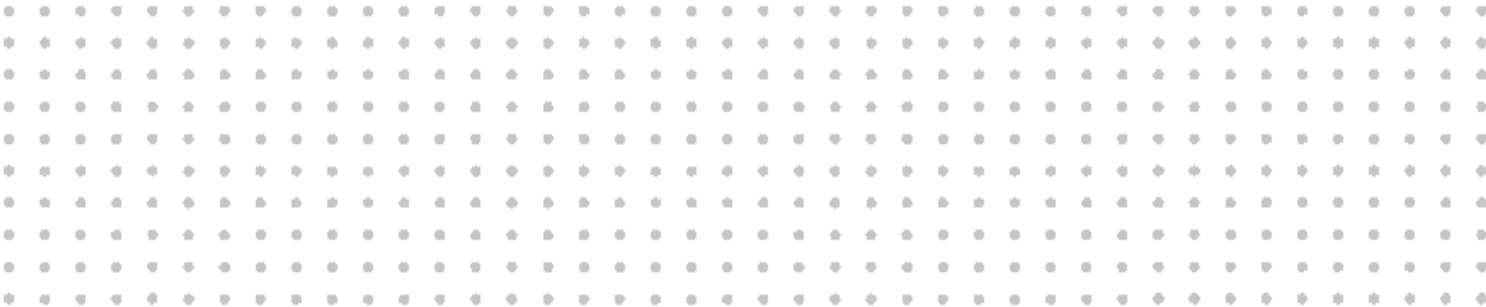




ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Marco Operativo para el primer año de implementación de comunas pioneras
en atención primaria universal*



Contenido

PRESENTACIÓN	4
OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO	12
CAPÍTULO 1. ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN LA REFORMA DE SALUD. CONCEPTOS CLAVES	13
Líneas estratégicas para instalar e implementar la universalización de la atención primaria	18
CAPÍTULO 2. AVANZANDO HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN CHILE. CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	21
Ser comuna pionera en el contexto de la Atención Primaria Universal	21
Compromisos que asumen las comunas pioneras	22
Acciones iniciales en las comunas pioneras	24
Gobernanza asociada a la universalización de la atención primaria de salud	25
Funciones y tareas de los actores involucrados	26
La necesidad de gestionar el cambio en toda comuna pionera	28
CAPÍTULO 3. MARCO OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL EN LAS COMUNAS PIONERAS	30
Componente N°1. Cobertura Universal de las prestaciones de la atención primaria	30
1.1 Inscripción universal.....	30
1.2 Utilización de los servicios (contactos con la atención primaria)	36
1.3 Ampliación de la extensión horaria.....	39
1.4 Optimización de los procesos administrativos.....	40
Componente N°2. Habilitadores para facilitar el acceso a la APS Universal	42
2.1 Atenciones extramuro.....	42
2.2 Sistema de gestión remota de la demanda.....	44
2.3 Fortalecimiento de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona	52
2.4 Gestión de la experiencia usuaria	56
Componente N°3. Estrategias de participación para la Atención Primaria Universal	57
3.1 Diálogos ciudadanos.....	57
3.2 Cartografía de activos comunitarios para la salud	63
CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LAS COMUNAS PIONERAS	67
4.1 Indicadores	67
4.2 Medios y fuentes de verificación.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	73

Anexo 1. Diagnóstico cualitativo de la gestión administrativa de las comunas pioneras	73
Anexo 2. Acuerdo administrativo.	80
Anexo 3. Encuesta de experiencia usuaria en Atención Primaria de Salud	89
Anexo 4. Formato de invitación a diálogos ciudadanos	91
Anexo 5. Matriz de problemas: experiencia usuaria en APS.....	92
Anexo 6. Matriz para la sistematización de proyectos, diálogos ciudadanos	93
Anexo 7. Instructivo mapeo directo activos comunitarios.	94
Anexo 8. Pautas de evaluación estrategias de la APS Universal para las comunas pioneras	96
TEMA: Inscripción universal	96
TEMA: Acuerdo administrativo	98
TEMA: Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos en comunas pioneras de la APS universal	100
TEMA: Ejecución presupuestaria y planificación de recursos.....	104
TEMA: Atenciones extramurales	106
TEMA: Estrategia de Cuidado Centrado en las Personas	108
TEMA: Diálogos ciudadanos	113
TEMA: Gestión Remota de la Demanda	115

PRESENTACIÓN

El programa de gobierno del presidente Gabriel Boric Font ha considerado reformar el sistema de salud, a partir de la universalización de la atención primaria de salud. Esta iniciativa está motivada por la necesidad urgente de alcanzar el acceso y cobertura universal para toda la población chilena, tal y como ha sido la recomendación de organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud y UNICEF en los últimos años.

El acceso y cobertura universal de la atención primaria han sido relacionadas con mejores resultados sanitarios a nivel internacional. En el entendido que reformas de este tipo contribuyen a alcanzar la equidad sanitaria, la justicia social y la no exclusión, la evidencia internacional ha demostrado que la atención primaria permite¹:

- 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 alta 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 *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 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

¹ (Damarell, Morgan, & Tieman, 2020) (Shi, Starfield, Kennedy, & Kawachi, 1999) (Starfield, 2009) (Starfield, Lemke, Herbert, Pavlovich, & Anderson, 2005) (Starfield, Shi, & Macinko, 2005)

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.

