de salud

El plan de emergencia y desastres establecerá las generalidades para abordar la respuesta ante una emergencia y/o desastre interno y/o externo en cada establecimiento de salud. Para su versión final es mandatorio cumplir con los estándares exigidos en la guía⁶⁰ para la elaboración de estos. Sumado a lo anterior, se debe contar como referencia otros elementos técnicos como el Índice Factores Subyacentes del Riesgo de Desastres (ICFSR) de la comuna y el Informe sobre "Establecimientos de salud públicos y privados expuestos a amenazas naturales y antrópicas Chile".

Además de lo anterior, se deben incorporar algunos contenidos en el marco del avance de la APS Universal en la comuna. Estos contenidos son:

- Descripción del Comité de Gestión de Riesgos y Desastres (COGRID) del Establecimiento: integrantes, roles, mecanismo de trabajo, canales y flujos de comunicación, coordinaciones internas y externas.
 - Mapa de riesgos, actores y recursos comunitarios para abordar emergencias y desastres: al ser un proceso dinámico, se deberá indicar el repositorio en que se encontrará este insumo, las fuentes de información para elaborarlo y actualizarlo, y los responsables de supervisar que la información esté actualizada.
 - Plan de preparación comunitario ante emergencias y desastres: incluir las acciones conducentes a la prevención y mitigación de daños producto de emergencias y desastres, así como las acciones dirigidas a preparar a las personas para responder a emergencias y desastres.
 - Planes de abordaje específicos de respuestas por variable de riesgo: este surgirá de la discusión de los diálogos ciudadanos, y basado en ello, se deben establecer los procedimientos específicos de respuesta, por ejemplo, procedimientos frente a amenaza de tsunami, sismos, inundaciones, incendios internos o externos, entre otros. Ahora bien, se deberá contemplar en todo momento, el Marco Normativo vigente según lo Estipulado en la Ley 21.364 que establece el Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante desastres.
 - Medios de difusión del plan: Este debe ser publicado y conocido por todos los funcionarios del establecimiento, debe ser comunicado al Municipio y al Servicio de Salud. Este Plan debe relacionarse con otros planes existentes. Además, debe estar disponible en forma física en caso de que alguien requiera consultarlo.
- Uso de la herramienta SITS para el análisis de riesgo comunal, en el marco de los encuentros ciudadanos:

Una de las debilidades estructurales más significativas que identificó la Comisión Nacional para la Resiliencia frente a Desastres de Origen Natural, CREDEN (2016) en términos de resiliencia frente a desastres de origen natural, es la escasa disponibilidad, alta fragmentación, incoherencia y

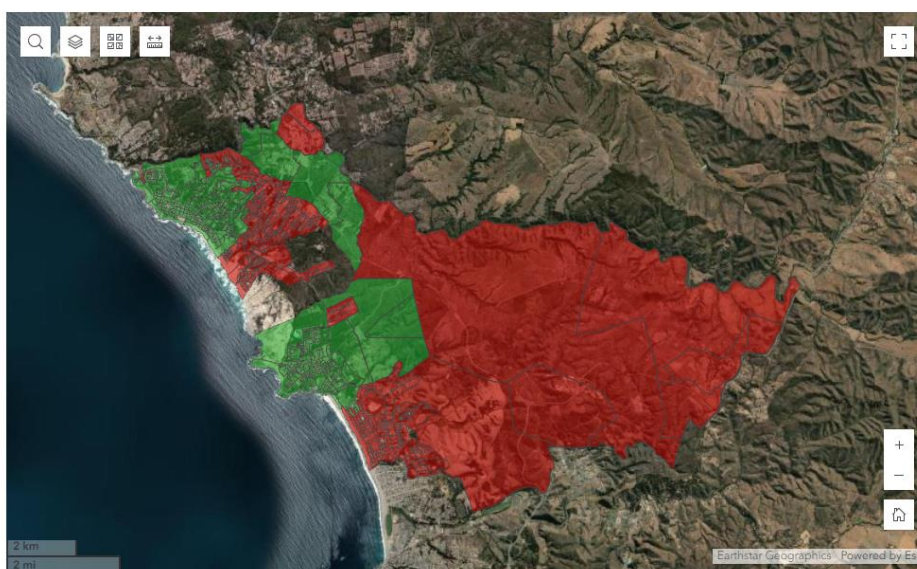
⁶⁰ Para elaborar el Plan, previamente se debe realizar el mapeo de amenazas, se debe generar una matriz para ponderar el riesgo y así generar el plan según esta información. Se sugiere revisar guía metodológica STAR-H Evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en Establecimientos de salud.

falta de sistematización en el tratamiento de datos e información disponible en nuestro país en relación con la resiliencia frente a desastres.

En esa línea, el Sistema de Indicadores Territoriales en Salud (SITS) es una herramienta a disposición de las comunas que han desarrollado estrategias vinculadas a la Reforma de Salud. En esta plataforma, se puede acceder a información de aquellas variables que tienen incidencia en la producción de brechas sociales en APS. De este modo, las comunas pioneras de la Reforma de Salud tienen acceso a distintas capas de información para la toma de decisiones locales pertinentes y oportunas, entre ellas, la realización de encuentros ciudadanos.

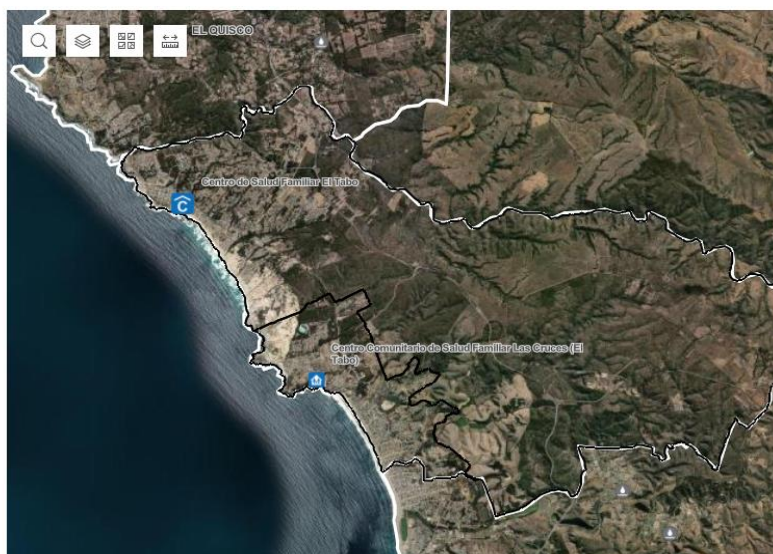
A continuación, algunos ejemplos que ilustran diversas brechas que podrán ser trabajadas con distintas estrategias, según las herramientas y particularidades de cada territorio.

Ilustración 14. Visualización en el SITS de las brechas de acceso geográfico a Establecimientos de APS en una comuna



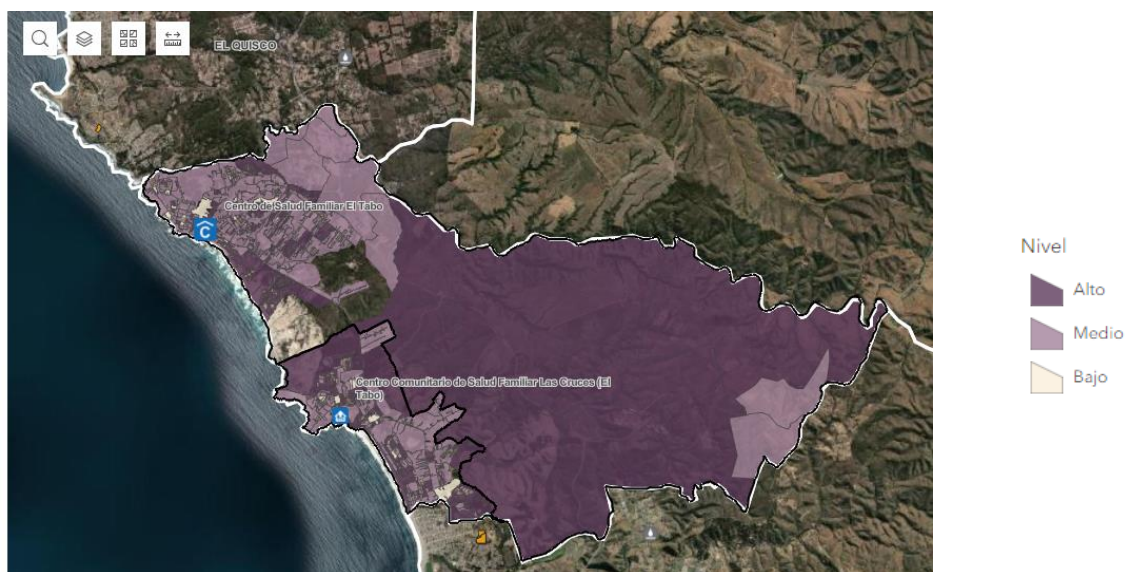
Este mapa permite visualizar la brecha territorial de acceso a establecimientos de salud primaria, calculado como la distancia entre cada manzana censal o entidad rural y su centro APS más cercano. Siendo el estándar Urbano hasta 1.500 metros y el estándar Rural hasta 5.000 metros. Para la comuna de El Tabo 7.697 personas están dentro del estándar y 5.446 fuera de éste.

Ilustración 15. Visualización en el SITS de la red de establecimientos de atención primaria de una comuna del país



En la imagen podemos visualizar los Establecimientos que componen la red de salud comunal de la comuna de El Tabo: El CESFAM El Tabo y El CECOSF Las Cruces que también funciona como PSR.

Ilustración 16. Visualización en el SITS de la resiliencia de hogares de una comuna



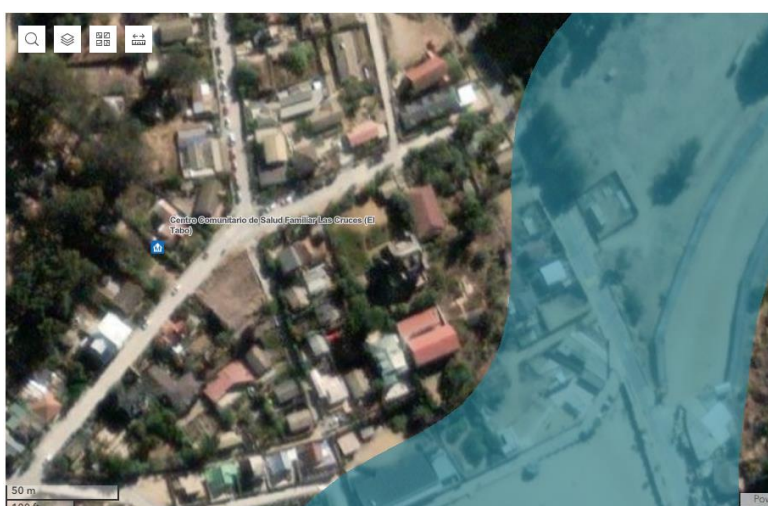
En la imagen se observa el índice de resiliencia comunal que es el inverso aditivo de la proporción de hogares monoparentales dentro de una unidad territorial mínima. Los hogares monoparentales son aquellos con hijos que viven con un solo progenitor, lo que se asocia a diversas formas de vulnerabilidad social, que abarcan desde un menor ingreso, problemas de salud y delincuencia, entre otros (Matriz BHT, 2024).

Ilustración 17. Visualización en el SITS de amenazas siconaturales de una comuna



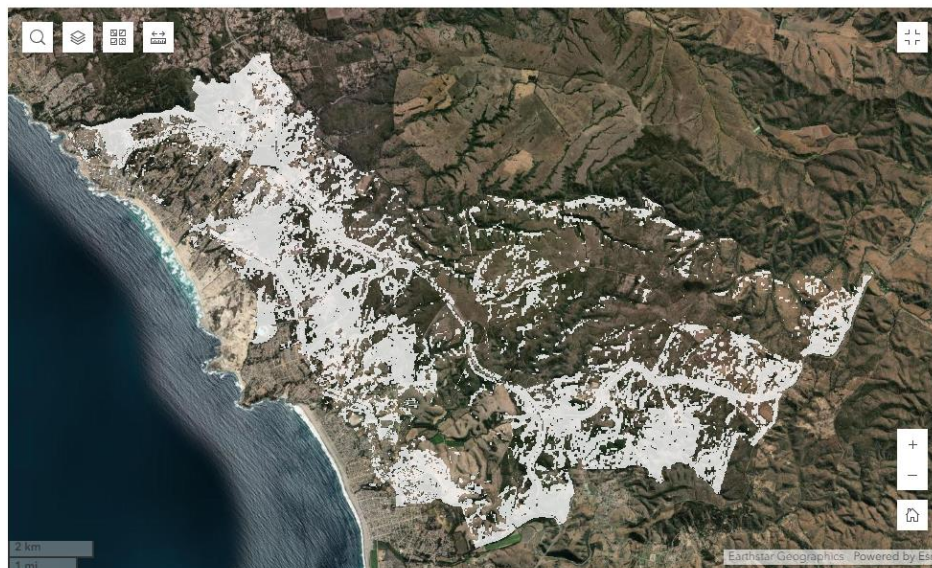
La herramienta, permite identificar las zonas de inundación por tsunamis, en la imagen se visualiza que gran parte del territorio del CECOSF Las Cruces está expuesto a este fenómeno. Si se amplía la vista es posible identificar que la estructura del CECOSF está a metros de la zona de inundación.

Ilustración 18. Visualización ampliada (zoom) en el SITS de riesgos de inundación en una comuna



Por otra parte, también es posible identificar las zonas de amenaza de incendios forestales, siendo esta comuna altamente vulnerable a esta amenaza potenciada por el cambio climático.

Ilustración 19. Visualización ampliada (zoom) en el SITS de riesgos de afectación por incendios forestales en una comuna



Si se amplía la imagen anterior, es posible, por ejemplo, visualizar que las manzanas que rodean el CESFAM El Tabo son potenciales zonas de afectación por incendios forestales.

Ilustración 20. Visualización ampliada (zoom) en el SITS de riesgos de afectación por incendio forestal en una manzana de una comuna



CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LAS COMUNAS PIONERAS

En el siguiente capítulo se señala el conjunto de indicadores mínimos y medios de verificación de las acciones y estrategias para las comunas pioneras según año de implementación. Estos pretenden dar cuenta de la realización de las actividades mínimas que serán realizadas en el marco de la universalización de la atención primaria. Se dispone además de pautas de supervisión de la implementación de las acciones y estrategias de la Atención Primaria Universal, las cuales sirven de referencia para que las comunas puedan autoevaluar los procesos asociados a la implementación de estas (*Anexo N°10*). Estas constituyen un instrumento que permite supervisar y generar planes de mejora basado en el conjunto mínimo de acciones para lograr la implementación de las estrategias.

1.1 Indicadores

Si bien estos indicadores deben ser informados como parte de la rendición de las actividades asociadas a los recursos financieros, y las metas están establecidas en los documentos referidos a estos, se establece que los indicadores deben ser monitoreados de forma continua y no solamente en los períodos obligatorios del programa, con el fin de introducir medidas correctivas o de generar recomendaciones.

Tabla 12. Indicadores del programa de Universalización de la Atención Primaria (PRAPS) para las comunas en su primer año de implementación.

Componente	Actividad	Indicador
Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria	Inscripción universal	Nuevas personas inscritas o registradas en la comuna
	Utilización de los servicios	Personas inscritas o registradas en atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en los últimos 12 meses
	Ampliación de Extensión Horaria	Cumplimiento de la continuidad de la atención programada
	Optimización de los procesos administrativos	Acuerdo administrativo firmado
Porcentaje de cumplimiento de las actividades del acuerdo administrativo		
Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales	Acciones extramurales	Porcentaje de cumplimiento de acciones extramurales programadas
	Sistema de gestión remota de la demanda	Implementación de sistema de gestión remota de la demanda

	Fortalecimiento de la estrategia ECICEP	Ingresos a ECICEP
Estrategias de participación	Diálogos ciudadanos: mejoramiento de la experiencia usuaria	Conclusiones de los diálogos ciudadanos
	Gestión de la experiencia usuaria	Plan de gestión de experiencia usuaria comunal
	Cartografía de recursos comunitarios para la salud	Planificación del proceso de identificación de activos comunitarios
		Mapeo comunal de activos comunitarios

Tabla 13. Indicadores del programa de Universalización de la Atención Primaria (PRAPS) para las comunas en su segundo año de implementación

Componente	Actividad	Indicador	
Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria	Inscripción universal	Nuevas personas inscritas o registradas en la comuna	
	Utilización de los servicios	Personas inscritas o registradas en atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en los últimos 12 meses	
	Ampliación de Extensión Horaria	Cumplimiento de la continuidad de la atención programada	
	Optimización de los procesos administrativos		Firma de acuerdo administrativo
Cumplimiento de las actividades del acuerdo administrativo			
Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales	Atenciones extramuro	Cumplimiento de acciones extramurales programadas	
	Sistema de gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota de la demanda	
	Fortalecimiento ECICEP: implementación	Ingresos a ECICEP	
	Fortalecimiento ECICEP: atención periodontal a población diabética descompensada	Ingresos a atención periodontal de la población entre 35 a 54 años con diabetes mellitus (DM) descompensadas	
	Fortalecimiento ECICEP: mejoramiento de la calidad de atención de salud mental		Planificación del rediseño de la atención de salud mental
			Cumplimiento de la programación de tamizajes de detección temprana de problemas o trastornos de salud mental
Fortalecimiento ECICEP: resolutivez para la confirmación de hipoacusia	Porcentaje de cumplimiento de la programación de personas mayores de 65 años que acceden a especialista mediante estrategia de salud digital para el diagnóstico de la hipoacusia		

	Fortalecimiento ECICEP: continuidad de la atención en la red	Meta establecida en el marco de la implantación de la guía de buenas prácticas de la RNAO (sólo aplica para comunas piloto del ámbito)
Estrategias de participación	Diálogos ciudadanos: abordaje de emergencias y desastres	Plan por establecimiento de salud para el abordaje de emergencias de salud pública y desastres, adaptado a nivel local
	Cartografía de recursos comunitarios para la salud	Actualización del mapeo de activos comunitarios e indicación de uso

1.2 Medios y fuentes de verificación

En la siguiente tabla se incluye el detalle de cada uno de los indicadores incluidos en el programa de Universalización de la Atención Primaria (PRAPS) para las **comunas en su primer año de implementación**. Si bien se establecen dos cortes obligatorios de evaluación (31 de agosto y 31 de diciembre), se enfatiza en la necesidad de realizar un monitoreo continuo, que permita replanificar acciones en los casos necesarios, pero además advertir de forma oportuna sobre condiciones que dificulten alcanzar las metas establecidas.