Para Chile, la atención primaria es considerada una estrategia de la 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.

Los centros de salud primaria son los dispositivos que proveen estos servicios y prestaciones, planificando acciones sanitarias en base a una población a cargo sectorializada. Los servicios y prestaciones se organizan en un plan de salud llamado Plan de Salud Familiar, que se ejecutan a través de equipos multidisciplinarios y se complementa con servicios focalizados para grupos específicos de la población, mediante programas de reforzamiento (PRAPS).

La trayectoria de la atención primaria en Chile se encuentra marcada por el proceso de municipalización, ocurrido durante la época de la dictadura militar (década del '80). Antes de ese hecho histórico, la atención primaria jugaba un rol cultural y social fundamental, constituyéndose como *“centro social y docente de construcción colectiva de nuestra cultura sanitaria”*². Con la llegada de la democracia a principios de los '90, se dio inicio a un proceso de reconstrucción de la atención primaria chilena que presentaba el siguiente escenario: 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 urgencia³.

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 (momento de la Reforma de Salud del presidente Ricardo Lagos) hasta la fecha⁴ 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.

En la actualidad, el acceso y cobertura de la atención primaria está restringida únicamente para aquellas personas que son beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y que, voluntariamente, se han inscrito en algún centro de salud primaria. Esto provoca una fuerte segmentación en el sistema sanitario chileno, el cual entrega servicios de salud diferenciados, según

² (Molina, 2010)

³ (Heyermann, 1995)

⁴ Cuadrado, Fuentes-García, Barros, Martínez, & Pacheco, 2021)

tipo de afiliación de seguro de salud. Lo anterior se traduce en acceso a cuidados de salud desigual, heterogéneo e inequitativo a lo largo del territorio nacional.

Las inequidades del sistema de salud chileno persisten como gran desafío de justicia sanitaria para todos/as los/as habitantes del territorio. La gran condicionante estructural de las inequidades de salud es la segmentación ocasionada por la condición socioeconómica de las personas, principalmente. Las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2003, 2010 y 2017 muestran, consistentemente, que las personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica no sólo presentan peores indicadores de daño en salud, sino que, además, concentran la mayor proporción de factores de riesgo y dicha gradiente se ha ido incrementando en las mediciones realizadas.

Lo anterior es posible de observar directamente mediante el seguro de salud que las personas tienen. FONASA es el seguro público de salud y actualmente cubre al 73% de chilenos y chilenas. El perfil de los/as asegurados/as FONASA es predominantemente mujeres, de edades tempranas entre los 5 y 19 años y edades tardías de 80 y 90 años, de los tramos A y B (92%), con alta prevalencia de vulnerabilidad socioeconómica. Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) entregan aseguramiento privado de salud a aproximadamente el 18% de la población chilena. Mediante una cotización mensual, adquieren cobertura específica que se materializa en un plan de salud.

Las diferencias antes enunciadas se constatan en algunos ejemplos, basados en datos sanitarios. Uno de estos es que la carga de enfermedad afecta de manera diferencial entre los grupos FONASA e ISAPRE. Tanto el sedentarismo, obesidad, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial y diabetes, consumo de alcohol y tabaco presentan mayores prevalencias entre quienes tienen seguro público de salud FONASA, en comparación a aquellos/as con seguro privado ISAPRE. Asimismo, la cobertura efectiva en condiciones de salud como diabetes y depresión es mayor entre quienes tienen ISAPRE en comparación con FONASA, especialmente, en depresión⁵. Adicionalmente, el uso de servicios tales como médicos/as especialistas y atención dental es mayor entre quienes tienen seguro privado ISAPRE que FONASA⁶.

Otro es la distribución de equipos clínicos. Esta es también es inequitativa entre el sector público y privado de salud. Si bien al comparar la densidad de profesionales nucleares en Chile, entendidos como médicos/as, enfermeras/os y matrones por cada 1000 habitantes, con respecto a los países de la OCDE, Chile muestra una posición desventajosa al exhibir una densidad 6,8 veces menor que el promedio OCDE (6,2 profesionales nucleares por cada 1.000 habitantes en Chile en comparación con 42,2 profesionales nucleares por cada 1.000 habitantes promedio en OCDE)⁷, la situación se agrava si se examina la distribución de los equipos profesionales nucleares en el sector público y privado. En ese sentido, el sector privado cuenta con un 60,4% de dotación de estos equipos nucleares en comparación con el sector público que solo cuenta con un 39,6%. Esto es especialmente

⁵ (Yarza, 2022)

⁶ (Yarza, 2022)

⁷ (Yarza, 2022)

preocupante si se considera que el 73% de los chilenos y chilenas cuenta con seguro público de salud FONASA, a través del cual reciben con preferencia prestaciones en el sector público de salud⁸.

Finalmente, otro ejemplo son los incentivos ante la selección por riesgo de salud. Cuando las personas enferman o envejecen, los costos de estar afiliado a una ISAPRE suben de tal modo que se hace insostenible su permanencia en el seguro privado, por lo que emigran a FONASA. Esto complica la sustentabilidad financiera de este seguro y de la red pública en su conjunto, dado que aumentan los costos asistenciales asociados a un perfil más envejecido y dañado de la población a cubrir. Mientras tanto, las personas jóvenes y sanas entran a las ISAPRE (a la vez que el perfil envejecido y dañado ha abandonado las ISAPRES) y estas se garantizan menores gastos en salud y mayores ingresos, al mantener controlados los gastos administrativos, en pos de obtener utilidades⁹. De ese modo, comparativamente con las ISAPRES, FONASA tiene una cartera de afiliados con un 35% más de riesgo de salud, ya que tiene tres veces más personas mayores que las ISAPRE; 56% de sus afiliados completaron la educación escolar (mientras que en ISAPRE el 92% se encuentra en esa condición) y tiene un 8% más de afiliados con una o más enfermedades crónicas que las ISAPRES (9). Asimismo, los recursos que maneja FONASA para cubrir aquella cartera per cápita es tres veces menor que el gasto per cápita en el que incurren las ISAPRES. Dicho de otro modo, el gasto per cápita de las personas aseguradas privadamente triplica el gasto per cápita de las personas pertenecientes a FONASA¹⁰.

En palabras del presidente Boric, la motivación sustancial para que las inequidades en salud dejen de reproducirse es visualizarlas y verbalizarlas como circunstancias injustas y evitables: *“No puede seguir pasando que exista una salud para ricos, y otras para el resto de la población”*¹¹.

A esto se suma las expectativas y preocupaciones de la ciudadanía aún no abordadas. Las personas que reciben atención en el sistema de salud, tanto público como privado, sienten que el sistema no responde a sus expectativas ni necesidades, específicamente, en lo relativo a protección, atenciones de salud de calidad, accesibles y oportunas y trato digno.

En términos globales, la satisfacción ciudadana con el sistema de salud, publicada por la OCDE y basada en la Encuesta Mundial Gallup (2019)¹² registró una tendencia hacia la baja entre los años 2007 y 2018. En el año 2007, la ciudadanía declaraba estar satisfecha con el sistema de salud solo en un 43%, mientras que en el año 2018 esta satisfacción disminuyó al 40%. Ambas cifras ya se encontraban alejadas del promedio OCDE situado en un 70%, a nivel mundial y para América Latina y el Caribe en un 55%¹³. En específico, lo que preocupa y no cumple con las expectativas de las personas tiene relación con la protección financiera ante enfermedades; calidad, oportunidad y

⁸ (Yarza, 2022)

⁹ (Yarza, 2022)

¹⁰ (Yarza, 2022)

¹¹ (Boric, 2021)

¹² (OCDE, 2020)

¹³ (OCDE, 2020)

acceso a atenciones de salud; y el trato digno que merecen tener en su condición de vulnerabilidad ante enfermedades¹⁴.

Por lo anterior, la ciudadanía demanda cambios. Las personas quieren ser escuchadas en tanto su expertiz y experiencia con los sistemas de salud para poder cambiar el modo en que éste está funcionando en el país. Cuando se les consulta a las personas en qué debería priorizar el gasto el Estado, 3 de cada 5 personas (62%) priorizaría el gasto en el sistema de salud¹⁵. Adicionalmente, cuando se les consulta cómo deberían tomarse las decisiones sobre el sistema de salud, un 44% cree que nuestros representantes deberían llegar a acuerdos respecto a reformas a la salud, en contraste a un 55% que cree que los ciudadanos deberían tomar las decisiones en esta temática¹⁶. Dicho de otro modo, la ciudadanía estima que, de haber mayor recaudación tributaria, ésta debería ir, en primer lugar, a cubrir el gasto del sistema de salud y que, en los procesos de toma de decisiones, especialmente en una reforma a la salud, la ciudadanía debería tener opción de participar directamente más que delegar la toma de decisiones en autoridades y/o representantes.

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 HDL (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%)¹⁷.

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 diagnósticas 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)¹⁸; 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%

¹⁴ (Superintendencia de Salud, 2020) (Universidad Andrés Bello, 2021) (Centro de Estudios Públicos, 2023) (Espacio Público - IPSOS, 2023) (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, 2017)

¹⁵ (Espacio Público - IPSOS, 2023)

¹⁶ (Espacio Público - IPSOS, 2023)

¹⁷ (Margozzini & Passi, 2018)

¹⁸ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

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)¹⁹ 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)²⁰.

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 éste²¹. 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 requerimientos. Es así como sus condiciones crónicas carecen del acompañamiento, seguimiento y cuidado adecuado, generando la fuerte carga de morbimortalidad 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 hospitalización²². 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 evitable²³.

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.

¹⁹ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

²⁰ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

²¹ (Margozzini & Passi, 2018)

²² (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2022)

²³ (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2022)

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 otras²⁴. 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 oportunidad y de calidad para toda la población²⁵.