Tabla 14. Detalle sobre los indicadores de evaluación de las comunas pioneras en su primer año de implementación.

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
Nuevas personas inscritas o registradas en la comuna	Permite monitorear el grado de avance en superar la primera barrera de acceso a la atención primaria (inscripción o registro)	Numerador: Número de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud	*100	Plataforma de reporte de nuevos inscritos	FONASA	1° evaluación: Mayor o igual a 40%	1° evaluación: 0,3
		Denominador: Población potencial en la comuna		Documento de oficialización de la población potencial emitido por el Ministerio de Salud	Superintendencia de salud, registros de instituciones de fuerzas de seguridad y orden	2° evaluación: Mayor o igual a 60%	2° evaluación: 0,125
Personas inscritas o registradas en atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud	Monitorea si la población inscrita o registrada recibe cuidados de APS, siendo lo mínimo a cumplir, al menos un contacto al año. Este es el primer paso para evaluar si la	Numerador: Número de personas inscritas o registradas en la comuna que recibieron alguna prestación en APS	*100	Reporte de rutificados de la agenda	Proveedores de registro clínico electrónico	1° evaluación: Mayor o igual al 50%	1° evaluación: 0,125 2° evaluación: 0,125

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
en los últimos 12 meses	APS se hace cargo de la salud de su población, lo que habilita la medición del acceso a servicios esenciales de salud de las personas	Denominador: Población inscrita validada en la comuna		Población inscrita validada del año en curso	FONASA	2° evaluación: Mayor o igual al 60%	
Cumplimiento de la continuidad de la atención programada	Constatar la ampliación de horarios de atención, siendo una de las principales limitantes para el acceso a los servicios de salud	No aplica		Pauta de supervisión de continuidad de la atención Planificación de la ampliación de la extensión horaria Pautas de supervisión continuidad de la atención aplicadas en los últimos 12 meses	Servicio de Salud	Ambas evaluaciones: Disponer de agenda igual o superior a 30 horas/profesional de la salud adicionales al número basal de horas/profesional de salud de la extensión horaria habitual (Si/No)	1° evaluación: 0,125 2° evaluación: 0,125
Firma de acuerdo administrativo	Evidenciar el acuerdo transversal para trabajar en dimensiones que permitan optimizar los procesos de gestión clínica-administrativa y financiera de las comunas de la Reforma	No aplica		Acuerdo administrativo y anexo	Servicio de Salud	1° evaluación: Acuerdo administrativo firmado y anexo de planificación de actividades (Si/No)	1° evaluación: 0,2

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
Cumplimiento de las actividades del acuerdo administrativo		Numerador: Número de actividades realizadas	*100	Informe de cumplimiento de actividades validado por el Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna	2º evaluación: Cumplimiento mayor o igual al 80% de las actividades planificadas para el cumplimiento de las dimensiones del acuerdo administrativo	2º evaluación: 0,0562
		Denominador: Número de actividades programadas		Anexo de planificación de actividades	Comuna, Servicio de Salud y SEREMI de Salud		
Cumplimiento de acciones extramurales programadas	Evaluar si la planificación de acciones extramurales considera ampliar su oferta respecto al año anterior y el cumplimiento de las acciones comprometidas	Numerador: Acciones extramurales realizadas a la fecha	*100	Informe de evaluación del plan de acciones extramurales, validado por el Servicio de Salud. Registro estadístico mensual (REM)	Comuna	1º evaluación: Mayor o igual al 80%	1º evaluación: 0,083
		Denominador: Acciones extramurales programadas a la fecha		Informe de planificación de acciones extramurales, que incluya línea base, validado por Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna	2º evaluación: Mayor o igual al 90%	2º evaluación: 0,0562

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo	Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación	
Implementación de sistema de gestión remota de la demanda	Determina si se ejecutaron las fases del plan de implementación, a través de la medición del resultado final de dicho plan	Numerador: no aplica Denominador: no aplica	Informe de verificación de funcionamiento de la plataforma, validado por el Servicio de Salud	Servicio de Salud	2° evaluación: Sistema instalado con plataforma habilitada para el uso de los usuarios (Si/No)	2° evaluación: 0,2	
Ingresos a ECICEP	Monitorear la ejecución de las acciones necesarias para la instalación de la estrategia, a través de la medición de su resultado final, que es el ingreso de personas a la estrategia	Numerador: Número de personas estratificadas como G3 ingresadas a ECICEP * 0,6 + número de personas estratificadas como G2 y/o G1 ingresadas a ECICEP * 0,4 Denominador: Total de personas estratificadas como G3 inscritas en el establecimiento * 0,6 + Total de personas estratificadas como G2 y/o G1 inscritas en el establecimiento * 0,4	*100	REM A05, sección V Reporte de estratificación del sistema de registro	Reporte REM, DEIS Proveedores de registro clínico electrónico, Ministerio de Salud	2° evaluación: Ingreso igual o mayor a 10% de la población inscrita con estratificación G3 e igual o mayor al 5% de la población G1 y/o G2	2° evaluación: 0,2
Conclusiones de los diálogos ciudadanos	Evidenciar la realización de los encuentros ciudadanos acorde a la metodología establecida	No aplica	Informe de conclusiones de los encuentros ciudadanos, que incluya evidencia gráfica, validado por	Comuna	1° evaluación: Ejecución de dos encuentros ciudadanos (Si/No)	1° evaluación: 0,083	

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
				el Servicio de Salud y SEREMI de Salud			
Plan de gestión de experiencia usuaria comunal	Constatar la consideración de las conclusiones de los encuentros ciudadanos para la toma de decisión en cuanto a la experiencia usuaria	No aplica		Plan comunal de mejora de la experiencia usuaria para el siguiente año, validado por el Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna	2° evaluación: Elaboración del plan comunal de mejoramiento de la experiencia usuaria, que considere obligatoriamente las conclusiones de los encuentros ciudadanos (Si/No)	2° evaluación: 0,0563
Planificación del proceso de identificación de activos comunitarios	Determinar el avance de las acciones planificadas para lograr la identificación y mapeo de activos comunitarios, con los ajustes necesarios según su cumplimiento	Numerador: Número de actividades realizadas a la fecha de evaluación	*100	Informe de cumplimiento validado por el Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna	1° evaluación: Mayor o igual al 80%	1° evaluación: 0,084
		Denominador: Número de actividades planificadas		Planificación del proceso de identificación de activos comunitarios	Comuna		
Mapeo comunal de activos comunitarios	Evaluar si el proceso de identificación y mapeo de activos comunitarios ha sido resultado de la co-construcción junto a la comunidad	No aplica		Informe de cumplimiento de la presentación del mapa de activos comunitarios, validado por el	Comuna	2° evaluación: presentación del mapa de activos comunitarios a la comunidad (Si/No)	2° evaluación: 0,0563

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo	Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
			Servicio de Salud y SEREMI de Salud. Este debe incluir medios gráficos de respaldo. Envío del mapa de activos comunitarios (revisión del Geoportál)			

En la siguiente tabla se incluye el detalle de cada uno de los indicadores incluidos en el programa de Universalización de la Atención Primaria (PRAPS) para las **comunas en su segundo año de implementación**. Si bien se establecen dos cortes obligatorios de evaluación (31 de agosto y 31 de diciembre), se enfatiza en la necesidad de realizar un monitoreo continuo, que permita replanificar acciones en los casos necesarios, pero además advertir de forma oportuna sobre condiciones que dificulten alcanzar las metas establecidas.

Tabla 15. Detalle sobre los indicadores de evaluación de las comunas pioneras en su segundo y tercer año de implementación.

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo	Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
Nuevas personas inscritas o registradas en la comuna	Permite monitorear el grado de avance en superar la primera barrera de acceso a la atención primaria (inscripción o registro)	Numerador: Número de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud	Plataforma de reporte de nuevos inscritos	FONASA	Ambas evaluaciones: Mayor o igual a 60%	1° evaluación: 0,08
		Denominador: Población potencial en la comuna	Documento de oficialización de la población potencial emitido por el Ministerio de Salud	Superintendencia de salud, registros de instituciones de fuerzas de seguridad y orden		2° evaluación: 0,06
Personas inscritas o registradas en atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en los últimos 12 meses	Monitorea si la población inscrita o registrada recibe cuidados de APS, siendo lo mínimo a cumplir, al menos un contacto al año. Este es el primer paso para evaluar si la APS se hace cargo de la salud de su población a cargo, lo que habilita la medición del acceso a servicios esenciales de salud de las personas	Numerador: Número de personas inscritas o registradas en la comuna que recibieron alguna prestación en APS	Reporte de rutificados de la agenda	Proveedores de registro clínico electrónico	Ambas evaluaciones: Mantener o aumentar la cobertura del año anterior	1° evaluación: 0,12
		Denominador: Población inscrita validada en la comuna	Población inscrita validada del año en curso	FONASA		2° evaluación: 0,09

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo	Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
Cumplimiento de la continuidad de la atención programada	Constatar la ampliación de horarios de atención, siendo una de las principales limitantes para el acceso a los servicios de salud	No aplica	Pauta de continuidad de la atención	Servicio de Salud	Ambas evaluaciones: Disponer de agenda igual o superior a 30 horas/profesional de la salud adicionales al número basal de horas/profesional de salud de la extensión horaria habitual (Si/No)	1° evaluación: 0,12 2° evaluación: 0,09
Firma de acuerdo administrativo	Evidenciar el acuerdo transversal para trabajar en dimensiones que permitan optimizar los procesos de gestión clínica-administrativa y financiera de las comunas de la Reforma	No aplica	Acuerdo administrativo y anexo	Servicio de Salud	1° evaluación: Acuerdo administrativo firmado y anexo de planificación de actividades (Si/No)	1° evaluación: 0,04
Cumplimiento de las actividades del acuerdo administrativo		Numerador: Número de actividades realizadas	Informe de cumplimiento de actividades validado por el Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna	2° evaluación: Cumplimiento mayor o igual al 80% de las actividades planificadas para	2° evaluación: 0,03

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
		Denominador: Número de actividades programadas		Anexo de planificación de actividades	Comuna, Servicio de Salud y SEREMI de Salud	el cumplimiento de las dimensiones del acuerdo administrativo	
Cumplimiento de acciones extramurales programadas	Evaluar si la planificación de acciones extramurales considera ampliar su oferta respecto al año anterior y el cumplimiento de las acciones comprometidas	Numerador: Acciones extramurales realizadas a la fecha	*100	Informe de evaluación del plan de acciones extramurales, validado por el Servicio de Salud. Registro estadístico mensual (REM)	Comuna	Ambas evaluaciones: Mayor o igual al 90%	1° evaluación: 0,04
		Denominador: Acciones extramurales programadas a la fecha		Informe de planificación de acciones extramurales, que incluya línea base, validado por Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna		2° evaluación: 0,03
Utilización del sistema de gestión remota de la demanda	Permite conocer si la población de la comuna utiliza la plataforma como una vía de ingreso y medir el grado de socialización	Numerador: número de personas que ingresan solicitudes por la plataforma de remota de la demanda	*100	Reporte de la plataforma de gestión	Ministerio de Salud	Ambas evaluaciones: Monito	1° evaluación: 0,25 2° evaluación: 0,15

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
		Denominador: Población inscrita validada		Población inscrita validada del año en curso	FONASA		
Ingresos a ECICEP	Monitorear el avance en la incorporación de la estrategia a la lógica de atención habitual, aumentando progresivamente en la cantidad de personas que son atendidas bajo esta estrategia	Numerador: Número de personas estratificadas como G3 ingresadas a ECICEP * 0,6 + número de personas estratificadas como G2 y/o G1 ingresadas a ECICEP * 0,4	*100	REM A05, sección V	Reporte REM, DEIS	1° evaluación: Ingreso igual o mayor a 20% de la población inscrita con estratificación G3 e igual o mayor al 10% de la población G1 y/o G2	1° evaluación: 0,25
		Denominador: Total de personas estratificadas como G3 inscritas en el establecimiento * 0,6 + Total de personas estratificadas como G2 y/o G1 inscritas en el establecimiento * 0,4		Reporte de estratificación del sistema de registro	Proveedores de registro clínico electrónico, Ministerio de Salud	2° evaluación: Ingreso igual o mayor a 25% de la población inscrita con estratificación G3 e igual o mayor al 15% de la población G1 y/o G2	2° evaluación: 0,15
Planificación del rediseño de la atención de salud mental	Evaluar el cumplimiento de los hitos planificados para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	Numerador: Número de actividades realizadas a la fecha de evaluación	*100	Informe de cumplimiento validado por el Servicio de Salud	Comuna	1° evaluación: Cumplimiento mayor o igual al 90% de las	1° evaluación: 0,05

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
	mental, constatando ajustes en los casos necesarios	Denominador: Número de actividades planificadas		Planificación para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental	Comuna	actividades programadas a la fecha	
Cumplimiento de la programación de tamizajes de detección temprana de problemas o trastornos de salud mental	Determinar si se desarrolló una de las dos dimensiones obligatorias del plan de mejoramiento de la calidad de la atención en salud mental	Numerador: Número de tamizajes realizados	*100	Registro	Comuna	2° evaluación: Mayor o igual al 90%	2° evaluación: 0,1
		Denominador: Número de tamizajes programados		Programación informada por el Ministerio de Salud	Ministerio de Salud		
Cumplimiento de la programación de personas mayores de 65 años que acceden a especialista mediante estrategia de salud digital para el diagnóstico de la hipoacusia	Evaluar el cumplimiento del acceso de la población objetivo a la estrategia de abordaje de diagnóstico precoz de hipoacusia en atención primaria	Numerador: Número de interconsultas a Hospital Digital que cuentan con resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años enviadas	*100	Registro clínico	Comuna	2° evaluación: Mayor o igual al 90%	2° evaluación: 0,1
		Denominador: Número de interconsultas a Hospital Digital que cuentan con		Programación informada por el Ministerio de Salud	Ministerio de Salud		

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
		resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años programadas					
Atención periodontal de la población entre 35 a 54 años con diabetes mellitus (DM) descompensadas	Evaluar el cumplimiento de la atención periodontal de la población programada para el año	Numerador: Número de personas entre 35 a 54 años con DM descompensadas con tratamiento periodontal por odontólogo o periodoncista en APS Denominador: Número de personas entre 35 a 54 años con DM descompensada estimadas para la estrategia	*100	REM A09 sección G Programación informada por el Ministerio de Salud	Reporte DEIS Ministerio de Salud	2° evaluación: Mayor o igual al 90%	2° evaluación: 0,05
Plan comunal de abordaje de emergencias de salud pública y desastres	Evaluar el proceso de adopción de acciones a nivel local para el abordaje de emergencias y desastres, como producto de una discusión ampliada con los actores presentes en el territorio	Numerador: Número de establecimientos de atención primaria de la comuna que cuentan con plan de abordaje	*100	Plan de abordaje, validado por Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna	2° evaluación: 100%	2° evaluación: 0,15

Indicador	Justificación	Fórmula de Cálculo		Medio de verificación	Fuente	Meta por corte de evaluación	Peso del indicador por evaluación
		Denominador: Número de establecimientos de atención primaria de la comuna		Base de establecimientos de atención primaria comunal	Ministerio de Salud		
Actualización del mapeo de activos comunitarios e indicación de uso		Numerador: Número de actividades realizadas a la fecha de evaluación	*100	Informe de cumplimiento, validado por el Servicio de Salud y SEREMI de Salud	Comuna	1° evaluación: a Mayor o igual al 90%	1° evaluación: 0,05
		Denominador: Número de actividades programadas a la fecha de evaluación		Planificación anual de actividades	Comuna		

1.3 Instructivo para el reporte de indicadores

La siguiente sección tiene por objetivo describir los procesos relativos al reporte de los indicadores obligatorios contenidos para cada una de las actividades contenidas en el Programa de Reforzamiento de Universalización de la atención primaria.

- *Inscripción universal*

Indicador	
Nuevas personas inscritas o registradas en la comuna	
Medio de verificación	Reporte periódico del número de personas nuevas inscrita o registradas en la comuna desde la fecha de inicio de la APS Universal en la comuna.
Formato de envío	Revisión desde el nivel central de la plataforma de reporte de nuevas personas inscritas en las comunas pioneras, en las dos fechas de corte: 31 de agosto y 31 de diciembre.
Responsable del envío	No se debe enviar reporte para los cortes de evaluación, el Ministerio de Salud extrae la información.
Fecha de envío	
Responsable de la revisión	Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	Enviar correo al Ministerio de Salud con el detalle de la o las inconsistencias encontradas, adjuntando medios de verificación para la revisión del o los casos.
	Los Servicios de Salud y las comunas tienen acceso a la plataforma de monitoreo durante la implementación de la universalización de la atención primaria, por lo que se sugiere notificar apenas se pesquisen inconsistencias entre la información que manejen a nivel local con lo informado desde el nivel central, y no sólo ante los cortes oficiales de evaluación.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe con el detalle de las acciones realizadas para captar nueva población. El informe debe incluir: descripción de la planificación de actividades para el cumplimiento e indicar el detalle de los operativos (fecha, lugar, horario, nº de funcionarios que participaron, nº de nuevos inscritos).