Ahora bien, otro de los desafíos que requerirán contar con un sistema de salud resiliente y basado en atención primaria es el cambio y crisis climática. Hoy se cuenta con amplia evidencia científica que muestra cómo este fenómeno agrava las condiciones de salud ya existentes en poblaciones expuestas a olas de calor y frío, sequías, inundaciones, contaminación atmosférica, incendios forestales²⁶, etc. Chile se encuentra inmerso plenamente en este proceso de cambio y crisis climática, desde los efectos de la contaminación atmosférica sostenida que experimentan las capitales como Santiago y Temuco sobre la salud cardiovascular²⁷ y salud mental²⁸ hasta los efectos de la sequía en la emergencia de incendios forestales o la conservación de especies. Y, por lo demás, la afectación del cambio y crisis climática, si bien es extendida entre las poblaciones, aquellas que se encuentran en mayor vulnerabilidad social y económica reciben el impacto de manera amplificada. Dicho de otro modo, profundiza el impacto de los determinantes sociales de la salud y se constituye como uno más de ellos.

El cambio y crisis climática es un asunto de salud pública por los efectos directos e indirectos que produce en los ecosistemas (vectores, disponibilidad de agua potable, seguridad alimentaria) y en los sistemas sociales (deterioro en la salud mental, en la salud física, presión en la respuesta sanitaria de salud pública, equipos de salud insuficientes, infraestructura en salud, etc.)²⁹. Por ello, es

²⁴ (Rojas, Peñaloza, Soto, & et-al)

²⁵ (CEPAL, 2022)

²⁶ (Costello, Romanello, Hartinger, & et-al, 2023)

²⁷ (Román, Prieto, Mancilla, & et-al, 2009). (Sanhueza, Vargas, & Mellado, 2006)

²⁸ (Newbury & Stewart R, 2021)

²⁹ (World Health Organization, 2015)

altamente necesario reconfigurar y fortalecer el sistema de salud chileno, basado en atención primaria, para poder tomar acción preventiva y reactiva ante la necesidad de responder a futuras emergencias climáticas.

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 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 que tenga y de su capacidad económica. Pero, tal como ha sido señalado por distintos espacios, como el Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria³⁰, 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*; desde la fragilidad hacia la resiliencia³¹.

³⁰ 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.

³¹ 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, específicamente, para aquellas comunas que se encuentran en su primer año de implementación.

En su primera versión, este documento establece y desarrolla las acciones sugeridas a implementar durante el primer año de universalización de la atención primaria en las comunas. Esta guía de acciones para el primer año de instalación 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 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 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 año de implementación.

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

Para la instalación e implementación de la Atención Primaria Universal, es importante declarar cuáles son los conceptos claves desde los cuales se basan las estrategias de esta política pública.

En primer lugar, la atención primaria es concebida como una estrategia y no únicamente como un primer nivel de atención³². En tanto estrategia, corresponde a un compromiso que asumen los países por la salud y equidad sanitaria de sus poblaciones y que Chile está dispuesto a asumir. En ese sentido, la atención primaria chilena busca responder al perfil de problemas y necesidades de salud, basándose en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno y gestión de enfermedades crónicas. Todo lo anterior implica el involucramiento activo de las comunidades usuarias, centrando las atenciones en las necesidades efectivas del individuo, familias y comunidades, con continuidad de cuidados y coordinación con otros niveles de atención, con una base constitutiva desde atención primaria. Reconoce que, como estrategia, debe tener un conocimiento complejo de las principales necesidades y problemas de salud y de los recursos que poseen las personas que cuida, teniendo en todo momento visible la operación de los determinantes sociales en los territorios³³, dado que tiene el potencial transformador de la vida de los habitantes de los territorios locales.

Considerar a la atención primaria como estrategia contempla la movilización de acciones sanitarias hacia atenciones de salud integrales, accesibles, continuas, de calidad y oportunas para toda la población. Es por eso que resulta esencial que garantizar el acceso a toda la población. El acceso y cobertura universal están, justamente, en la línea de avanzar hacia la eliminación de las barreras que impiden que las personas obtengan servicios de salud, comprendidas como nivel socioeconómico, género, etnia, condición de migrante, etc. Y que todas las poblaciones puedan gozar del mayor bienestar posible.

El acceso universal a la salud se define 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”*³⁴. Actualmente en Chile, los cuidados esenciales de la atención están restringidos únicamente para aquellas personas que son beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y que, voluntariamente, se han inscrito en algún centro de salud primaria, lo que se traduce en una segmentación del sistema y en un acceso desigual y heterogéneo. Dicho de otro modo, los cuidados esenciales que provee la atención primaria no son accesibles para toda la población que

³² Como primer nivel de atención, la atención primaria sería considerada como un nivel inicial de atención de salud o como punto de primer contacto con las poblaciones a cargo. De ese modo, sería considerado el nivel más cercano a la comunidad.

³³ (World Health Organization; United Nations Children’s Fund, 2020)

³⁴ (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2022)

habita el territorio nacional, dado que existe una barrera, entendida como el tipo de seguro de salud que tienen las personas y sus familias.

Esta limitación trae consigo que una proporción importante de la población chilena no accede a las prestaciones promocionales, preventivas, curativas o de rehabilitación que ofrece la atención primaria y que profundiza las brechas de equidad en salud que tiene el país. Es decir, más de tres millones de personas en Chile no acceden a las ventajas de la atención primaria por no ser beneficiarias de FONASA. Este grupo incluye a las personas beneficiarias de ISAPRE y personal activo y en retiro de las Fuerzas Armadas (FFAA), de Orden y Seguridad Pública. Sin embargo, este problema no es solo relativo al grupo de personas antes mencionado. Las personas beneficiarias de FONASA que no se han inscrito en algún centro de salud también están siendo sujetas de limitaciones en el acceso. En el 2022, de los 15.233.814 beneficiarios de FONASA, sólo 13 millones estaban inscritos en un centro de salud, es decir, 13% de la población beneficiaria no se encontraba inscrita en algún establecimiento de salud primaria³⁵.

La cobertura de salud 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 financiamiento”*³⁶ y la cobertura universal de salud como *“la existencia de mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población”*³⁷

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)³⁸ 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:

³⁵ (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2022)

³⁶ (Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial, 2017)

³⁷ (Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial, 2017)

³⁸ (Tanahashi, 1978)

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 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*³⁹ (34), indicador que guarda relación con el uso del servicio sanitario cuando la necesidad de atención es percibida. Este fenómeno es un

³⁹ Traducido del término *forgone care*.

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 salud⁴⁰.

- 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.

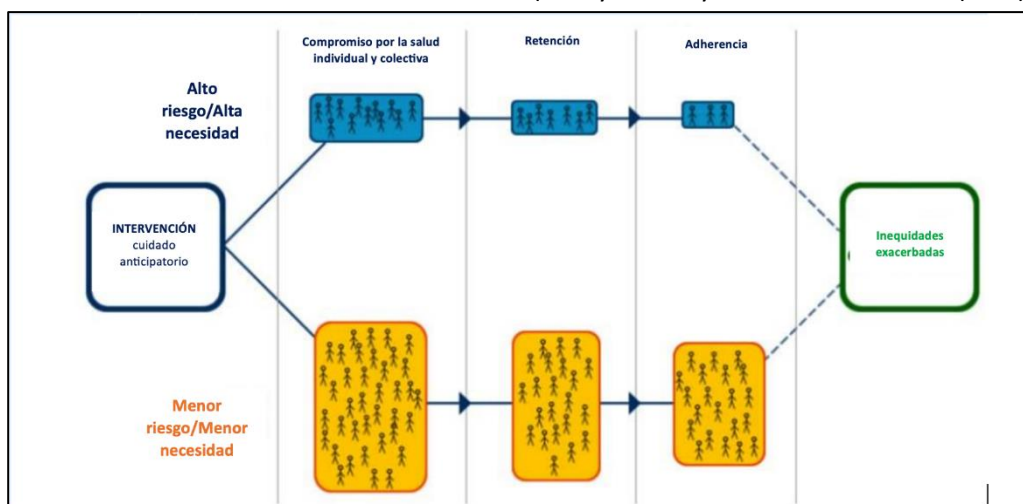
Garantizar la cobertura universal a la atención primaria implica comprender que existe un problema inherente en las prestaciones de salud que debe ser revertido mediante la cobertura universal. Tudor Hart (1971)⁴¹ señaló que la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente 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.

⁴⁰ (Bodenmann, Favrat, Wolff, & et-al, 2014) (Sandoval, Petrovic, Guessous, & Stringhini, 2021)

⁴¹ (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 continuación⁴²:

- **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

⁴² (Ministerio de Salud, 2023)

debe establecer un modelo de relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas.

- **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.

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:

EJE 1: Dignificar y modernizar el sistema público de salud.

EJE 2: Garantizar la cobertura universal de la atención primaria de salud.

EJE 3: Generando condiciones de vida saludable con equidad.

EJE 4: Construir un nuevo sistema de seguridad social en salud.

Se ha determinado que el eje 2, también denominado *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 cobertura y el acceso a la salud, según la OPS/OMS (2022)⁴³, implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. Dado lo anterior, las acciones de la primera línea estratégica están destinadas a lograr que toda la población, independiente de su previsión de salud, pueda acceder a la atención primaria y, con ello, mejorar la respuesta a las expectativas y preocupaciones de la ciudadanía en torno a salud.

- **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

⁴³ (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2022)

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 y 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 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 resolutive, 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 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 de avanzada 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 resolutive, 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.

El 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 y las jefaturas a nivel comunal y hospitalario⁴⁴. 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, Servicio de Salud o los establecimientos 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

⁴⁴ (Téllez, Sapag, Barros, & et-al)

reales y efectivas. Téllez y cols (2019) lo señalan de este modo: *“Visto de esta manera, su participación 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”*⁴⁵. 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 requieren 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.