- *Utilización de servicios*

Indicador	
Personas inscritas o registradas en atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en los últimos 12 meses	
Medio de verificación	<p>Reporte de personas que fueron agendadas y atendidas en la atención primaria de la comuna. Se extrae el listado de personas agendadas y atendidas en los establecimientos de atención primaria del reporte que se obtiene desde los proveedores de registro clínico electrónico. Se informa lo que se registra en el módulo de Agenda (citas) y en el módulo Ambulatorio.</p> <p>Se consideran todas las prestaciones agendadas o citadas, independiente del profesional que la realiza.</p> <p>Se excluyen las atenciones realizadas en dispositivos de urgencias (SAR, SAPU y SUR) y las atenciones correspondientes a procedimientos.</p>
Formato de envío	Revisión desde el nivel central del reporte de los proveedores de registro clínico electrónico en las dos fechas de corte: 31 de agosto y 31 de diciembre
Responsable del envío	No se debe enviar reporte para los cortes de evaluación, el Ministerio de Salud extrae la información.
Fecha de envío	
Responsable de la revisión	Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	<p>Enviar correo al Ministerio de Salud con el detalle de la o las inconsistencias encontradas, adjuntando medios de verificación para la revisión del o los casos.</p> <p>Plazo de 15 días hábiles para informar incongruencias detectadas desde el envío del reporte. Esta información puede ser extraída a nivel comunal y del Servicio de Salud, por lo que se espera que exista una revisión continua del estado de cumplimiento del indicador.</p>
En caso de no cumplimiento	<p>Remitir informe que dé cuenta de la línea base de la comuna al inicio de la implementación de la universalización de la atención primaria y al momento de la evaluación, para demostrar el avance en el indicador, aunque no se cumpla la meta establecida.</p> <p>Se debe incluir reporte de las acciones que fueron realizadas para lograr la meta y copia de las actas de reunión en las que se discutió el estado del indicador en la comuna y las medidas correctivas para lograr la meta establecida.</p>

- *Ampliación de la extensión horaria*

Indicador	
Cumplimiento de la continuidad de la atención programada	
Medio de verificación	Pautas de supervisión de continuidad de la atención aplicadas. Planilla de planificación de la continuidad de la atención (ampliación de extensión horaria) Pautas de supervisión de continuidad de la atención aplicadas en los últimos 12 meses a la comuna.
Formato de envío	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Formato estandarizado de pauta de supervisión de la continuidad de la atención para comunas pioneras de la APS Universal (planilla
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Desde su aplicación hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico las eventuales observaciones para clarificar dudas y validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas.

- *Acuerdo administrativo*

Indicador	
Acuerdo administrativo firmado y anexo de planificación de actividades	
Medio de verificación	Copia digitalizada del acuerdo firmado y del anexo de planificación.
Formato de envío	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Formato estandarizado del acuerdo administrativo, el cual puede ser modificado para cumplir con exigencias locales, pero no debe modificar el contenido mínimo. Anexo del plan de trabajo para el acuerdo administrativo en formato establecido de forma local, que contenga los campos mínimos establecidos en las orientaciones técnicas.

Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Desde su firma y hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico las eventuales observaciones para clarificar dudas y validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas.

Indicador	
Cumplimiento de las actividades del acuerdo administrativo	
Medio de verificación	Informe de cumplimiento del plan de trabajo del acuerdo administrativo
Formato del envío	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud, en el que se detalle si se ejecutaron las acciones contenidas en el plan de trabajo y la replanificación de aquellas que no fueron realizadas. Se evalúa el cumplimiento de los acuerdos, no de las actividades planificadas para ello.
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	20 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico las eventuales observaciones para clarificar dudas y validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Las causas del no cumplimiento de los acuerdos deben ser incluidas en el informe de cumplimiento.

- *Acciones extramurales*

Indicador	
Cumplimiento de acciones extramurales programadas	
Medio de verificación	Informe cumplimiento de las acciones extramurales programadas a la fecha de la evaluación. Se contempla la extracción de información de REM para evaluar concordancia, en consideración de incorporación de este medio de evaluación.
Formato	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud, en las dos fechas de corte: 31 de agosto y 31 de diciembre.
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Desde su aplicación hasta 10 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico las eventuales observaciones para clarificar dudas y validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Las causas del no cumplimiento de las acciones deben ser incluidas en el informe de cumplimiento, incluyendo descripción de las medidas adoptadas para su abordaje oportuno y la replanificación de acciones, en caso de que se hubiese realizado.

- *Gestión remota de la demanda*

Indicador	
Implementación de sistema de gestión remota de la demanda	
Medio de verificación	Informe de verificación de funcionamiento de la plataforma, validado por el Servicio de Salud.
Formato	Informe enviado por correo electrónico o cargado en plataforma dispuesta para ello. Se debe dar cuenta del cumplimiento de las acciones para la instalación del sistema de gestión remota de la demanda.
Responsable del envío	Servicio de Salud.

Fecha de envío	Hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Las causas del no cumplimiento de las acciones deben ser incluidas en el informe de cumplimiento, incluyendo descripción de las medidas adoptadas para su abordaje oportuno. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución

Indicador	
Utilización del sistema de gestión remota de la demanda	
Medio de verificación	Reporte del número de personas que ingresan solicitudes en la plataforma de Telesalud en la comuna
Formato	Revisión del reporte de personas que ingresan solicitudes en las comunas pioneras en la plataforma de reporte, corte 31 de agosto y 31 de diciembre
Responsable del envío	No se debe enviar reporte para la evaluación, el Ministerio de Salud extrae la información.
Fecha de envío	
Responsable de la revisión	Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	<p>Enviar correo al Ministerio de Salud con el detalle de la o las inconsistencias encontradas, adjuntando medios de verificación para la revisión de los casos.</p> <p>Los Servicios de Salud y las comunas tienen acceso al panel de reportería de Telesalud, por lo que se sugiere que monitoreen continuamente el uso de la plataforma.</p>
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las actividades de difusión comunitaria realizadas, con los respectivos medios verificadores de su ejecución.

- *Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)*

Indicador	
Ingresos a ECICEP	
Medio de verificación	Reporte del registro estadístico mensual (REM).
Formato	Revisión del REM en las fechas de corte: <ul style="list-style-type: none"> - Comunas en el primer año de APS Universal: 31 de diciembre.

	- Comunas en el segundo año de APS Universal: 31 de agosto y 31 de diciembre.
Responsable del envío	No se debe enviar reporte para la evaluación, el Ministerio de Salud extrae la información.
Fecha de envío	
Responsable de la revisión	Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	Existe proceso establecido para la solicitud de corrección de REM, por lo que se debe corregir por esa vía, informando al Ministerio de Salud que se encuentran en dicho proceso.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas.

- *Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), ámbito de mejoramiento de la calidad de atención de salud mental*

Indicador	
Planificación del rediseño de la atención de salud mental (mejoramiento de la calidad)	
Medio de verificación	Informe cumplimiento de los hitos planificados.
Formato	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por el Servicio de Salud.
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Hasta 20 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Las causas del no cumplimiento de las acciones deben ser incluidas en el informe de cumplimiento, incluyendo descripción de las medidas adoptadas para su abordaje oportuno. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución.

Indicador	
Cumplimiento de la programación de tamizajes de detección temprana de problemas o trastornos de salud mental	
Medio de verificación	Registro establecido por el equipo implementador del Ministerio de Salud.
Formato	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello.
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Hasta 20 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas.

- *Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), ámbito mejoramiento de la resolutivez, diagnóstico precoz de hipoacusia en personas mayores de 65 años*

Indicador	
Cumplimiento de la programación de personas mayores de 65 años que acceden a especialista mediante estrategia de salud digital para el diagnóstico de la hipoacusia	
Medio de verificación	Registro de interconsultas emitidas a Hospital Digital con resultados de exámenes
Formato	Revisión de reporte
Responsable del envío	No se debe enviar reporte para la evaluación, el Ministerio de Salud extrae la información.
Fecha de envío	
Responsable de la revisión	Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	Enviar correo al Ministerio de Salud con el detalle de la o las inconsistencias encontradas, adjuntando medios de verificación para la revisión de los casos.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas.

- *Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), ámbito mejoramiento de la resolutivead, atención periodontal a personas con diabetes mellitus*

Indicador	
Ingresos a atención periodontal de la población entre 35 a 54 años con diabetes mellitus (DM) descompensadas	
Medio de verificación	Reporte del registro estadístico mensual (REM) A09 sección G
Formato	Revisión del REM en la fecha de corte: 31 de diciembre.
Responsable del envío	No se debe enviar reporte para la evaluación, el Ministerio de Salud extrae la información.
Fecha de envío	
Responsable de la revisión	Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	Existe proceso establecido para la solicitud de corrección de REM, por lo que se debe corregir por esa vía, informando al Ministerio de Salud que se encuentran en dicho proceso.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas.

- *Diálogos ciudadanos*

Indicador	
Conclusiones de los diálogos ciudadanos: mejoramiento de la experiencia usuaria	
Medio de verificación	Informe de conclusiones de los encuentros ciudadanos
Formato	Informe enviado por correo electrónico o cargado en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud. Se debe incluir las conclusiones de todas las fases del diálogo ciudadano (preparación, primer encuentro, sistematización, etc.)
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.

En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución.
-----------------------------------	---

Indicador	
Planes de abordaje de emergencias de salud pública y desastres por establecimiento de salud (Diálogos ciudadanos: abordaje de emergencias de salud pública y desastres)	
Medio de verificación	Planes de abordaje por establecimiento de atención primaria de salud de la comuna, independiente de su administración (municipal, delegado, dependiente de servicio de salud)
Formato	Informe enviado por correo electrónico o cargado en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato emanado desde MINSAL.
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Hasta 20 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución.

- *Gestión de la experiencia usuaria*

Indicador	
Plan de mejoramiento de experiencia usuaria comunal	
Medio de verificación	Plan comunal de mejoramiento de la experiencia usuaria para el próximo año.
Formato	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud, que contenga los campos establecidos en las orientaciones técnicas
Responsable del envío	Servicio de Salud.

Fecha de envío	Hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución.

- *Cartografía de recursos comunitarios para la salud*

Indicador	
Planificación del proceso de identificación de activos comunitarios	
Medio de verificación	Informe de cumplimiento de acciones planificadas para la identificación de activos comunitarios.
Formato	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud, que contenga los campos establecidos en las orientaciones técnicas.
Responsable del envío	Servicio de Salud.
Fecha de envío	Hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución.

Indicador Mapeo comunal de activos comunitarios	
Medio de verificación	Informe de cumplimiento de las actividades de presentación del mapa de activos comunitario de la comuna. Revisión de Geoportal.
Formato	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud. Debe incluir medios gráficos y de asistencia como anexo. Activos comunitarios cargados en la plataforma Geoportal.
Responsable del envío	Informe: Servicio de Salud. Mapa: Ministerio de Salud revisa en la plataforma.
Fecha de envío	Hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Informe: Ministerio de Salud. Mapa: Servicio de salud junto a la comuna.
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador. Enviar correo al Ministerio de Salud con el detalle de la o las inconsistencias encontradas, adjuntando medios de verificación para la revisión de los casos.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución.

Indicador Actualización del mapeo de activos comunitarios e indicación de uso	
Medio de verificación	Informe de cumplimiento de las actividades planificadas a la fecha de corte.
Formato	Envío de los medios de verificación por correo electrónico o cargadas en plataforma dispuesta para ello. Informe en formato establecido de forma local, validado por la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud, que contenga las acciones planificadas para el año y su grado de ejecución.
Responsable del envío	Servicio de Salud.

Fecha de envío	Hasta 5 días hábiles tras el término del corte de evaluación.
Responsable de la revisión	Ministerio de Salud
En caso de inconsistencias tras la revisión	El Ministerio de Salud remitirá vía correo electrónico detalle de las consultas para validar el cumplimiento/incumplimiento del indicador.
En caso de no cumplimiento	Remitir informe detallando las causas del no cumplimiento y las medidas adoptadas para abordar dichas causas. En caso de replanificación de acciones, debe incluir la fecha límite para su ejecución.

1.4 Formatos sugeridos para el reporte de indicadores

En la sección de anexos se incluyen formatos sugeridos para aquellos indicadores que requieren envío de informe como medio verificador. Estos contemplan la información mínima que debe ser incluida en los informes.

- Informe de planificación de la ampliación de la extensión horaria (*Anexo N°11*)
- Informe de planificación y cumplimiento de acciones para el acuerdo administrativo (*Anexo N°12*)
- Informe de planificación y cumplimiento de las acciones extramurales (*Anexo N°13*).
- Informe de planificación de acciones para el rediseño de la atención de salud mental (*Anexo N°14*).
- Informe de conclusiones de diálogos ciudadanos sobre experiencia usuaria (*Anexo N°15*).
- Informe de planificación y cumplimiento de acciones para la identificación y/o actualización de activos comunitarios (*Anexo N°16*).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring patient experience: concepts and methods. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 235-241.
- Anon. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
- Bashshur, R., Howell, J., Krupinski, E., Harms, K., Bashshur, N., & Doarn, C. (2016). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed J E Health*, 342-375.
- Betancurth, D., Vélez, C., & Sánchez, N. (2020). Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. *Entramado*, 138-151.
- Bodenmann, P., Favrat, B., Wolff, H., & et-al. (2014). Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PLoS One*.
- Boric, G. (2021). *Manifiesto Programático Gabriel Boric Presidente. Proceso de Primarias*.
- Carrasquillo, O. (2013). Health Care Utilization. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*.
- Centro de Estudios Públicos. (2023). *Encuesta CEP N88, Noviembre-Diciembre 2022*. Santiago, Chile,.
- CEPAL. (2022). *Panorama Social en América Latina 2021*.
- Collao, C. (2019). Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional.
- Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. (2022). *Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). Hallazgos*. Santiago, Chile.
- Costello, A., Romanello, M., Hartinger, S., & et-al. (2023). Climate change threatens our health and survival within decades. *Lancet*, 85–87.
- Cuadrado, C., Fuentes-García, A., Barros, X., Martínez, M., & Pacheco, J. (2021). Scoping Report. Financing Primary Health Care in Chile. *the Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care*.
- Damarell, R., Morgan, D., & Tieman, J. (2020). General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Fam Pract*.
- Depaux, R. (2006). Gestión de la demanda en atención de salud: un ámbito de la gestión del cuidado. *Rev. Chil. Med. Fam.*, 19-22.
- Espacio Público - IPSOS. (2023). *Informe Chilenas y Chilenos Hoy 2022*. Santiago, Chile.
- Faim, F., Sutton, R., & Fhimss, S. (2014). How does patient experience fit into the overall healthcare picture? *Patient Experience Journal*, 20-27.
- García, M. (2019). *Salud comunitaria basada en activos: Andalucía*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Heyermann, B. (1995). La Municipalización de Servicios Sociales en Chile. En *La Municipalización de Servicios Sociales en Chile*. (págs. 5–161.). Santiago, Chile.

- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (s.f.). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 223–229.
- Mallou, J., Boubeta, A., & Cueto, E. (2003). Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicothema*, 656-661.
- Margozzini, P., & Passi, Á. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífonos*.
- Ministerio de Salud. (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios hacia 2030*. Chile.
- Ministerio de Salud. (2023). *Fortalecimiento de la capacidad de resolución y coordinación de las personas en la atención primaria de salud*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud. (2023). *Lineamientos técnicos para la gestión remota de la demanda en atención primaria*. Chile.
- Ministerio de Salud. (2023). *Orientaciones para la planificación y programación en red*. Chile.
- Ministerio de Salud. (2023). *Orientaciones Técnicas Índice de Actividad Atención Primaria de Salud*. Chile.
- Ministerio de Salud, Oficina Nacional de Emergencia, Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres, Agencia Japonesa de Cooperación Internacional. (2018). *Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud, Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio del Interior y Seguridad. (2021). *Lineamiento para la conformación y funcionamiento de las Mesas Técnicas Intersectoriales Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en la Gestión del Riesgo de Desastres*.
- Molina, C. (2010). Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989. En *El período de la dictadura militar: 1973-1989* (págs. 173–91). Santiago, Chile: Ediciones L (ed).
- Morteruel, M., Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., M. U., & Font, R. (2019). *Diagnóstico de salud participativo. Activos y necesidades de salud de Bilbao y sus barrios*. UPV/EHU.
- Newbury, J., & Stewart R, F. H. (2021). Association between air pollution exposure and mental health service use among individuals with first presentations of psychotic and mood disorders: retrospective cohort study. *Br J Psychiatry*, 678–685.
- OCDE. (2020). *Satisfacción ciudadana con los servicios públicos. Panorama de las Administraciones Públicas América Latina y el Caribe*. Obtenido de <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7dd508f2-es/index.html?itemId=/content/component/7dd508f2-es>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Sistemas y Servicios de Salud Resilientes en el contexto de emergencias y desastres: De la Política a la Práctica*.
- Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report*.

- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago, Chile.
- Rojas, P., Peñaloza, B., Soto, M., & et-al. (s.f.). Atención primaria en tiempos de Covid-19: Desafíos y Oportunidades. *Temas la Agenda Pública 2022*.
- Román, O., Prieto, M., Mancilla, P., & et-al. (2009). Aumento del riesgo de consultas cardiovasculares por contaminación atmosférica por partículas. Estudio en la ciudad de Santiago. *Rev Chil Cardiol*, 159–164.
- Salerno, M., Malleville, S., Sala, J., & Fonseca, M. (2020). *Mapeo Colectivo y Digital*. Universidad de la Plata.
- Sandoval, J., Petrovic, D., Guessous, I., & Stringhini, S. (2021). Health Insurance Deductibles and Health Care-Seeking Behaviors in a Consumer-Driven Health Care System With Universal Coverage. *JAMA Netw Open*.
- Sanhueza, P., Vargas, C., & Mellado, P. (2006). Impacto de la contaminación del aire por PM 10 sobre la mortalidad diaria en Temuco. *Rev Med*, 754–761.
- Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B., & Kawachi, I. (1999). Income Inequality primary care, and health indicators. *The Journal of family practice*, 275-284.
- Starfield, B. (2009). *Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs*. *Humanity & Society*, 56–73.
- Starfield, B. (s.f.). Global imperatives for primary care. *First Iberoamerican Regional Congress WONCA Iberoamerican CIMF. Plenary Session: Building a Primary Care-based Health System*. Buenos Aires, Argentina.
- Starfield, B., Lemke, K. W., Herbert, R., Pavlovich, W. D., & Anderson, G. (2005). Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Annals of family medicine*, 215–222.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*, 457–502.
- Superintendencia de Salud. (2020). *Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2019*. Santiago, Chile.
- Tanahashi, T. (1978). *Health service coverage and its evaluation*. *Bulletin of the World Health organization*.
- Téllez, Á., Sapag, J., Barros, J., & et-al. (s.f.). *Propuesta para la escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en las personas y estratificado por riesgo para las personas con enfermedades crónicas en Chile*. *Propuestas para Chile - Concurso Políticas Pública*.
- Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 405–412.
- Universidad Andrés Bello. (2021). *Encuesta Nacional de Salud. Versión 1*. Santiago, Chile.
- World Health Organization. (2015). *Operational framework for building climate resilient health systems*. First Edit. Geneva, Switzerland,.
- World Health Organization; United Nations Children's Fund. (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*. Geneva.
- Yarza, M. (2022). *Desafíos de la Reforma Integral de Salud en Chile*. Santiago, Chile.