⁴⁵ (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 instancia⁴⁶, 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. 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, en la práctica de la gestión sanitaria. La única variante es que en este espacio se abre mayormente la oportunidad de recoger dudas operativas, especificidades, preocupaciones que puedan emerger de grupos diferentes a los comunales y gubernamentales.

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 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 (Punto 4. Funciones y tareas de los actores involucrados)

⁴⁶ A modo de sugerencia, puede ser una primera parte de la reunión (2 primeras horas, por ejemplo) para evitar hacer citas en diferentes días.

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, debido a que esta información será clave para la suscripción de los acuerdos administrativos respectivos. Este diagnóstico requiere ser liderado por el Servicio de Salud respectivo; sin embargo, es deseable que sea co-construido con todos los actores que interactúan con atención primaria en el territorio. 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, resolutivez 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 lo principales roles y responsabilidades de los distintos actores institucionales del sistema de salud, dispuestos para lo 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.

Funciones y tareas de los actores involucrados

Para la operativización de la Atención Primaria Universal, se requiere la designación de un referente técnico operativo de la Atención Primaria Universal y la conformación de equipos motores en los distintos niveles. 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.

- **Referentes técnicos operativos:**

3. SEREMI de Salud

Será co-responsable de articular operativamente la implementación de las estrategias nacionales y regionales de la Atención Primaria Universal, juntamente con los Servicios de Salud y las comunas de su región. Se recomienda que sea un profesional con conocimiento de la red intersectorial, mecanismos de participación y del modelo de salud familiar y comunitario.

4. Servicio de Salud

Será co-responsable de la gestión de aspectos administrativos asociados al programa de Universalización de Atención Primaria de Salud (que, hoy por hoy, corresponde a un programa de reforzamiento PRAPS), que es la 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. Se recomienda que sea un profesional con conocimiento sobre el funcionamiento técnico administrativos de los centros de salud y del modelo de salud familiar y comunitario.

5. Dirección/Departamento o Corporación de salud comunal

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. Se recomienda que sea un profesional con conocimiento sobre el funcionamiento técnico administrativos de los centros de salud y del modelo de salud familiar y comunitario.

- **Equipo motor**

1. *Nacional*

Liderado por la División de Atención Primaria (DIVAP) del Ministerio de Salud, este será el equipo que liderará el avance de la universalización de la APS a nivel nacional. Su composición será determinada por el jefe/a de la División lo que no excluye la participación de todo el equipo. 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.

2. *Regional*

Liderado por el SEREMI de salud de la región, este 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. Se recomienda que esté conformado por al menos 5 personas, quienes coordinarán a los distintos equipos motores de la región, tanto de los servicios de salud como comunales, para la implementación de la APS Universal. 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.

3. *Servicio de Salud*

Liderado por el jefe de atención primaria del Servicio de Salud, este equipo será el encargado de la gestión de la red de APS de las comunas de su jurisdicción. 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 comunicaciones del 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 administrativa de las acciones y estrategias de la universalización de la atención primaria.

4. *Comunal*

Liderado por el director/a de salud comunal, este equipo será el 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. Se recomienda que esté conformado por director/a de desarrollo comunal (DIDECO), director/a de la secretaría comunal de planificación (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, el cual deberá ser nominado/a de común acuerdo entre los gremios de salud de la atención primaria presentes en la comuna. Una de sus funciones principales será liderar el proceso de gestión del cambio.

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 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.

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

A continuación, se describe y orienta a los equipos en torno al contenido de las acciones estratégicas a ser emprendidas en el marco de la universalización de la atención primaria. Estas acciones serán emprendidas con temporalidad inmediata, a propósito del PRAPS Plan de Universalización de la Atención Primaria. La progresión de la instalación de las intervenciones orientadas a la universalización de la atención primaria estará siendo escaladas, toda vez que las comunas pioneras van ingresando a la estrategia de atención primaria universal. De tal modo, las comunas van ingresando, año tras año, como cohortes con un set de intervenciones (acciones sanitarias) a instalar diferentes si corresponden a una comuna de primer año de instalación (acciones inmediatas) o de segundo o tercer año de instalación (acciones mediatas o de largo plazo). Para fines de esta Orientación Técnica, solamente se abordará lo correspondiente a las acciones del primer año de instalación y de implementación.

Entonces, los componentes del primer año a ser instalados e implementados en las comunas pioneras son:

- **Componente N°1. Cobertura universal de las prestaciones de la atención primaria**
- **Componente N°2. Habilitadores para facilitar el acceso a la Atención Primaria Universal**
- **Componente N°3. Estrategias de participación para la Atención Primaria Universal**

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

1.1 Inscripción universal

Tal como se mencionó anteriormente, las personas que viven, trabajan y/o estudian en una comuna pionera podrán acceder a las prestaciones de la atención primaria, independiente de su seguro de salud. Para lograr lo anterior, es fundamental inscribir a las personas en los establecimientos de atención primaria. Esto se realiza mediante el sistema **Front Integrado** que FONASA tiene disponible (modalidad plataforma web). Este sistema está compuesto por diferentes módulos, sin embargo, para efectos de la inscripción de personas provenientes de otros seguros de salud (Isapre, Dipreca y Capredena), se utilizará la funcionalidad **Gestión per cápita**, el cual está inserto en el módulo **Acreditación**. A continuación, se entregará el detalle paso a paso del mencionado procedimiento.