ANEXOS

Anexo 1. Diagnóstico cualitativo de la gestión administrativa de la atención primaria de salud



Diagnóstico cualitativo de la gestión administrativa *Comunas pioneras de la APS universal*

Presupuesto	
Línea presupuestaria de APS	
Presupuesto total APS año anterior	
Aporte Municipal para salud año anterior	
Porcentaje del presupuesto en salud subtítulo 21, corte diciembre año anterior	

Innovaciones en salud para gestionar demanda	
Telesalud o sistema de agendamiento virtual de horas	SI/NO
Confirmación de citas	SI/NO
Hora fácil	SI/NO
Otro	SI/NO

Urgencia ambulatoria		
SAPU largo	N° SAPU largo total	
	N° SAPU largo habilitados	
	N° SAPU largo habilitados con observaciones	
	N° SAPU largo no habilitado	
SAPU corto	N° SAPU corto total	
	N° SAPU corto habilitado	
	N° SAPU corto habilitado con observaciones	
	N° SAPU corto no habilitado	
SAR	N° SAR total	

	N° SAR habilitados	
	N° SAR habilitados con observaciones	
	N° SAR no habilitados	

Resolutividad		
UAPO	N° UAPO total	
	N° UAPO habilitadas	
	N° UAPO habilitadas con observaciones	
	N° UAPO no habilitados	
UAPORINO	N° UAPORINO	
	N° UAPORINO habilitadas	
	N° UAPORINO habilitadas con observaciones	
	N° UAPORINO no habilitados	
Mamógrafos	N° Mamógrafos totales	
	N° Mamógrafos habilitados	
	N° Mamógrafos habilitados con observaciones	
	N° Mamógrafos no habilitados	
Salas Cirugía Menor	N° Salas de Cirugía Menor totales	
	N° Salas de Cirugía Menor habilitadas	
	N° Salas de Cirugía Menor con observaciones	
	N° Salas de Cirugía Menor no habilitadas	
Sala de Rayos	N° Sala de Rayos total	
	N° Sala de Rayos habilitadas	
	N° Sala de Rayos con observaciones	
	N° Sala de Rayos no habilitadas	
Laboratorio Clínico	N° Laboratorio clínico comunal total	
	N° Laboratorio clínico comunal habilitados	
	N° Laboratorio clínico comunal con observaciones	
	N° Laboratorio clínico comunal no habilitados	
Centro de especialidades	N° Centro de especialidades APS total	
	N° Centro de especialidades APS habilitados	
	N° Centro de especialidades APS con observaciones	
	N° Centro de especialidades APS no habilitados	
COSAM	N° COSAM total	
	N° COSAM habilitados	
	N° COSAM con observaciones	
	N° COSAM no habilitados	
Farmacia Comunal	N° Farmacia Comunal total	
	N° Farmacia Comunal habilitados	
	N° Farmacia Comunal con observaciones	

	N° Farmacia Comunal no habilitados		
Ambulancias	N° Ambulancias total		
	N° Ambulancias habilitadas		
	N° Ambulancias con observaciones		
	N° Ambulancias no habilitadas		
¿Tiene posibilidad de crecer en infraestructura destinada a APS?			
Respuesta:			
Dotación RRHH			
<i>Tipo de Descripción</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Horas semanales</i>	<i>Observaciones</i>
Categoría A y B			
Director (jefe) Depto. De Salud			
Jefatura 1 DSM			
Jefatura 2 DSM			
Jefatura 3 DSM			
Jefatura 4 DSM			
Otros Estructura DSM			
CATEGORIA A o B:			
Director de Consultorio (CESFAM)			
Jefatura 1 CESFAM			
Jefatura 2 CESFAM			
Otros Estructura CESFAM			
CATEGORIA A:			
Médico			
Odontólogo			
Químico Farmacéutico			
CATEGORIA B:			
Asistente Social			
Enfermera			
Matrona			
Nutricionista			
Kinesiólogo			
Tecnólogo Médico			
Psicólogo			
Educadora de párvulos			
Contador Auditor			
Ingeniero Comercial			
Arquitecto			
Ingeniero Constructor			
Ingeniero Administrativo			

Fonoaudiólogo			
Encargado Calidad y Acreditación.			
Otros Profesionales			
CATEGORIA C:			
Técnicos de Nivel Superior en Administración de Salud			
Técnico de Nivel Superior en Contabilidad			
Técnico de Nivel Superior en Estadística			
Técnico de Nivel Superior Higienista Dental			
Técnico de Nivel Superior Laboratorista Dental			
Técnico de Nivel Superior en Podología			
Técnico de Nivel Superior en Secretariado Ejecutivo			
Técnico de Nivel Superior en Enfermería			
CATEGORIA D:			
Auxiliares Paramédicos de Enfermería			
Auxiliares Paramédicos de Farmacia			
Auxiliares Paramédicos de Laboratorio			
Auxiliares Paramédicos de Dental			
CATEGORIA E:			
Administrativos			
Secretarias			
CATEGORIA F:			
Auxiliar de Servicio			
Chofer			
Nochero			
Calderero			
TOTAL			

Dotación Vehículos Departamento de Salud

<i>Tipo Vehículo Ambulancia/furgón /camioneta/otro</i>	<i>Patente</i>	<i>Marca</i>	<i>Modelo</i>	<i>Año de Compra</i>	<i>Años Vida Útil Residual</i>	<i>Cuenta con Seguro (SI/NO)</i>	<i>Costo Anual Mant. Y Reparaciones (\$)</i>	<i>Uso/destino del vehículo</i>	<i>Estado (Bueno / Regular / Malo)</i>	<i>Vehículo Asignado al Establecimiento DSM / CESFAM / CECOSF / PSR</i>

Sección: Presupuestos vigentes año concluido (ingresos y gastos)

INGRESOS	DENOMINACION	PPTO 202x M\$
	Total Deudores Presupuestarios	0
115,05	C x C Transferencias Corrientes	0
115.05.03.006	DEL SERVICIO DE SALUD	0
115.05.03.006.001	ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378 ART. 49	0
115.05.03.006.001	Remesa per cápita	
115.05.03.006.001	Desempeño Díficil	
115.05.03.006.002	APORTE AFECTADOS	0
115.05.03.006.002	Otros Ingresos	
115.05.03.006.002	Desempeño Colectivo	
115.05.03.007	DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS- TESORERO PUBLICO	0
115.05.03.007.999	BONOS DE ESCOLARIDAD	
115.05.03.007.999	AGUINALDO	
115.05.03.099	CONVENIOS SSAS	0
115.05.03.099.001	Equidad Rural	
115.05.03.099.002	Chile Crece Contigo	
115.05.03.099.003	CECOSF	
115.05.03.101	De la Municipalidad a Servicios incorporados a su Gestión	
115,08	C x C Otros Ingresos Corrientes	0
115.08.01.001	Reembolso Art. 4 Ley N °19.345 y Ley N.º 19117 Art. Único	
115.08.01.002	Reembolso Art. 12 Ley N °18.196 y Ley N.º 19117 Art. Único	
115,15	Saldo Inicial de Caja	
GASTOS	Denominación	PPTO 2022 M\$
	Total, Acreedores Presupuestarios	0
215,21	C x P Gastos en Personal	0
21,01	Personal a Planta	
21,02	Personal a Contrata	
21,03	Otras Remuneraciones	0

21.03.001	Honorarios a Suma Alzada – Personas Naturales	
21.03.005	Suplencias y Reemplazos	
215,22	C x P Bienes y Servicios de Consumo	0
22,01	Alimentos para personas	
22,02	Vestuario y Accesorio	
22,03	Combustible y lubricantes	
22,04	Materiales de uso y consumo	
22,05	Servicios Básicos	
22,06	Mantenimiento y reparaciones	
22,07	Publicidad y Difusión	
22,08	Servicios Generales	
22,09	Arriendos	
22,1	Servicios Financieros y de Seguros	
22,11	Servicios Técnicos y Profesionales	
22,12	Otros Gastos en Bienes y servicios de consumo	
22.12.005	Derechos y Tasas	
26,01	Devoluciones	0
215,29	C x P Adquisición de Activos no Financieros	0
29,03	Vehículo	
29,04	Mobiliario y otros	
29,06	Equipos informáticos	
29,07	Programas Computacionales	
29,99	Otros Activos no Financieros	
215,34	C x P Servicio de la Deuda	0
34,07	Deuda Flotante	

Adjuntar los siguientes documentos:

Otros documentos	
Reglamento Carrera funcionaria	SI/NO
Organigrama	SI/NO
Acuerdo Artículo 45	SI/NO
Currículum vitae de director/a de Salud Municipal	SI/NO
Consolidado de la programación comunal o programación por establecimiento de salud	SI/NO

Detalle por establecimiento de salud

Complete para cada dispositivo de salud con código DEIS.

Nombre del establecimiento	
Año de construcción del dispositivo	
PMA original	
¿En proceso de reposición o construcción de nuevo establecimiento? Si su respuesta es afirmativa, describir	
¿Cuenta con ECICEP?	
Describa brevemente cómo tiene implementada la ECICEP	

DATOS DE INFRAESTRUCTURA DEL DISPOSITIVO. N° DE BOX DE ATENCIÓN				
<i>Tipo</i>	<i>Número total</i>	<i>N.º de habilitados</i>	<i>N.º habilitados con obs.</i>	<i>N.º no habilitados</i>
Dental				
Ginecológico				
Multipropósito				
Salas de procedimientos				
Sala IRA				
Sala ERA				
Farmacia/Botiquín				
Sala de espera				
Sala de rehabilitación				
Sala estimulación infantil				
Dispone de accesos universales				
Comentarios generales				

DATOS DE EQUIPAMIENTO DEL DISPOSITIVO		
<i>Tipo</i>	<i>N°</i>	<i>Mantenimiento al día (SI/NO)</i>
Computadores		
Teléfonos fijos		
Teléfonos celulares		
Tablet		
Electrocardiograma		
Ecógrafo		
Grupo electrógeno		
Bombas de agua		

DATOS CONECTIVIDAD DEL DISPOSITIVO	
<p>¿Posee conexión a internet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habilitado: conexión a internet estable y que se encuentra permanentemente en operación. - Habilitado con observaciones: conexión a internet intermitente y/o inestable. - No habilitado: conexión a internet no disponible 	
¿Cuenta con registro clínico electrónico?	
<p>¿Posee interoperabilidad? Se entiende por interoperabilidad a la articulación de información entre diferentes sistemas de gestión clínica. Ejemplo: Sistema de ficha clínica en APS se articula con sistema de hospital de referencia y contrarreferencia para envío de interconsultas.</p>	
<p>Describa el formato de interoperabilidad que opera en su establecimiento</p>	

Anexo 2. Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos en comunas pioneras de la APS universal



Pauta de revisión de implementación

Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos en comunas pioneras de la APS universal

NOMBRE SERVICIO DE SALUD: _____

NOMBRE COMUNA: _____

NOMBRE ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE DIRECTOR / RA: _____

FECHA VISITA _____ Hora VISITA _____ HORA APERTURA: _____

La pauta de supervisión de continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos en las comunas de la APS Universal requiere información adicional a la pauta habitualmente utilizada.

CONTINUIDAD DE ATENCION (extensión o apertura sobre extensión horaria basal)

PRESTACIONES	PROGRAMACION**			DISPONIBLE		Nº cupos según agenda
	¿Aparece en la última programación del centro de salud de Ext horaria de APS-U?			SI	NO	
	SI	NO	Nº cupos semanales programados			
Consulta Morbilidad médica*						
Controles de personas con condiciones o patologías Crónicas	Cardiovascular					
	Respiratorio					
	ECICEP					
Controles de Salud						
Examen de salud preventivos						
Control de salud sexual y reproductiva						
Procedimientos						
Exámenes						
Odontología *						
Salud Mental						
Farmacia (Si / No) *						
Bodega de productos alimenticios (Si / No)						
Otros						

*Agregar solo lo que corresponde a aumento de programación por sobre las prestaciones obligatorias.

**Completar previo a supervisión

RECURSOS HUMANOS EN CONTINUIDAD DE ATENCIÓN (extensión o apertura)

(MARQUE SI O NO)

RRHH	SI	NO	Actividad
Medico*			
Odontólogo*			
Matrona			
Enfermera			
Nutricionista			
Kinesiólogo			
Psicólogo			
Terapeuta ocupacional			
Asistente social			
Técnico paramédico o TENS *			
Educadora de párvulos			
Otro profesional			

* Ingresar solo si es adicional a lo obligatorio

EL CENTRO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO (extensión o apertura)⁶¹

(MARQUE SI/NO)

CONDICIÓN	SI	NO
Ampliación de la extensión horaria (programación de 30 horas extras a la extensión horaria semanal habitual)		
Ampliación de la oferta de horas profesional en extensión horaria habitual (programación de 30 horas extras de profesionales semanales en la extensión horarias habituales)		

EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES⁶²

Problema de Salud	Fármacos	Unidad	Consumo Promedio Mensual	Disponibilidad esperada (20% del CPM)**	Disponible ***	
					SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	LOSARTAN*	COMPRIMIDO 50 MG				
	AMLODIPINO*	COMPRIMIDOS 5 MG				
	AMLODIPINO*	COMPRIMIDOS 10 MG				
DIABETES MELLITUS TIPO 2	METFORMINA*	COMPRIMIDO 1.000 MG XR				

⁶¹ Se entenderá por "funcionamiento" aquellos centros que al momento de la visita otorgan al menos el 90% de las prestaciones programadas

⁶² Se deberá dejar copia en el establecimiento firmada por ambas partes involucradas en la visita

DEPRESIÓN	CLONAZEPAM*	COMPRIMIDO 2 MG				
	VENLAFAXINA*	COMPRIMIDOS 75 MG O 75 MG XR				
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA*	COMPRIMIDO 20 MG				
EPILEPSIA	DIVALPROATO ACIDO DE SODIO	COMPRIMIDO 500 MG XR				
	CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 400 MG XR				
	FENOBARBITAL*	COMPRIMIDO 100 MG				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, ASMA, SBR	FLUTICASONA	INHALADOR 125 MCG/DOSIS				
	PREDNISONA	JARABE 20 MG/5ML				
	PREDNISONA*	COMPRIMIDO 20 MG				
	AZITROMICINA*	COMPRIMIDO 500 MG				
	DESLORATADINA	COMPRIMIDO 5 MG				
PARKINSON	LEVODOPA/ CARBIDOPA	COMPRIMIDOS 250 MG/25MG				
	QUETIAPINA	COMPRIMIDO 25 MG				
HIPOTIROIDISMO	LEVOTIROXINA	COMPRIMIDO 50 MCG				
ARTROSIS Y HELICOBACTER PYLORI	OMEPRAZOL*	COMPRIMIDO 20 MG				
OTROS	METILFENIDATO*	COMPRIMIDO 10 MG				
	LEVONORGESTREL	COMPRIMIDO 0,75 O 1,5 MG				

* Fármacos Trazadores

** CPM: Consumo Promedio Mensual, entendiéndose para tal efecto como el consumo promedio de los 3 meses anteriores al mes en que se realiza la visita.

*** Se debe verificar la disponibilidad de todos los fármacos de listado.

EL CENTRO CUENTA CON 100% DE DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS TRAZADORES⁶³
(MARQUE SI/NO)

SI	NO

ATENCIÓN PERMANENTE DE BOTIQUÍN/FARMACIA DURANTE EL HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO

HORARIO DE ATENCIÓN DE BOTIQUÍN/FARMACIA

DESDE	HASTA

BOTIQUÍN/FARMACIA ESTABA FUNCIONANDO

SI	NO

PRESENCIA DE LETREROS QUE RESTRINJAN EL HORARIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES, TANTO CRÓNICOS COMO DE MORBILIDAD

SI	NO

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:

Nombre	Firma

PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:

Nombre	Firma

FÁRMACOS TRAZADORES CONSIDERADOS PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE.

La medición del indicador, “Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del Establecimiento”, se incorpora en la pauta de supervisión del componente continuidad de atención del Índice de actividad de Atención primaria (IAAPS), siendo esta pauta el medio de verificación de cumplimiento de dicho indicador. En cada corte de evaluación todas las comunas tienen que ser visitadas y de cada comuna a lo menos en 1 establecimiento se debe aplicar la pauta de supervisión, considerando este indicador.

En particular, se medirá que la farmacia se encuentre en funcionamiento (dispensando medicamentos tanto para pacientes crónicos como morbilidad), en el horario de funcionamiento del Establecimiento respectivo, incluyendo la extensión horaria.

Además, se revisará que en las ventanillas de cada farmacia no existan letreros que restrinjan el horario de entrega de medicamentos para pacientes, tanto crónicos como de morbilidad.

⁶³ Se entenderá por “*fármaco trazador disponible*”, cuando se mantenga en bodega o unidad de farmacia del centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento.

Anexo 3. Formato Acuerdo Administrativo



ACUERDO ADMINISTRATIVO
TRIPARTITO ENTRE
SEREMI DE SALUD REGIÓN _____,
SERVICIO DE SALUD _____
Y LA I. MUNICIPALIDAD DE _____

PRIMERA: Antecedentes

Considerando:

1. Que el acceso equitativo a los cuidados esenciales de la atención primaria es fundamental para que las personas gocen del más alto nivel de salud, sin discriminación por motivos geográficos, económicos, socioculturales o de otra índole, razón por la cual el acceso universal a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad debe ser una prioridad.
2. Que el fortalecimiento de la atención primaria, como base en el desarrollo de redes sanitarias integradas en los servicios de salud, es promovida por la Organización Panamericana de la Salud como una de las estrategias primordiales en el camino al acceso y cobertura universal de salud y ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como la estrategia con mayor eficacia, efectividad e inclusividad para la mejora del estado de salud de las personas.
3. Que el aumento de la cobertura en atención primaria está relacionado con mejores resultados sanitarios a nivel internacional y la atención primaria fuerte –en sus atributos esenciales de acceso, coordinación, longitudinalidad e integralidad–, ha mostrado sólida evidencia en la mejora de los resultados sanitarios poblacionales, con efectos positivos en la calidad de vida de las personas, reduciendo la mortalidad general y las hospitalizaciones evitables.
4. Que por lo anterior el Ministerio de Salud ha decidido impulsar la universalización de la atención primaria, iniciando con siete comunas pioneras en el año 2023 e

incorporando catorce comunas en el año 2024 y siete nuevas comunas el año 2025 (Resolución XX del XX de XXXXX del 2024).

5. Que con el propósito de contribuir a mejorar el nivel de salud de las personas que viven en esas comunas pioneras, mediante la instalación e implementación de una cobertura y acceso universal a la atención primaria de salud, consistente en el aumento de la disponibilidad, acceso, y calidad y la aceptabilidad de los servicios de la atención primaria, el Ministerio de Salud ha impulsado la Universalización de Atención Primaria de Salud

Es por lo anterior que se debe avanzar en el aseguramiento de condiciones en la Atención Primaria de Salud que permita responder a las necesidades de salud de la población y a los requerimientos de un sistema de salud basado en la atención primaria. En ese contexto, la comuna se compromete a desarrollar acciones conducentes a contar con condiciones que garanticen el acceso a las prestaciones de la atención primaria para todas las personas que viven, estudian o trabajan en su territorio jurisdiccional, mediante acciones resolutivas, de calidad y efectivas. Aquel compromiso se materializa por medio de un acuerdo administrativo tripartito, entre el Servicio de Salud respectivo, que representa a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la comuna.

SEGUNDA: Objetivo

El objetivo de este acuerdo administrativo es comprometer a la comuna a trabajar en ámbitos de optimización de procesos en los que presentan brechas, para asegurar acceso y cobertura universal en el territorio, en términos de gestión administrativa de salud, de recursos humanos, físicos y financieros.

TERCERA: Dimensiones del acuerdo administrativo

- **Población potencial para la universalización de la APS:** Avanzar hacia la inscripción universal, que corresponde al registro de las personas en el centro de salud más cercano a su lugar de residencia o trabajo, independiente de su previsión de salud.
- **Infraestructura y equipamiento:** Asegurar la disponibilidad, distribución equitativa, calidad y mantención de la infraestructura y equipamiento en Atención Primaria.
- **Insumos y medicamentos:** Contar con los mecanismos administrativos y financieros que resguarden la disponibilidad de medicamentos de la canasta y los insumos para el trabajo en salud.

- **Recursos Humanos:** Contar con una administración que tenga procesos instalados para un desarrollo adecuado para la gestión de las personas en todas las etapas del ciclo laboral, asegurando óptimas condiciones de trabajo.
- **Competencias de los equipos de gestión en salud:** Favorecer procesos de reclutamiento, selección y capacitación que logren equipos directivos de alto desempeño con competencias de liderazgo, conocimiento y experiencia acorde con los desafíos del cargo.
- **Financiamiento:** Asegurar que el financiamiento que recibe la atención primaria sea ejecutado con altos estándares de eficiencia, probidad, transparencia y sostenibilidad financiera, con un marco mínimo de mantención del aporte municipal en salud.
- **Calidad y seguridad asistencial:** Avanzar en la instalación de una cultura de calidad en la atención primaria, con el fin de resguardar procesos que aseguren condiciones de cuidados seguros y optimizados tanto para el personal de salud como para la comunidad usuaria.
- **Sistemas de información:** Contar con sistemas de información (registro clínico electrónico, plataformas, visualización de datos) que permitan disponer de datos para la toma de decisiones en salud y la progresiva rendición de cuentas, estableciendo una gobernanza de datos en los equipos de salud que permita contar con registros oportunos, transparentes, completos y precisos.
- **Participación:** Impulsar un proceso permanente de participación de las comunidades y actores claves en los procesos de diseño, planificación y monitoreo de los servicios que utilizan en el marco de la mejora de la experiencia usuaria y el desarrollo de activos comunitarios de salud.
- **Gestión Social Local (GSL):** La comuna implementará el modelo de gestión de beneficios y atención de casos sociales Gestión Social Local (GSL).
- **Fomento de espacios libres de violencia:** Fomentar ambientes de trabajo seguros y respetuosos con el debido resguardo de procedimientos para la denuncia, investigación y sanción del acoso sexual, laboral, ciberacoso en los lugares de trabajo y la violencia en el lugar de trabajo.
- **Resguardo de la participación de los y las funcionarias de APS Universal:** la comuna designará dentro de su equipo motor a funcionarios y funcionarias representantes gremiales, comité paritario, equipo gestor, o quienes estimen, para una debida gestión del cambio e implementación de APS Universal.

- **Sistema de gestión de la demanda:** La comuna implementará en el marco de la gestión de la demanda comunal un sistema que proveerá el ministerio de salud. En el caso que la comuna ya cuente con un sistema, este vendrá a reemplazar, complementar o interoperar.

CUARTA: Compromisos adquiridos

En atención a lo expresado anteriormente, la I. Municipalidad de _____ viene a suscribir los siguientes compromisos de optimización y mejora continua de la atención primaria con sus respectivas acciones, metas y medios de verificación para su ejecución en el periodo comprendido entre el ____ de MES DE SUSCRPCIÓN y el 31 de diciembre 2024.

TABLA RESUMEN DE COMPROMISOS ADQUIRIDOS

En el anexo, se encuentran sugerencias detalladas de cuáles elementos podrían ser considerados en el acuerdo administrativo. La tabla expuesta a continuación es de uso referencial y contiene un ejemplo de llenado para guiar a los equipos en su redacción.

Ámbito	Brechas identificadas	Acciones para el cierre de brechas	Meta anual	Medios verificadores
Población potencial para la APS Universal	100 personas	-Operativos en terreno para el registro y atención de personas.	60 personas (60% de la población potencial)	Reporte de inscripción de FONASA
Infraestructura	-Mantenimiento en mal estado de la pintura al interior del CESFAM -Acceso universal en mal estado	- Adquisición de pintura (cálculo de galones para cubrir pintura en mal estado) - Disposición de personal para el proceso de pintura - Desarrollo de jornadas de pintura para el CESFAM (implica relocalización de mobiliario, tiempo de secado, etc.)	-CESFAM pintado en su interior	-Fotografías antes y después -Link a nota en redes sociales
Equipamiento				

Mantenión Vehículos ambulancias				
Insumos y medicamentos	- Quiebre de stock de medicamentos relacionados a tratamiento de salud mental	- Levantamiento de alertas tempranas ante stock crítico, dirigidas al Servicio de Salud correspondiente - Búsqueda activa de suministro de los medicamentos con stock crítico (compra ágil, préstamo del Servicio de Salud, etc.) - Reposición del stock	Disminución de los eventos de quiebre de stock en la comuna (apuntar a reducirlos a cero)	- Reclamos referentes al despacho de medicamentos de salud mental - Seguimiento de stock botiquines de salud mental (libros, plataformas)
Recursos humanos en salud	- Recursos humanos con decretos de nombramiento pendientes de regularizar	- Localización de un equipo que se encargue de poner al día los decretos - Entrega de tiempo protegido para que ese equipo se haga cargo de la regularización -Establecimiento de metas de avance para el cierre de brecha	- Que el 80% de los decretos pendientes se encuentren regularizados	- Listado de decretos regularizados (números y firmas)
Aporte municipal y artículo 45 de la Ley 19.378	- El municipio transfiere parcialmente lo que compromete como aporte municipal a salud	- Compromiso a nivel alcaldicio de resguardo del presupuesto municipal destinado a salud - Planificación de transferencias periódicas para salud municipal - Ejecución de las transferencias periódicas para salud municipal	- Que el municipio logre transferir al menos el 100% de los recursos que ha comprometido a salud municipal al inicio del año	- Comprobante de transferencia efectuada en plataforma de traspaso de recursos financieros
Concursos públicos				

Formación del director/a de salud municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de formación en el área de compras públicas - Necesidad de formación en área de salud pública 	- Localización y distribución de recursos para poder ingresar al director/a a capacitación	- Director/a con formación en las áreas en las cuales presenta brecha	-Certificado de cursos y/o diplomas aprobados
Aporte municipal y artículo 45 de la Ley 19.378				
Acreditación				
Acceso a datos clínicos y financieros				
Rendición de cuentas con participación de comunidad usuaria y trabajadores de salud primaria				
*Implementación Gestión Social Local (GSL)				
*Fomento de espacios libres de violencia				
*Resguardo de la participación de funcionarios/as de quipo motor APS Universal				

*sistema de gestión de demanda				
--------------------------------	--	--	--	--

*Recordar que los campos obligatorios marcados con asterisco se incorporan según año de implementación

QUINTA: Monitoreo y seguimiento

Es de responsabilidad de la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud, el monitoreo y seguimiento de los compromisos adquiridos, lo cual se realizará, como mínimo, por períodos trimestrales a contar de la fecha en que se suscribe este acuerdo.

SEXTA: Responsabilidad de los firmantes

Quienes suscriben el acuerdo administrativo, representan a las principales instituciones cuyas funciones están directamente relacionadas con la atención primaria de salud en la comuna. Los firmantes se comprometen a facilitar los procesos comprometidos en el acuerdo, indicando oportunamente obstáculos para su ejecución e identificando acciones que favorezcan su cumplimiento.

**DIRECTOR/A
SERVICIO DE
SALUD _____**

**SR/A. ALCALDE(SA)
I. MUNICIPALIDAD DE _____**

**SEREMI DE SALUD
REGIÓN
DE _____**

Anexo 3.1. Detalle de las dimensiones a considerar del acuerdo

Las siguientes consideraciones reflejan una aspiración no exhaustiva hacia el cual se busca avanzar en el largo plazo en cada una de las dimensiones y son ejemplos de áreas que pueden ser incluidas. Los aspectos del acuerdo administrativo que se consideran deben buscar avanzar en esta dirección, entendiendo que alcanzar estos objetivos no se logrará en un periodo anual único.

Infraestructura

1. Que la mantención de la infraestructura esté en adecuadas condiciones para recibir a la población a cargo en un entorno limpio y digno.
2. Que los espacios de atención (box, salas multipropósitos, salas de espera, botiquines) se encuentren en condiciones óptimas de funcionamiento.
3. Que se realice un plan de optimización de espacios, considerando las necesidades y pertinencia de su utilización.

Equipamiento clínico, insumos y medicamentos

1. Que el equipamiento se encuentre con sus mantenciones al día y en condiciones de funcionamiento adecuado para garantizar calidad en las atenciones de salud.
2. Que la comuna cuente con protocolos que permitan evitar los quiebres de stock de medicamentos e insumos y que se comprometa a disminuir la incidencia de estos eventos.

Vehículos y ambulancias

1. Que la flota actual de vehículos de apoyo y ambulancias que tiene la comuna se encuentren operativos.
2. Que tanto vehículos de apoyo como ambulancias cuenten con contratos para disponer de sus mantenciones al día y en condiciones adecuadas para su funcionamiento, garantizando calidad en la atención de salud que entregan a la población.

Recursos Humanos

1. Que los recursos humanos en salud primaria cuenten con un manual de inducción y perfiles de cargo conocidos y diseminado por toda la dotación.
2. Que los recursos humanos en salud primaria cuenten con sus debidos decretos y contratos actualizados, numerados y firmados.
3. Que los recursos humanos en salud cuenten con protocolo de acción para enfrentar clave morada (violencia ejercida hacia trabajadores y trabajadoras de salud por parte de pacientes)

4. Que la comuna cuente con el reglamento de carrera funcionaria actualizado o vigente y aprobado por Concejo Municipal.
5. Que la dotación de atención primaria cumpla con el guarismo 80/20. En el caso de no cumplirlo, comprometer un plan de acción anualizado para el logro de dicho guarismo.
6. Que los funcionarios y funcionarias estén capacitados anualmente en el marco del Plan Anual de Capacitación comunal en temáticas de Universalización. Se sugiere definir metas anuales progresivas para alcanzar el 100% de los equipos capacitados en este ámbito.

Competencias de los equipos de gestión en salud:

1. Que los directores/as de los establecimientos de atención primaria hayan sido elegidos mediante concurso público. En el caso que aquello no se cumpliera, que la comuna realice un proceso de planificación para regularizar la selección.
2. Que el cargo de director/a de salud comunal se incorpore a los cargos cuya selección se realizará mediante concurso público.
3. Que los concursos mencionados cuenten con participación de un representante del servicio de salud y de la comunidad.
4. Que los concursos respectivos estén dentro de los plazos establecidos.
1. Que el o la directora/a de salud de la comuna tenga experiencia laboral demostrada en instituciones de salud pública, con especial énfasis en atención primaria.
2. Que el o la directora/a de salud de la comuna cuente con formación profesional que incluya cursos de postítulo o postgrado universitarios relativos a su rol directivo, tales como Gestión de Salud, Financiamiento de Atención Primaria, Inteligencia Sanitaria, Liderazgo de equipos de salud, entre otros.
3. Que las bases de los concursos para directivos respondan a un modelo aprobado por el Ministerio de Salud (mediano plazo, en desarrollo) y con una etapa de evaluación psico laboral que vele por adecuadas competencias de liderazgo.

Financiamiento

1. Que el aporte municipal destinado a salud primaria refleje el compromiso por la universalización de la atención primaria.
2. Que la proporción del presupuesto destinado a financiar asignaciones basadas en el artículo 45 para funcionarios o funciones de gestión no supere una proporción del financiamiento significativo, y de serlo, se reduzca gradualmente.

Calidad y seguridad asistencial

1. Que haya un plan de trabajo dirigido al cierre de brechas de la norma técnica básica (NTB), cuyo objetivo sea la acreditación de los establecimientos de atención primaria de la comuna en el largo plazo.
2. Que la atención primaria comunal cuente con protocolos que garanticen calidad y seguridad en la atención de personas.

Sistemas de información

1. Que el registro clínico electrónico facilite el registro de datos administrativos y clínicos del quehacer de los establecimientos de salud. Se espera que haya un compromiso planificado en mejorar la calidad de los datos, en relación a la completitud del registro, así como también en la precisión y plausibilidad de los datos.
2. Que las comunas cuenten con reportes sobre la gestión en salud primaria de alta relevancia para la gestión clínica, tales como: inasistentes, rechazos de atención, productividad, horas asistenciales directas e indirectas, listas de espera a nivel secundario, poli consulta, gestión de la demanda, gestión de poblaciones bajo control.

Participación

1. Que el municipio participe en instancias que permitan realizar seguimiento, acompañamiento y difusión de la universalización de la atención primaria, con distintos actores involucrados, tales como: dirección de salud municipal, integrantes del Servicio de Salud correspondiente, representantes de la SEREMI, otras comunas del territorio, trabajadores (as)

Gestión Social Local (GSL)

1. Que la comuna implemente referencia y contrarreferencia de salud con equipo social (DIDECO) asegurando el oportuno tránsito del usuario en la red comunal, articulando sus recursos.

Fomento de espacios libre de violencia

1. La comuna dispondrá de protocolos de amplio conocimiento que permita desarrollar espacios libres de violencia.

Resguardo de la participación de las y los funcionarios de APS Universal

1. La comuna designará a su equipo motor, quien será el responsable de la implementación de la estrategia asegurando la participación de todos los actores claves.

Sistema de gestión de demanda

1. La comuna aumentará la contactabilidad de los usuarios y la gestión de agendas.

Anexo 4. Pauta de chequeo de criterios mínimos del sistema de gestión remota de la demanda

Nombre de establecimiento/comuna	
Nombre de la estrategia	

Criterio por evaluar	Cumple	No cumple
Permite el acceso remoto a los usuarios (teléfono/internet)		
El sistema permite el ingreso de requerimiento las 24 horas del día durante los 7 días de la semana		
El sistema cuenta con base de datos que respalde las solicitudes y permita identificar a los pacientes		
El sistema permite la priorización de las solicitudes por parte del equipo humano		
Cuenta con mesa de soporte en caso de caída u otros		
Permite al usuario conocer el estado de su requerimiento		
Permite el seguimiento estadístico sobre el uso de la plataforma mediante un dashboard		
Permite el ingreso de todas las prestaciones del plan de salud familiar		
Observaciones		
Firma de quien aplica		

Anexo 5. Encuesta de experiencia usuaria en Atención Primaria de Salud Universal



Encuesta de Experiencia Usuaria en Atención Primaria de Salud *Comunas de la APS Universal*

I. Caracterización general de la atención

1. Nombre de funcionario que aplica la encuesta:
2. Establecimiento al que pertenece quien responde:
3. Lugar en que se aplicó la encuesta: establecimiento, domicilio, municipalidad, otro
4. ¿Con qué género se identifica?:
 - a) Femenino
 - b) Masculino
 - c) No binario
 - d) Prefiero no indicar
 - e) Otro

5. ¿Cuál es su nacionalidad?
 - a) Chilena
 - b) Boliviana
 - c) Colombiana
 - d) Haitiana
 - e) Peruana
 - f) Venezolana
 - g) Otro:

6. ¿Pertenece a algún pueblo indígena?
 - 1) Si
 - 2) No

7. Si su respuesta anterior es si, indique a qué pueblo indígena pertenece:

8. Edad (años):

II. Valoración de la Experiencia Usuaría.

- 1) Cuando necesito/requiero asistir al establecimiento de salud, ¿los medios de transporte disponibles facilitan mi asistencia?
Si/No
- 2) ¿Qué medio de transporte utiliza habitualmente para asistir al establecimiento de salud?
 - a) Transporte público (micro, metro, colectivo)
 - b) Transporte privado (auto, moto, taxi, otro)
 - c) Bicicleta
 - d) Caminando
 - e) Transporte acuático
 - f) Otro:
- 3) ¿Conoce los recursos existentes en la comuna para favorecer el bienestar y salud de las personas y el propio? (talleres deportivos, grupos de lectura, talleres varios, grupos de apoyo, otros)
- 4) ¿Cómo se entera de la realización y existencia de actividades en su territorio?
 - a) Centro de salud
 - b) Redes sociales
 - c) Municipalidad
 - d) Vecino, Amigo o familiar
 - e) Llamada telefónica
 - f) Otro:
- 5) ¿Considera que la difusión de estas actividades es suficiente?
Si/No
- 6) ¿Tengo facilidades para participar en las actividades disponibles en mi comunidad?
(si/no).
- 7) Si la respuesta es no, ¿por qué? Horarios, distancia, poca oferta, no reflejan mis intereses.
- 8) ¿A quién considera clave para mejorar las condiciones de salud de su comunidad?
 - a) Equipo del establecimiento de salud.
 - b) Dirigentes comunitarios.
 - c) Miembros de la iglesia y lugares de culto.
 - d) Representantes del municipio.