Procedimiento de inscripción

- *Ingreso al sistema Front Integrado FONASA*

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.

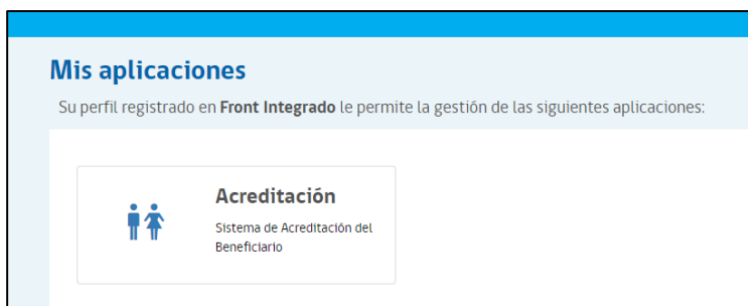
Ilustración 3. Captura de imagen sistema Front Integrado. Acceso al sistema plataforma.

La imagen muestra una interfaz de usuario para el acceso al sistema. En la parte superior, hay una barra de navegación con "Fonasa" y "Otras Instituciones". El título principal es "Ingreso Usuario" con el subtítulo "Ingrese al sistema colocando sus credenciales". Hay dos campos de entrada: "Usuario" con el ejemplo "usuarioprueba01" y "Contraseña". Debajo de los campos está un botón verde que dice "Ingresar". En la parte inferior, hay un pie de página con el texto "© 2023 Copyright FONASA, todos los derechos reservados" y "Hecho con ❤️ por FONASA".

- *Ingreso al módulo de Acreditación*

Dependiendo del perfil que tenga el usuario/a, pueden desplegarse distintos módulos. Existen tres perfiles disponibles para los funcionarios/as de atención primaria (que son los usuarios/as de la plataforma): 1) Perfil Carencia de recursos; 2) Perfil Per cápita y; 3) Perfil global (Carencia y Per cápita). Para ingresar al módulo de acreditación, se debe seleccionar el ícono *Acreditación*.

Ilustración 4. Captura de imagen sistema Front Integrado. Acceso a módulo de acreditación.

La imagen muestra una interfaz de usuario con el título "Mis aplicaciones". Debajo del título, hay un texto que dice "Su perfil registrado en Front Integrado le permite la gestión de las siguientes aplicaciones:". Hay un ícono de una familia (un hombre, una mujer y un niño) a la izquierda de un cuadro que contiene el título "Acreditación" y el subtítulo "Sistema de Acreditación del Beneficiario".

- *Gestión de la persona beneficiaria*

El módulo de *Acreditación* permite a los usuarios/as consultar información básica y de contacto de las personas beneficiarias, independiente de seguro de salud. 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 particularmente relevante considerando que la plataforma sólo permitirá la inscripción de personas beneficiarias de otros seguros distintos a FONASA a personas que vivan, trabajen y/o estudien en las comunas pioneras.

Ilustración 5. Captura de imagen sistema Front Integrado. Información en el módulo Gestión del Beneficiario.

Bienvenido,

Gestión de Beneficiario

Buscar RUN persona

Ej: 16000000-0

© 2023 Copyright FONASA, todos los derechos reservados
Hecho con ❤️ por FONASA

Gestión del Beneficiario
Información actualizada a la fecha 19-01-2023

Gestión de Beneficiario	Información Persona	Información Titular
<ul style="list-style-type: none"> Información Persona Gestión de Cargas Familiares Certificado de Afiliación Gestión Per Cápita 	<p>RUN: 12345678-9</p> <p>Nombres: JUAN CARLOS GONZALEZ</p> <p>Primer Apellido: GONZALEZ</p> <p>Segundo Apellido: GONZALEZ</p> <p>Fecha Nacimiento: 31-03-1935</p> <p>Genero: FEMENINO</p> <p>Nacionalidad: CHILE</p> <p>Estado Civil: DESCONOCIDO</p> <p>Grupo Ing Titulo</p> <p>Tipo de Cotizante</p> <p>Caracterización</p> <p>Estado: BLOQUEO POR ISAPRE</p> <p>Marcas asignadas: NO REGISTRA MARCAS</p> <p><input type="button" value="Sincronizar con Registro Civil"/></p>	<p>RUN: 12345678-9</p> <p>Nombres: JUAN CARLOS GONZALEZ</p> <p>Primer Apellido: GONZALEZ</p> <p>Segundo Apellido: GONZALEZ</p> <p>Relación con Afiliado: Titular</p>

Información de Contacto y Dirección

Ilustración 6. Captura de imagen sistema Front Integrado. Información de contacto y dirección.