- e) Comerciantes y emprendedores locales.
 - f) Otro:
- 9) ¿Qué considera que hace falta en la comuna para favorecer el bienestar y salud de las personas?

III. Valoración de la Satisfacción Usuaría.

Por favor responda las siguientes preguntas, valorizando sus respuestas en una escala del 1 al 7. Considere el 1 como la calificación más baja y el 7 como la más alta. Para responder, debe considerar su visita actual en caso de asistir a atención de salud. Si su visita corresponde a una situación distinta a atención de salud, base sus respuestas en la última vez que asistió con este objetivo.

- 10) ¿Con qué nota calificaría usted el sistema de contacto con el establecimiento de salud?
- 11) ¿Con qué nota calificaría el tiempo de espera entre el contacto con el establecimiento y la respuesta?
- 12) ¿Con qué nota calificaría la información disponible en el establecimiento de salud para llegar al lugar o lugares que necesita?
- 13) ¿Qué medios de información utilizo frecuentemente para orientarme en el establecimiento de salud? (puede marcar más de una opción)
- a) Pregunto a funcionarios
 - b) Pregunto a otros usuarios
 - c) Me guío por las señaléticas existentes
 - d) Conozco el centro a la perfección
 - e) No logro orientarme bajo ningún medio
 - f) Otro:
- 14) ¿Con qué nota calificaría la amabilidad y cortesía del personal antes de su atención?
- 15) ¿Con qué nota calificaría usted el trato que recibió durante la atención?
- 16) ¿Con qué nota calificaría la información recibida previo a la atención (preparación para la consulta, por ejemplo, qué exámenes presentar)?

17) ¿Considera que fue considerada su opinión/preferencias/creencias durante la atención?

18) ¿Con qué nota calificaría la disposición del personal para poder ayudarle a resolver sus dudas?

19) ¿Recomendaría la atención en el establecimiento de salud a un amigo o familiar? (si/no)

Anexo 6. Formato de invitación a diálogos ciudadanos

Nombre Apellido Apellido, Cargo y nombre institución, y Nombre Apellido Apellido, Cargo y nombre institución, invitan cordialmente a usted al primer encuentro del *Diálogo Ciudadano Participativo de la comuna de NOMBRE COMUNA*, en el cual nos reuniremos para planificar en conjunto estrategias que permitan mejorar la experiencia de las vecinas y vecinos de la comuna en la Atención Primaria.

Esta actividad forma parte de las acciones que la comuna realizará durante el año en el marco de la **Reforma de Salud, en la cual NOMBRE COMUNA es una de las siete comunas pioneras del país para la Universalización de la Atención Primaria de Salud**. Como parte de este importante hito para la comuna, estamos trabajando en mejorar la forma de atención, la capacidad de resolver las necesidades de la población, para toda la población que vive, estudia o trabaja en NOMBRE COMUNA, y de ese modo puedan acceder a una atención digna y oportuna.

La actividad se realizará el día DIA-SEMANA entre las 00.00 y las 00.00 horas, en NOMBRE DEL LUGAR, ubicado en DIRECCIÓN EXACTA. Esperamos contar con su presencia y desde ya agradecemos confirmar su asistencia al teléfono (+56X) XXXXXXXX o al correo xxxxx@xxx.cl

Santiago, mes de 202X



Anexo 7. Matriz de problemas: experiencia usuaria en APS



Matriz de problemas: “Experiencia usuaria en APS” *Comunas pioneras de la universalización de la APS*

Señale los problemas identificados en el grupo en la columna “Problemas” y complete los siguientes campos:

- Jerarquía: califiquen de 1 a 5 los problemas identificados según la prioridad para su abordaje durante el año, siendo 1 aquel de menor relevancia y 5 el de mayor relevancia.
- Horizonte de solución: señalen si este problema tiene solución en corto, mediano o largo plazo.
- Proyectos o estrategias de solución: identifiquen posibles soluciones que permitan abordar el problema.
- Actores institucionales vinculados: identifiquen quién o quiénes se vinculan en la ejecución del proyecto que aborda el problema.

Problemas	Tipo de problema (red de salud u otro)	Jerarquización (1 a 5)	Proyectos, estrategias o iniciativas de solución	Actores institucionales vinculados a la solución

Anexo 8. Matriz para la sistematización de proyectos, diálogos ciudadanos



Matriz de proyectos “Experiencia usuaria en APS”

Comunas pioneras de la universalización de la APS

	Proyecto 1	Proyecto 2	Proyecto 3	Proyecto 4
Nombre del Proyecto				
Objetivo del Proyecto				
Descripción de las iniciativas				
Responsables				

Anexo 9. Instructivo mapeo directo activos comunitarios.



Mapeo directo de activos comunitarios

Comunas pioneras de la universalización de la APS

1. Contar con el mapa comunal del territorio
 1. Delimitar los espacios territoriales de los CESFAM, y con los sectores que dan cuenta de las poblaciones a cargo.
2. Determinar la información a mapear: Se sugieren las siguientes categorías, modificables según cada realidad local
 1. Manejo de desechos
 1. Alcantarillado/Desagüe
 2. Basura en vereda, terrenos baldíos y calles
 3. Microbasurales
 4. Puntos de reciclaje
 2. Aire libre, actividad y ejercicio
 1. Medios de transporte (ciclovías, paraderos, etc.)
 2. Terrenos baldíos
 3. Zonas de recreación al aire libre
 4. Cultivos medicinales
 3. Ambiente, contaminación
 1. Exposición a sustancias nocivas
 2. Radiaciones
 3. Aguas residuales
 4. Espacios colectivos, recursos del barrio
 1. Instituciones educativas
 2. Centros culturales
 3. Clubes del barrio
 4. ONG
 5. Organizaciones sociales y políticas
 6. Centros de adulto mayor/adolescentes
 7. Instituciones de salud
 5. Trabajo/relaciones
 1. Consumo problemático

2. Ferias libres
 3. Organizaciones comunitarias
 4. Medios de comunicación (radios comunitarias y otros)
 5. Comercio
 6. Fábricas
 6. Espacios de culto
 1. Sitios con significado espiritual
 2. Instituciones religiosas
 7. Situación de las calles y del espacio público
 1. Asfalto
 2. Animales sueltos
 3. Tendido eléctrico en mal estado
 4. Veredas en mal estado
 8. Espacios de significación simbólica
3. En el proceso de construcción es importante registrar las interacciones que se dan, discusiones, reflexiones, pues finalmente dan cuenta de una co-construcción de un proceso de salud en clave territorial.
 4. Una vez construido el mapa, construir y sintetizar junto con la comunidad un proceso reflexivo sobre la salud del territorio.

Anexo 10. Pautas orientadoras para el acompañamiento en la instalación e implementación de la Atención Primaria Universal

- Inscripción Universal

N°	Pregunta	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones/ Adjunta verificador
1	¿Conoce la población potencial (meta a inscribir por la universalización) a inscribir en la comuna?		
2	¿Conoce la estructura de la población potencial (sexo, grupo etario y previsión)?		
3	¿Ha programado actividades de inscripción fuera del establecimiento?		
4	En caso de responder SI, indique el número de actividades realizadas y descríbalas brevemente	(Entregar información en documento complementario)	
5	¿Qué criterios utiliza para programar actividades de inscripción (solicitud de la comunidad, lugares de alta afluencia, otros)		
6	¿Realiza acciones de salud en las actividades de inscripción?		
7	En caso de responder SI, señale qué acciones	(Entregar información en documento complementario, el que debe incluir: Horario de operativo, N° de funcionarios que participan, N° de inscritos, N° de personas que acceden a otras prestaciones según tipo de prestación)	

- Acuerdo administrativo, primer año

N°	Pregunta	Estado	Observaciones
1	¿Cuenta con la plantilla sugerida por MINSAL para trabajar el acuerdo administrativo?		
2	¿Ha identificado y evaluado las dimensiones del acuerdo administrativo? (Si la respuesta es SI, pase a la siguiente pregunta 3. Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 6)		

3	¿En cuál de las siguientes dimensiones presenta brecha?		
	<i>Inscripción de población</i>		
	<i>Infraestructura y equipamiento</i>		
	<i>Insumos y medicamentos</i>		
	<i>Recursos humanos</i>		
	<i>Competencias en equipos de gestión</i>		
	<i>Financiamiento</i>		
	<i>Calidad y seguridad asistencial</i>		
	<i>Sistemas de información</i>		
	<i>Gestión Social Local (Obligatorio)</i>		* Ver tabla Implementación de Gestión Social Local (GSL)
	<i>Fomento de Espacios Libres de Violencia (Obligatorio)</i>		
	<i>Participación</i>		
4	¿El proceso de identificación, evaluación y propuestas de subsanación de brechas de las dimensiones del acuerdo administrativo contó con la participación de actores clave para la atención primaria de la comuna?		
5	Si la pregunta anterior es SI, indique: ¿Quiénes participaron en el proceso de identificación y evaluación de brechas de las dimensiones del acuerdo administrativo? (Marque todas las alternativas que correspondan)		
	<i>Gremios de salud primaria</i>		
	<i>Comunidad usuaria</i>		
	<i>Dirección/Departamento/Corporación de Salud (incluye equipos de salud y directivos)</i>		
	<i>Direcciones de la municipalidad (DIDECO, Educación, Gestión Ambiental, etc.)</i>		
	<i>SEREMI de Salud</i>		
	<i>Servicio de Salud</i>		
	<i>Otros</i>		

6	¿En qué estado se encuentra la suscripción del acuerdo administrativo?		
	<i>Sin avances</i>		
	<i>Etapa diagnóstica</i>		
	<i>Etapa de suscripción</i>		
	<i>Etapa de seguimiento</i>		

Detallar aspectos que hayan facilitado y obstruido el proceso de construcción, aprobación y firma del documento. Incorporar estimación de fecha en que podría estar listo y observaciones si es que existen.

- Acuerdo administrativo, segundo y tercer año

N°	Pregunta	Estado	Observaciones
1	¿Cuál es el porcentaje de avance del acuerdo administrativo?		
2	¿En cuál de las siguientes dimensiones presenta brecha?		
	<i>Inscripción de población</i>		
	<i>Infraestructura y equipamiento</i>		
	<i>Insumos y medicamentos</i>		
	<i>Recursos humanos</i>		
	<i>Competencias en equipos de gestión</i>		
	<i>Financiamiento</i>		
	<i>Calidad y seguridad asistencial</i>		
	<i>Sistemas de información</i>		
	<i>Fomento espacios libres de violencia</i>		
	<i>Gestión social local (GSL)</i>		
	<i>Participación</i>		
	<i>Gestión de la demanda (Obligatorio para 3er año de implementación)</i>		Implementación SISTAM, Gestor de la demanda comunal, Plan de Gestión de demanda.

3	¿El proceso de identificación, evaluación y propuestas de subsanación de brechas de las dimensiones del acuerdo administrativo contó con la participación de actores clave para la atención primaria de la comuna?		
4	Si la pregunta anterior es SI, indique: ¿Quiénes participaron en el proceso de identificación y evaluación de brechas de las dimensiones del acuerdo administrativo? (Marque todas las alternativas que correspondan)		
	<i>Gremios de salud primaria</i>		
	<i>Comunidad usuaria</i>		
	<i>Dirección/Departamento/Corporación de Salud (incluye equipos de salud y directivos)</i>		
	<i>Direcciones de la municipalidad (DIDECO, Educación, Gestión Ambiental, etc.)</i>		
	<i>SEREMI de Salud</i>		
	<i>Servicio de Salud</i>		
	<i>Otros</i>		
	¿Debe realizar modificaciones al acuerdo administrativo suscrito el 2023?		
	Si su respuesta es SI, ¿Cuáles?		

- Planificación de recursos y plan de gastos

N°	Pregunta	Cumplimiento (si/no)	Observaciones
1	¿Tiene copia de la resolución emitida por el Ministerio de Salud que aprueba el Programa?		
2	¿Tiene copia de la resolución emitida por el Ministerio de Salud que aprueba la distribución de recursos?		
3	¿Mantiene copia del convenio firmado por la Municipalidad?		
4	¿Subió el convenio a la plataforma de la División de Presupuestos del Ministerio de Salud? *Responde Servicio de Salud		
5	Si ya recibió la transferencia de recursos, ¿ha rendido mensualmente los gastos en la plataforma SISTEC?		
6	¿Realizó la planificación anual de gastos asociados al programa?		
7	Según la planificación y ejecución del gasto, ¿ejecutará el 100% del presupuesto asignado?		
8	Si su respuesta es NO, indique las razones y el plan de abordaje.		
9	Señale el porcentaje de ejecución del presupuesto a la fecha		
10	Señale qué equipo está a cargo de revisar la pertinencia técnica de los gastos		
11	¿Estimaron la demanda potencial de actividades para la población nueva a inscribir, y los recursos que necesita para responder a esa demanda?		
12	Para la contratación de recurso humano, ¿consideró la demanda potencial de la nueva población?		
13	¿Planificó proceso de reprogramación durante el año? ¿Con qué periodicidad?		
14	Adjuntar vía correo electrónico documentación de Plan de gastos, detalle de rendiciones a la fecha y listado de funcionarios contratados con financiamiento de APS Universal (con detalle de profesión, horario y programa asignado si es que corresponde)		

Observaciones sobre plan de gastos y ejecución de recursos financieros

- Implementación de ECICEP, primer año

FASE DE PRE-IMPLEMENTACIÓN: EQUIPOS DE SALUD LOCAL			
N°	Pregunta	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones / Detalles
1	Conformación de equipo implementador, en el que participe director/a del Centro y jefes/as de sector, junto con profesionales y técnicos de distintas disciplinas.		
2	Definición de roles al interior del equipo, distinguiendo a líder con quien se establecerá el contacto con el SS.		
3	Construcción de un cronograma de reuniones, en las que participe el/a referente comunal para la ECICEP y el equipo del SS.		
4	Participación del/a director/a del Centro de salud en las reuniones de acompañamiento programadas.		
5	Participación de todo el equipo implementador en las reuniones de acompañamiento programadas.		
6	Asistencia del equipo a proceso de capacitación coordinado desde el SS.		
7	Organización de equipos en cada Sector para la implementación de la ECICEP (duplas y TENS).		
8	Se cuenta con uno/a o más gestores de caso en cada Sector, con delegación de funciones en dicha temática y agenda con tiempo dedicado para realizarla.		
9	Destinación de horas de QF para apoyo al equipo de la ECICEP.		
10	Actualización y conocimiento de los contactos de la red intersectorial (catastro y directorio).		
11	Construcción de Protocolo Estrategia.		
12	Reserva de horas administrativas para: <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación. • Revisión de fichas. • Análisis de casos y procesos. • Apoyo de QF 		

13	Elaboración de herramientas locales para el desarrollo de la ECICEP (por ejemplo: tablas de orientación para la revisión de fichas, carné de salud, otros).		
14	Construcción y/o acuerdo en el formato para el registro clínico (mientras no se cuente con RUI).		
15	Elaboración de receta única para la entrega de fármacos para patología crónica (si es que no se cuenta con ella).		
16	Rediseño de agendas que incorpore: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso Integral • Control Integral • Seguimiento a distancia • Gestión de casos • Visita domiciliaria • Orientación Telefónica por llamada de las personas 		
17	Fijación de las metas para ingreso de personas de alta complejidad, con las cuales se iniciará la ECICEP, en acuerdo con el SS.		
18	Fijación de las metas para ingreso de personas de moderada y baja complejidad a la ECICEP, en acuerdo con el SS.		
19	Fijación de plazos para el inicio de la atención a personas de moderada y baja complejidad, en acuerdo con el SS.		
20	Revisión y socialización del REM al equipo de salud.		
21	Construcción de un relato para dar a conocer e informar sobre la ECICEP, compartido por todo el equipo del CESFAM.		
22	Presentación y difusión de la ECICEP a todo el equipo del CESFAM.		
23	Presentación y difusión de la ECICEP a la comunidad.		

FASE DE IMPLEMENTACIÓN: EQUIPOS DE SALUD LOCAL			
N°	Pregunta	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones/ Detalles
1	Selección de personas de alta complejidad para iniciar la ECICEP.		
2	Revisión de fichas clínicas de personas seleccionados, en duplas o equipo.		
3	Llamados telefónicos para invitar a participar en la ECICEP.		
4	Coordinación y toma de exámenes previos al ingreso, cuando sea requerido.		
5	Desarrollo de visita domiciliaria cuando sea requerida (fase inicial de revisión de fichas, proceso de intervención).		
6	Presentación del equipo de trabajo a la persona al ingreso (dupla y TENS).		
7	Construcción de un plan consensuado para cada persona ingresada.		
8	Desarrollo de gestión de casos para cada persona de alta complejidad.		
9	Articulación con otros profesionales del equipo cuando sea necesario.		
10	Coordinación con el intersector cuando sea necesario.		
11	Reevaluación y adecuación del plan consensuado cuando sea requerido (situaciones vitales, crisis, eventuales atenciones de urgencia u hospitalización).		
12	Registro en ficha de llamadas, correos electrónicos, mensajes u otros recibidos y orientación entregada a las personas.		
13	Inicio del ingreso de personas de moderada y baja complejidad a la ECICEP, en los plazos estipulados.		
14	Ingreso mensual de información de atención al REM, en base a las orientaciones recibidas.		
15	Desarrollo de nuevas acciones que adecúen el seguimiento y atención de las personas en la ECICEP, en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria.		

AUTORIDADES Y REFERENTE COMUNAL			
N°	Pregunta	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones/ Detalles
1	Participación de jefes de salud, coordinadores comunales y directores de centros de salud en reuniones de sensibilización para el desarrollo de la ECICEP.		
2	Gestión eficiente de Convenios MAIS (evitar demoras en revisión y firma del alcalde, pronto envío al Servicio de Salud)		
3	Se cuenta con coordinador/a comunal para la ECICEP		
4	Se realiza contratación de equipos para incorporar en los Centros de Salud que implementarán la ECICEP, de acuerdo con lo estipulado en el Convenio MAIS		
5	Se facilita la salida de profesionales y técnicos a los procesos de capacitación calendarizados desde el SS.		
6	Se facilitan las condiciones necesarias para la gestión del cambio en las diferentes organizaciones de cada CESFAM.		
7	Participación del/a referente comunal para la ECICEP en las reuniones de acompañamiento sostenidas con los equipos de salud y las referentes del SS.		
8	Incorporación de las acciones de la ECICEP en la Programación de Salud comunal.		
9	Disponibilidad para sostener reuniones con las referentes del SS, para tratar temáticas específicas emergentes en la gestión del cambio.		
10	Apoyo al desarrollo de nuevas acciones que adecúen la ECICEP en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria.		
11	Asegurar el correcto y oportuno registro de los CESFAM de la comuna en el REM.		

- Implementación de ECICEP, segundo año

FASE DE IMPLEMENTACIÓN: EQUIPOS DE SALUD LOCAL			
N°	Pregunta	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones/ Detalles
1	Selección de personas de alta complejidad para iniciar la ECICEP.		
2	Revisión de fichas clínicas de personas seleccionados, en duplas o equipo.		
3	Llamados telefónicos para invitar a participar en la ECICEP.		
4	Coordinación y toma de exámenes previos al ingreso, cuando sea requerido.		
5	Desarrollo de visita domiciliaria cuando sea requerida (fase inicial de revisión de fichas, proceso de intervención).		
6	Presentación del equipo de trabajo a la persona al ingreso (dupla y TENS).		
7	Construcción de un plan consensuado para cada persona ingresada.		
8	Desarrollo de gestión de casos para cada persona de alta complejidad.		
9	Articulación con otros profesionales del equipo cuando sea necesario.		
10	Coordinación con el intersector cuando sea necesario.		
11	Reevaluación y adecuación del plan consensuado cuando sea requerido (situaciones vitales, crisis, eventuales atenciones de urgencia u hospitalización).		
12	Registro en ficha de llamadas, correos electrónicos, mensajes u otros recibidos y orientación entregada a las personas.		
13	Inicio del ingreso de personas de moderada y baja complejidad a la ECICEP, en los plazos estipulados.		
14	Ingreso mensual de información de atención al REM, en base a las orientaciones recibidas.		
15	Desarrollo de nuevas acciones que adecúen el seguimiento y atención de las personas en la ECICEP, en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria.		

AUTORIDADES Y REFERENTE COMUNAL			
N°	Pregunta	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones/ Detalles
1	Participación de jefes de salud, coordinadores comunales y directores de centros de salud en reuniones de sensibilización para el desarrollo de la ECICEP.		
2	Gestión eficiente de Convenios MAIS (evitar demoras en revisión y firma del alcalde, pronto envío al Servicio de Salud)		
3	Se cuenta con coordinador/a comunal para la ECICEP		
4	Se realiza contratación de equipos para incorporar en los Centros de Salud que implementarán la ECICEP, de acuerdo con lo estipulado en el Convenio MAIS		
5	Se facilita la salida de profesionales y técnicos a los procesos de capacitación calendarizados desde el SS.		
6	Se facilitan las condiciones necesarias para la gestión del cambio en las diferentes organizaciones de cada CESFAM.		
7	Participación del/a referente comunal para la ECICEP en las reuniones de acompañamiento sostenidas con los equipos de salud y las referentes del SS.		
8	Incorporación de las acciones de la ECICEP en la Programación de Salud comunal.		
9	Disponibilidad para sostener reuniones con las referentes del SS, para tratar temáticas específicas emergentes en la gestión del cambio.		
10	Apoyo al desarrollo de nuevas acciones que adecúen la ECICEP en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria.		
11	Asegurar el correcto y oportuno registro de los CESFAM de la comuna en el REM.		

- Implementación de Gestión Social Local (GSL)*

Actividad	Cumplimiento (si/no)	Fecha realización	Observaciones
Capacitación a equipos locales y comunales			
Capacitación a equipo de sector			
Gestor de casos por CESFAM y comunal definidos			
Protocolo de trabajo intersectorial con equipo de GSL Departamento Social Municipal validado y oficializado			
Uso periódico de la plataforma y canal único de comunicación para casos sociales			

- Cartografía de activos comunitarios en salud

N°	Pregunta	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones/ Detalles
1	Conformación del equipo motor con inclusión de la comunidad. Detallar quiénes lo componen		
2	Calendarización y ejecución de reuniones de equipo motor. Adjuntar calendario de reuniones y definiciones de objetivos del mapeo de activos para la comuna		
3	Cuenta con información de recursos en salud extraterritoriales		
4	Cuenta con información de recursos en salud inter e intrasectorial		
5	Cuenta con información de problemas de acceso a servicios, diagnóstico de salud, caracterización de la población y territorio		
6	Cuenta con mapa actualizado del territorio, delimitando el espacio territorial de la población a cargo y la sectorización respectiva		
7	Cuenta con calendarización y planificación de mapeo de activos con comunidad y la		

	convocatoria incluye actores claves para su desarrollo		
8	Metodología de mapeo de activos definida y documentada		
9	Realiza sesiones para el mapeo de activos comunitarios con actores relevantes, Incluye registro audiovisual.		
10	Mapeo de activos incluye recursos de individuos, recursos de asociaciones formales, recursos de asociaciones informales, recursos físicos del área, recursos económicos, recursos culturales, recursos de organizaciones y otros que se consideren relevantes dentro de la comuna.		
11	Sistematiza y registra informe de resultados del mapeo de activos		
12	Difunde cartografía social de activos comunitarios a la comunidad		
13	Realiza recomendación comunitaria de activos comunitarios		
14	Realiza y mantiene proceso de actualización, monitoreo y evaluación constante de activos comunitarios y su impacto en salud		
15	Cuenta con profesional a cargo de estrategia que además es parte del equipo de promoción y participación de salud		

Anexo 11. Informe de planificación de la ampliación de la extensión horaria



INFORME DE PLANIFICACIÓN DE AMPLIACIÓN DE LA EXTENSIÓN HORARIA

Registre un resumen de las conclusiones de las discusiones de cada ámbito:

I. Identificación

Nombre del establecimiento o dispositivo de salud:

II. Caracterización

- a) Caracterización sociodemográfica:
- b) Caracterización epidemiológica:
- c) Caracterización sobre la utilización de servicios:

III. Identificación de la población que no accede a los servicios de APS.

IV. Identificación de factores que influyen en el acceso a servicios de APS

- a) Factores internos:
- b) Factores externos:

V. Resumen de barreras de acceso identificadas por dimensión.

Dimensiones	Barreras de acceso identificadas	Mecanismo de abordaje	
		Extensión de la ampliación horaria	Reforzamiento de la cartera de prestaciones en extensión horaria
Disponibilidad			
Accesibilidad geográfica			
Accesibilidad financiera			
Organización al interior del establecimiento			
Aceptabilidad			
Contacto			
Cobertura efectiva			

VI. Planificación de acciones

EXTENSIÓN HORARIA PREVIA A APS UNIVERSAL *			
ESTABLECIMIENTO	PROFESIONAL O TECNICO	PRESTACIÓN DE SALUD	Nº DE HORAS CRONOLÓGICAS SEMANALES DISPONIBLES ANTES DE APS UNIVERSAL
CESFAM AAA	ENFERMERA	EMPAM	6
	MEDICO	MORBILIDAD	19
	ODONTOLOGO	MEJORAMIENTO ODONTOLÓGICO	15

Tabla de programación de la planificación de la extensión horaria mensual de APS Universal, en las celdas se expresan ejemplos para considerar su llenado

PROGRAMACIÓN EXTENSIÓN HORARIA MENSUAL APS UNIVERSAL												
ESTABLECIMIENTO	CODIGO DEIS	PRESTACIÓN DE SALUD	PROFESIONAL O TÉCNICO	TOTAL DE HORAS SEMANALES PROGRAMADAS	DIAS Y HORAS DE EXTENSIÓN HORARIA							OBSERVACIONES
					L	M	M	J	V	S	D	
CESFAM AAA	123456	CONTROL PRENATAL	MATRONA	9	17 A 20		17 A 20	17 A 20				
	123456	CONTROL ECICEP	ENFERMERO	6		17 A 20		17 A 20				
	123456	EMPAM	ENFERMERO	11			17 A 20		16 A 20	9 A 13		
	123456	INGRESO REHABILITACIÓN	KINESIOLOGO	4						9 A 13		
CESFAM BBB	654321	MORBILIDAD	MEDICO	11	17 A 20				16 A 20	9 A 13		
	654321	EMPA	NUTRICIONISTA	19	17 A 20	17 A 20	17 A 20	17 A 20		9 A 13	9 A 12	

Anexo 12. Informe de planificación y cumplimiento de acciones para el acuerdo administrativo



INFORME DE PLANIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PARA EL ACUERDO ADMINISTRATIVO 2024

I. Contexto

Con fecha ____ de _____ de 202__, la I. Municipalidad de _____, el Servicio de Salud _____ y la SEREMI de Salud de la Región de _____ suscribieron los siguientes compromisos de optimización y mejora continua de la atención primaria con sus respectivas acciones, metas y medios de verificación para su ejecución en el periodo comprendido entre el ____ de _____ del 202__ y el ____ de _____ 202__.

II. Resumen del diagnóstico realizado para la firma del Acuerdo Administrativo

III. Representantes que participaron en el diagnóstico y posterior definición de acuerdos

1. Nombre, cargo, organización
2. Nombre, cargo, organización
3. Nombre, cargo, organización
4. Nombre, cargo, organización
5. Nombre, cargo, organización
6. Nombre, cargo, organización
7. Nombre, cargo, organización
- X. Nombre, cargo, organización

III. Planificación de actividades para el cumplimiento de los acuerdos suscritos por las instituciones firmantes⁶⁴. A continuación, se incluye ejemplo.

DIMENSIÓN⁶⁵: POBLACIÓN POTENCIAL

COMPROMISO⁶⁶: “Inscripción de al menos el 60% población potencial para la APS Universal”

Actividades para el cumplimiento del acuerdo	Tareas específicas	Plazo de ejecución	Responsable	Medio de verificación
<i>Operativos de inscripción en lugares de alta afluencia de</i>	<i>Identificar los servicios municipales en que</i>	<i>Mayo 2024</i>	<i>Jefe de servicios municipales de la municipalidad</i>	<i>Listado de servicios y</i>

⁶⁴ Se debe completar un cuadro en el que se detallen las acciones por cada compromiso adquirido.

⁶⁵ Las dimensiones posibles de abordar en el acuerdo administrativo son: población potencial para la universalización de la APS, infraestructura y equipamiento, insumos y medicamentos, recursos humanos, competencias de los equipos de gestión en salud, financiamiento, calidad y seguridad asistencial, sistemas de información, participación.

⁶⁶ Los compromisos adquiridos son fruto del proceso de análisis y discusión de quienes participaron y varían según cada comuna.

<i>personas que utilizan servicios municipales</i>	<i>consultan mayormente las vecinas y vecinos</i>			<i>horarios de mayor afluencia</i>
	<i>Realizar al menos un operativo de inscripción al mes en lugares de atención municipal de alta afluencia</i>	<i>Diciembre 2024</i>	<i>Encargado de APS Universal de la comuna</i>	<i>Reporte de operativo enviado a director/a de salud comunal</i>
<i>Captación de personas que no usan servicios de APS</i>	<i>Identificar a personas que consultas en servicios de urgencias que no están inscritos en APS</i>	<i>Mayo 2024</i>	<i>Referente de Urgencias del Servicio de Salud</i>	<i>Listado enviado</i>
	<i>Identificar a personas inmunizadas en el año que no están inscritas en APS</i>	<i>Mayo 2024</i>	<i>Referente de PNI del Servicio de Salud</i>	<i>Listado enviado</i>
	<i>Llamar a las personas para invitarlas a conocer los servicios e inscribirse</i>	<i>Agosto 2024</i>	<i>Directores de establecimientos de salud</i>	<i>Reporte de contactos realizados</i>
<i>Actividad 3</i>	<i>Tarea 1</i>	<i>¿Plazo máximo para concluir la tarea?</i>	<i>¿Quién es responsable de coordinar o ejecutar la tarea?</i>	<i>¿Cómo se verificará que se realizó la tarea?</i>
	<i>Tarea 2</i>			
	<i>Tarea 3</i>			

DIMENSIÓN: INFRAESTRUCTURA

COMPROMISO: “.....”

Actividades para el cumplimiento del acuerdo	Tareas específicas	Plazo de ejecución	Responsable	Medio de verificación
<i>Actividad 1</i>	<i>Tarea 1</i>			
	<i>Tarea 2</i>			
<i>Actividad 2</i>	<i>Tarea 1</i>			
	<i>Tarea 2</i>			
	<i>Tarea 3</i>			

Actividad 3	Tarea 1			
	Tarea 2			

DIMENSIÓN: RECURSO HUMANO

COMPROMISO: “.....”

Actividades para el cumplimiento del acuerdo	Tareas específicas	Plazo de ejecución	Responsable	Medio de verificación
Actividad 1	Tarea 1			
	Tarea 2			
Actividad 2	Tarea 1			
	Tarea 2			
	Tarea 3			
Actividad 3	Tarea 1			
	Tarea 2			

IV. Monitoreo y seguimiento

Describir metodología en la cual se hará monitoreo y seguimiento del cumplimiento del acuerdo administrativo desde SEREMI y Servicio de Salud.

IV. Resumen de cumplimiento

Esto se completa al concluir los períodos definidos para el seguimiento:

Compromiso	N° de tareas planificadas al corte de la evaluación	N° de tareas ejecutadas en el corte de la evaluación	Porcentaje de cumplimiento
inscripción de al menos el 60% población potencial para la APS Universal	8	7	87,5%
RESUMEN	32	29	90,6%

Anexo 13. Informe de planificación y cumplimiento de las acciones extramurales



PROGRAMACIÓN DE ACCIONES EXTRAMURALES

Comuna	
Fecha	

I. Justificación de la programación de las acciones extramurales

Señale las razones que justifican la decisión de las acciones extramurales determinadas para el año en curso. Puede agregar datos sobre la línea base de la comuna u otros antecedentes que considere relevantes.

II. Programación de acciones extramurales⁶⁷

Tipo de actividad	Fecha	Lugar	Público objetivo	Prestaciones a otorgar
<i>Feria joven de salud</i>	<i>Última semana de cada mes</i>	<i>Plaza de Armas de la comuna</i>	<i>Adolescentes y Adultos</i>	<i>Toma de test rápido de VIH EMPA Inscripción Charla educativa sobre protección de la salud mental</i>

⁶⁷ Agregar filas según necesidad

Resumen de programación anual⁶⁸

Mes	Número de actividades programadas	Acciones que se ofertarán
Enero	12	<ul style="list-style-type: none">- <i>Controles de salud</i>- <i>Exámenes de Medicina preventiva</i>- <i>Inscripción</i>- <i>Toma de exámenes</i>
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		

Resumen por tipo de operativos (n° de actividades)

N° de operativos de controles de salud	
N° de operativos de exámenes de Medicina Preventiva	
N° de operativos de consultas de salud	
N° de operativos de toma de exámenes	
N° de operativos de talleres	
N° de operativos de educación grupal	
N° de operativos en eventos masivos	
N° de operativos de inscripción	
N° de Ferias de salud	12

⁶⁸ Puede modificar el nombre de las actividades. Recordar que **no** se deben incluir los operativos de vacunación en esta planificación

III. **Cumplimiento de acciones extramurales programadas.**

Período de evaluación: 01 de enero 2025 al 31 de agosto 2025 (ejemplo)

a. **Resumen del cumplimiento de las actividades realizadas**

Mes	Número de actividades programadas	Número de actividades realizadas	Porcentaje de cumplimiento	Observaciones
Enero	12*	11	91,6%	<i>Se suspendió un operativo de toma de muestras en la plaza cívica por condiciones climáticas, lo que fue informado por redes sociales a la comunidad.</i>
Febrero	3	3	100%	
Marzo	20	24*	120%	<i>Se realizaron cuatro operativos de inscripción excepcionales a solicitud de la junta de vecino XX</i>
Abril	16	16	100%	
Mayo	8	8	100%	
Junio	8*	2	25%	<i>A mediados del mes se tomó la decisión de suspender todas las actividades que generarán aglomeración de personas, por la situación epidemiológica</i>
Julio	3	3	100%	
Agosto	9	9	100%	
Septiembre				
Octubre				
Noviembre				
Diciembre				
TOTAL	79	76	96%	

Comentarios:

- Todos los operativos no realizados fueron suspendidos con al menos 24 horas de anticipación e informado a las organizaciones sociales con las cuales se planificaron. Además de aviso por redes sociales.

b. Otras observaciones: Incluir un resumen del análisis realizado en el equipo acerca de los facilitadores y obstaculizadores para la realización de acciones extramurales.

Anexo 14. Informe de planificación y cumplimiento de acciones para el rediseño de la atención de salud mental



PLANIFICACIÓN DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (CORTE I, AGOSTO)

Establecimiento de Salud	
Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha	

I. Equipo que participa en la planificación

En la tabla adjunta señale el cargo e institución de las personas que participaron en la evaluación de las dimensiones (rúbrica), priorización de dimensiones de trabajo y plan de trabajo.

Nombre	Cargo	Institución

II. Detalle recurso humano dispuesto para la implementación:

Nombre de establecimiento de Salud	Nombre profesional destinado a rediseño	Profesión	Cargo	N° de horas destinadas a rediseño	Contratación nueva (Si/No)	Fecha de inicio contrato	Fecha de término contrato

Nota: Agregar tantas filas como sea necesario.

III. Reporte Cualitativo:

- a. Realice un balance a la fecha de la implementación de la estrategia de mejoramiento de la calidad de atención de salud mental en sus componentes de Promoción, Prevención y Tratamiento. (Limite 1000 palabras)

- b. Señale dificultades en la coordinación con otros nodos de la red que son necesarios trabajar desde Servicio de Salud

- c. Señale Buenas Prácticas (experiencia bien definida que responde a una necesidad identificada, que se guía por principios, objetivos y procedimientos adecuados, se mantiene en el tiempo, es innovadora, fomenta la replicación y considera elementos de evaluación de resultados) implementadas que sería relevante destacar

- d. Otros comentarios que a usted le parezcan relevantes en el contexto de la implementación del subcomponente:



**INFORME DE CIERRE
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD (CORTE II, DICIEMBRE)**

Establecimiento de Salud	
Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha	

IV. Equipo que participa en la planificación

En la tabla adjunta señale el cargo e institución de las personas que participaron en la evaluación de las dimensiones (rúbrica), priorización de dimensiones de trabajo y plan de trabajo.

Nombre	Cargo	Institución

V. Detalle recurso humano dispuesto para la implementación:

Nombre de establecimiento de Salud	Nombre profesional destinado a rediseño	Profesión	Cargo	N° de horas destinadas a rediseño	Contratación nueva (Si/No)	Fecha de inicio contrato	Fecha de término contrato

Nota: Agregar tantas filas como sea necesario.

VI. Rúbrica y Plan de mejora

Para las cuatro dimensiones priorizadas a trabajar este año, complete la planificación de actividades. Esta sección contiene la misma información que la pestaña de “Plan de mejora” de la rúbrica, por lo que se puede adjuntar dicho documento.

Dimensión	Dimensión 1 (obligatoria Detección precoz (“tamizaje”))
Diagnóstico	¿Por qué identifican que no ha avanzado el desarrollo de esta dimensión?
Objetivo	
Meta asignada	
Indicador	

En las siguientes tablas, incorporar tantas actividades, tareas, verificadores y responsables, como sea necesario.

Actividad	Tarea	Verificador	Responsable	Fecha de monitoreo	Fecha de evaluación	Resultado de la evaluación
Actividad 1	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			
Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			

Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			

Dimensión	Dimensión 2 (obligatoria) - PCI
Diagnóstico	¿Por qué identifican que no ha avanzado el desarrollo de esta dimensión?
Objetivo	
Meta	
Indicador	

Actividad	Tarea	Verificador	Responsable	Fecha de monitoreo	Fecha de evaluación	Resultado de la evaluación
Actividad 1	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			
Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			

Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			

Dimensión	Dimensión 3 – autodefinida por el equipo
Diagnóstico	¿Por qué identifican que no ha avanzado el desarrollo de esta dimensión?
Objetivo	
Meta	
Indicador	

Actividad	Tarea	Verificador	Responsable	Fecha de monitoreo	Fecha de evaluación	Resultado de la evaluación
Actividad 1	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			
Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			

Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			

Dimensión	Dimensión 4 – autodefinida por el equipo
Diagnóstico	¿Por qué identifican que no ha avanzado el desarrollo de esta dimensión?
Objetivo	
Meta	
Indicador	

Actividad	Tarea	Verificador	Responsable	Fecha de monitoreo	Fecha de evaluación	Resultado de la evaluación
Actividad 1	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			
Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			
	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			
	Tarea 4	Verificador del cumplimiento de la tarea 4	Responsable tarea 4			
Actividad 2	Tarea 1	Verificador del cumplimiento de la tarea 1	Responsable tarea 1			

	Tarea 2	Verificador del cumplimiento de la tarea 2	Responsable tarea 2			
	Tarea 3	Verificador del cumplimiento de la tarea 3	Responsable tarea 3			

VII. Reporte Cualitativo:

- e. Realice un balance a la fecha de la implementación de la estrategia de mejoramiento de la calidad de atención de salud mental en sus componentes de Promoción, Prevención y Tratamiento. (Limite 1000 palabras)

- f. Señale dificultades en la coordinación con otros nodos de la red que son necesarios trabajar desde Servicio de Salud

- g. Señale Buenas Prácticas (experiencia bien definida que responde a una necesidad identificada, que se guía por principios, objetivos y procedimientos adecuados, se mantiene en el tiempo, es innovadora, fomenta la replicación y considera elementos de evaluación de resultados) implementadas que sería relevante destacar

- h. Otros comentarios que a usted le parezcan relevantes en el contexto de la implementación del subcomponente:

Anexo 15. Informe de conclusiones de diálogos ciudadanos sobre experiencia usuaria

INFORME DIÁLOGOS CIUDADANOS Comunas Pioneras APS Universal

Comuna	
Fecha	
Responsable(s) del informe	

I. Información general de los Diálogos ciudadanos

- a) Indique quienes participaron en la organización (cargo y organización) y el resumen de la organización general del espacio. Relate los roles que fueron asumidos para la organización y el día del diálogo, la preparación de los monitores, entre otros elementos que considere relevantes de informar.
- b) Detalle a modo general el perfil de las y los asistentes (Número de asistentes, promedio y rango de edad, género, presencia de grupos históricamente excluidos, autoridades, entre otros). Señale estrategia de convocatoria que realizaron.
- c) Indique cuáles fueron los temas abordados por los asistentes al diálogo ciudadano.
- d) Indique si realizó adaptaciones a la metodología propuesta, la justificación del cambio y su recomendación al respecto.

II. Cumplimiento de pasos obligatorios dentro de la metodología de diálogos ciudadanos

Actividad		Cumple	No cumple	Observaciones
Primer encuentro	Presentación de resultados de encuesta			
	Discusión grupal			
	Llenado de matriz de priorización			

	Cierre del encuentro con invitación para la devolución			
Segundo encuentro	Exposición de proyectos			
	Priorización de proyectos			

III. Dinámicas de discusión grupal (Para primer encuentro de diálogo ciudadano)

- a) ¿Cómo fue la asignación de grupos de trabajo?
- b) ¿Cómo fue la dinámica de discusión?
- c) ¿Cómo describirías el nivel de participación de los miembros del grupo durante la discusión?
- d) ¿Cuál fue la evaluación del monitor dentro de la discusión?
- e) ¿Se lograron identificar y discutir diferentes perspectivas sobre los temas tratados?

IV. Metodología de trabajo

- a) Detalle la metodología utilizada
- b) Indique los facilitadores y obstaculizadores que percibieron en la realización del Diálogo.
- c) ¿Qué tan efectiva fue la estructura y organización del diálogo ciudadano?

V. Metodología de presentación y priorización de proyectos (Aplica solo para el 2° encuentro)

- a) Detalle la metodología utilizada
- b) Indique los facilitadores y obstaculizadores que percibieron en la realización del Diálogo.

VI. Resultados de priorización (Aplica solo para 2° encuentro)

- a) Detallar proyectos presentados y resultados de la votación de priorización
- b) Evaluación general del éxito de los diálogos ciudadanos en términos de participación y resultados alcanzados.
- c) Desafíos enfrentados en la ejecución de las acciones acordadas.

VII. Recomendaciones

- a) Indique recomendaciones a futuros procesos de diálogos locales y naciones en contexto de APS Universal

Anexo 16. Informe de planificación y cumplimiento de acciones para la identificación y/o actualización de activos comunitarios



PROGRAMACIÓN PARA EL MAPEO DE ACTIVOS COMUNITARIOS

Comuna	
Fecha	

I. Programación de actividades para el mapeo de activos comunitarios

Fase	Actividades	Detalle de desarrollo	Periodo de ejecución	Actores involucrados
Fase 1: Formación del equipo motor para la implementación de activos comunitarios	Actividad 1			
	Actividad 2			
	Actividad 3			
Fase 2: Diagnóstico de salud	Actividad 1			
	Actividad 2			
	Actividad 3			
Fase 3: Planificación de mapeo	Actividad 1			
	Actividad 2			
	Actividad 3			
Fase 4: Mapeo de activos	Actividad 1			
	Actividad 2			
	Actividad 3			
Fase 5: Conectar activos y acción	Actividad 1			
	Actividad 2			
	Actividad 3			
Fase 6: Difusión	Actividad 1			
	Actividad 2			
	Actividad 3			
Fase 7: Recomendación comunitaria	Actividad 1			
	Actividad 2			
	Actividad 3			

- II. **Estado de avance y cumplimiento de actividades realizadas para el mapeo de activos comunitarios.** *Detalle la ejecución y estado de avance por fase.*

- III. **Uso de plataforma Geoportal.** *Detalle uso de plataforma Geoportal, brechas y oportunidades. Detalle si ya se encuentra toda la información incluida en la plataforma y hay pendientes.*

- IV. **Resumen de proceso de trabajo del año 2025 (Completar para corte de diciembre del 2025).** *Detalle de inicio a fin el proceso de trabajo del año 2024. Justifique acciones que se hayan programado para el 2025 y no se hayan podido realizar.*

- V. **Proyecciones para el trabajo del año 2026 (Completar para corte de diciembre del 2025).** *Detalle proyecciones para el trabajo en próximos años, incluidas actividades que no hubo posibilidad de realizar el 2025.*

- VI. **Verificadores (Completar para corte de diciembre del 2025)**

Anexo 17. Programa Jornada regional de APS Universal

El programa de gobierno del presidente Gabriel Boric Font ha implementado la universalización de la atención primaria de salud, inicialmente en 7 comunas el año 2023 y 14 comunas desde el año 2024, siendo este el pilar para avanzar hacia un sistema universal de salud, entregando acceso oportuno y priorizado de acuerdo con las necesidades de salud de la población y generando un sistema de fortalecimiento en la APS.

Para asegurar el éxito de la implementación de la política pública deseada es fundamental que la autoridad sanitaria haga acompañamiento, transferencia de recursos y conocimientos para la instalación e implementación de la política. Es decir, requiere crear instancias de intercambio de experiencias, de resolución de dudas, de co-construcción colectiva y de entrega de contenidos centrales entre los equipos que le favorezca velar por la consistencia del funcionamiento inicial y desarrollo de esta nueva política.

Teniendo en consideración que, hacia final de gobierno, la meta es universalizar a 187 comunas (es decir, el 54% de las comunas del país) se hace necesario preparar el resto de las comunas que actualmente no son comunas pioneras para el momento en que puedan recibir financiamiento para instalar e implementar la universalización o reforzar lo que ya han encaminado, en tanto a acciones que contribuyen al acceso y cobertura universal de la atención primaria y a cuidados de salud colectivos y territoriales. La gestión del cambio es uno de los aspectos centrales de la instalación e implementación de la APS Universal. Dicho de otro modo, la gestión del cambio es crucial para que los procesos de escalabilidad se puedan dar en ambientes receptivos para ello.

En la misma línea, para crear el ambiente propicio para el cambio, es sustancial infundir un sentido de urgencia entre los equipos. Esto significa que es esencial difundir el contexto que habilita la emergencia de esta política pública y que la forma efectiva de hacerse cargo es instalando e implementando la APS Universal.

En este contexto, la Jornada Regional de Atención Primaria de Salud Universal se ha orientado al fomento de capacidades y trabajo coordinado entre las SEREMI, Servicios de Salud y comunas de avanzada para el desarrollo y cumplimiento de la instalación de la APS Universal desde un enfoque territorial.

Objetivo general

Desarrollar herramientas teórico prácticas fundamentales para el proceso de instalación de la atención primaria de salud universal en las comunas de avanzada que permitan gestionar el cambio en el contexto de la Reforma de Salud.

Objetivos específicos

- Transferir contenidos claves para la instalación e implementación relativa a la universalización de la Atención Primaria entre las comunas de avanzada.
- Intercambiar experiencias territoriales en la instalación e implementación de la universalización de la Atención Primaria que sirvan de modelamiento de política pública para las comunas pioneras y sus redes asistenciales.
- Propiciar espacios de participación social para el desarrollo e instalación de la Reforma de Salud en todo el territorio nacional.

- **Comité organizador**

La jornada regional de APS Universal es un espacio estratégico de consolidación de las alianzas forjadas entre los Servicios de Salud y las SEREMI de Salud, siendo los objetivos de ambas

instituciones las que se deben plasmar en la agenda de la jornada, convocatoria y metodología de trabajo.

Este comité será presidido por el referente de APS Universal del Servicio de Salud y SEREMI de Salud, ampliando su participación a quienes estimen conveniente. Se sugiere que se incluya a este espacio a Jefes de APS o referentes de APS Universal de Servicios de Salud que no tengan comuna pionera.

- **Convocatoria**

Esta debe ser definida por el comité organizador, se sugiere una asistencia de 80 a 100 personas. Está dirigida a los equipos de atención primaria de salud de la región, en la que se considere:

- Equipos de salud de las comunas de la región: representantes de dirección de salud comunal y de los centros de salud (equipo directivo, jefes de sector).
- Representantes de organizaciones sociales de las comunas y servicios de salud de la región: como mínimo presidentes de los Consejos de Desarrollo Local y Consejos Consultivos; pero además se debe considerar la asistencia de representantes de organizaciones significativas para la región.
- Otros referentes: equipos de Servicios de Salud y SEREMI de Salud que colaboren en la logística.

En el caso de las regiones en las que se estime una convocatoria mayor a la disponibilidad presupuestaria, se solicita priorizar a aquellas comunas identificadas como posibles “comunas de avanzada”.

Se considerará la asistencia de Autoridades del Ministerio de Salud o de los equipos técnicos, según disponibilidad de agenda. No se deben considerar gastos asociados a esta asistencia.

- **Logística**

Se cuenta con un presupuesto de 18.000.000 por subtítulo 22 distribuido a un Servicio de Salud de la Región. En el caso de las regiones que tienen más de un Servicio, este presupuesto fue distribuido a aquellos que tienen comuna pionera. Este presupuesto se debe destinar a aspectos asociados a la logística y convocatoria de la jornada, tales como: traslados, hospedaje, arriendo de salón y alimentación, sistematización del encuentro, entre otros aspectos que sean identificados por el comité organizador.

- **Agenda propuesta**

A continuación, se expone una propuesta de calendarización de dicha jornada, la cual debe ser adaptada a la realidad local, haciendo énfasis en aquellos temas que son significativos para la región y que se identifican como claves para avanzar en la Reforma de Universalización de la Atención Primaria de Salud. En la propuesta adjunta se detallan los temas y la justificación de la inclusión de estos, junto a algunos énfasis que se esperan en dichas secciones.

La duración de la jornada también tiene relación con las necesidades específicas de la región, siendo sugerida una duración de dos días, para exponer elementos teórico-prácticos y discutir respecto a la pertinencia de las estrategias y propuestas que surjan de los asistentes sobre el avance de la Reforma de Salud.

Se sugiere que esta jornada sea realizada entre los meses de marzo y abril, pero su calendarización dependerá de lo que determine el comité organizador.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Apertura Saludos autoridades</p>	<p>Se sugiere la participación de SEREMI de Salud y Director/a de Servicio de Salud, en la cual, además de realizar la bienvenida, se espera una contextualización respecto a la importancia política y estratégica de la Reforma de Salud en la región.</p>
<p>Presentación: Cambiando paradigmas: La APS como una estrategia de desarrollo social</p>	<p>Presentación sobre Atención primaria de Salud, como una estrategia de abordaje de las inequidades en salud y de desarrollo social. "APS como estrategia, no sólo como nivel de atención".</p>
<p>Presentación: Lineamientos y avances de Reforma de Salud: estrategias por eje</p>	<p>Presentación sobre la Reforma de Salud, profundizando en la APS Universal. Esta debe contener como mínimo: diagnóstico que justifica una transformación en salud, propuesta de reforma y APS universal, destacando el diseño general de la APS Universal y de las acciones concretas sugeridas para el desarrollo de la APS Universal en las comunas de la región.</p>
<p>Presentación: Instalación e implementación APS Universal: avances, desafíos y gobernanza</p>	<p>Relato respecto a la instalación de la APS Universal: conformación de equipos, reuniones estratégicas, identificación de actores y espacios de toma de decisión.</p> <p>Cómo abordar los desafíos que se identifican para avanzar en la APS Universal y estrategias de abordaje de ellos. Se sugiere que la exposición esté a cargo de equipo de alguna comuna pionera de la región.</p>
<p>Presentación y mesas de trabajo: Lineamientos para comunas de avanzada</p>	<p>Espacio destinado a la discusión y reflexión de cómo avanzar en la APS Universal, independiente de la designación de las comunas pioneras, enfatizando acciones que se pueden trabajar para preparar a los equipos para asumir la tarea de implementar la reforma de salud en las comunas.</p> <p>De este espacio debe derivar un informe de recomendaciones para el avance de la APS Universal en la región.</p>
<p>Presentación: Experiencia de comuna de la región</p>	<p>Presentación de experiencia de implementación de APS Universal desde un punto de vista práctico, con énfasis en gestión de cambio, trabajo del equipo motor y procesos y/o actividades que se hayan fortalecido desde La estrategia.</p>
<p>Presentación Estrategias a implementar en las comunas pioneras:</p>	<p>Presentación de los lineamientos técnicos asociados a las principales estrategias que implementan las comunas pioneras</p>

<ul style="list-style-type: none"> a) Inscripción Universal b) ECICEP c) Telesalud d) Diálogos ciudadanos e) Gestión de la demanda f) Activos comunitarios 	<p>en su primer año, con espacios de discusión respecto a la adaptación de cada una de ellas al contexto local.</p> <p>Este tema debería abordar gran parte de la jornada en cada región.</p>
<p>Cierre Principales conclusiones de la jornada</p>	<p>Se sugiere la participación de SEREMI de Salud y Director/a de Servicio de Salud, rescaten elementos de las discusiones realizadas en la jornada.</p>

- **Material de apoyo**

Desde el Ministerio de Salud se dispondrá de presentaciones “tipo” para cada uno de los temas sugeridos e identificados como “Presentación”. Estas pueden ser solicitadas por el Comité Organizador a los referentes del nivel central. Se enviará acceso a la grabación de las presentaciones de la Jornada nacional de APS Universal 2024, realizada en abril del presente año.

- **Productos**

Concluida la jornada, el comité organizador, junto a su equipo de trabajo, deberán elaborar y remitir los siguientes insumos como producto de la jornada:

- Programa de la jornada
- Listado de asistencia
- Presentaciones de las jornadas
- Informe de recomendaciones para la implementación de la APS Universal en la región:
 - Sección A: recomendaciones emitidas por las mesas de trabajo.
 - Sección B: recomendaciones y sugerencias del equipo sectorial regional: referentes SEREMI de Salud y Servicios de Salud de la región.
- Material audiovisual de la jornada: fotografías, videos, publicación en redes sociales o medios de comunicación locales (link de acceso).