Información de Contacto y Dirección

Datos de contacto y direcciones

Tipo de dirección *

Región *

Provincia *

Comuna *

Calle *

Número *

Villa o Población

Block

Nº Departamento

Correo Electrónico

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

- *Gestión Per cápita*

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”. 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.

Ilustración 7. Captura de imagen sistema Front Integrado. Información desplegada al consultar Gestión per cápita.

The screenshot shows two main sections. The top section, 'Información Persona', contains a table with the following data:

RUT	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Grupo Ing./Tramo
12345678-9	JOHANNES LUIS MARTINEZ	MARCELO	GUERRA	1

The bottom section, 'Inscripción Per Cápita', contains a table with the following data:

RUN	Nombres	Relación	Establecimiento Inscripción	Fecha de Inscripción	Eventos	Certificado
12345678-9	JOHANNES LUIS MARTINEZ MARCELO GUERRA	TITULAR			Inscribir	
12345678-9	MARCELO LUIS DEL CARO MARTINEZ	CARGA RELACIONADA			Inscribir	

Además de revisar el estado de inscripción de la persona beneficiaria y de sus cargas familiares, en este módulo se puede realizar la inscripción y gestionar el traslado y la emisión de certificado o comprobante de inscripción que validen el procedimiento efectuado.

Ilustración 8. Captura de imagen sistema Front Integrado. Despliegue de opciones de trasladar, certificado e inscribir

This screenshot shows the 'Inscripción Per Cápita' table with expanded options for the first row:

RUN	Nombres	Relación	Establecimiento Inscripción	Fecha de Inscripción	Eventos	Certificado
12345678-9	JOHANNES LUIS MARTINEZ MARCELO GUERRA	TITULAR	Centro de Salud Familiar N° 5	19-01-2023	Trasladar	Certificado
12345678-9	MARCELO LUIS DEL CARO MARTINEZ	CARGA RELACIONADA			Inscribir	

- *Formulario de Inscripción / Traslado*

Las funciones de inscribir y trasladar siguen el mismo proceso ya conocido por los establecimientos de atención primaria. Solo con el fin de recordar la diferencia entre ambas acciones, es necesario indicar que la función inscribir aplica para personas que desean ingresar por primera vez, mientras que, la función trasladar aplica para personas que desean modificar su inscripción de un establecimiento de atención primaria a otro.

Ilustración 9. Captura de imagen sistema Front Integrado. Formulario de inscripción/traslado.

The screenshot shows a web form titled "Formulario de Inscripción / Traslado Per Cápita". It is divided into several sections:

- Datos del Afiliado:** A table-like structure with the following fields:
 - RUN: 81111111-6
 - Tipo Persona: TITULAR
 - Nombres: LEONARDO LUIS MARTINEZ
 - Grupo Ing./Tramo: (empty)
 - Género: FEMENINO
 - Marcas: NO REGISTRA MARCAS
- ¿Titular realiza trámite?** A dropdown menu with "No" selected.
- RUT Responsable:** A text input field with a red asterisk, containing "16000000-0". Below it, an example "Ej: 16000000-0" is shown.
- Validación del Carnet de Identidad:** A text input field with a red asterisk, containing "16000000-0".
- Informational message:** A blue box with an information icon stating: "La persona responsable del trámite, **donde tiene sus datos (RUT)**, tiene registrado el número de teléfono celular **999999999**, se le enviará un código vía SMS a este número para validar su identidad."
- Warning message:** A yellow box with a warning icon stating: "* En caso que el número de teléfono no sea el correcto, favor actualizar en el módulo de **Información Persona**".
- Submit button:** A blue button labeled "Enviar".

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.

Ilustración 10. Captura de imagen sistema Front Integrado. Solicitud de validación de afiliado para la inscripción o traslado

The screenshot shows a small dialog box titled "Validación de Afiliado" with a close button (X) in the top right corner. It contains:

- A text label "Ingresar código de validación:" followed by a text input field with a red border.
- A blue button labeled "Validar" at the bottom.

Después de haber realizados los dos pasos de validación del formulario de inscripción, se desbloquea la segunda parte del formulario, el que consiste en la solicitud de los datos de contacto, dirección y selección del establecimiento de atención primaria al que se desea inscribir o trasladar.

Ilustración 11. Captura de imagen sistema Front Integrado. Formulario de solicitud de información para la inscripción.

The image shows a web form with two main sections: 'Datos de Contacto y Dirección' and 'Inscripción'. The first section contains various input fields for address and contact information, with some fields marked as mandatory. The second section contains fields for registration date, nationality, and service selection, also with mandatory markers. A yellow warning banner is visible at the bottom of the form.

Datos de Contacto y Dirección	
Tipo de dirección *	CASA
Región *	REGION METROPOLITANA DE SANTIAGO
Provincia *	SANTIAGO
Comuna *	VITACURA
Calle *	LAURENTIS 2007
Número *	Ej: 413 o S/N
Villa o Población	
Block	
N° Departamento	
Correo Electrónico	correo@correo.com
Teléfono Fijo	212345678
Teléfono Celular	912345678

* Campos obligatorios

Inscripción	
Fecha Inscripción:	19-01-2023
Nacionalidad *	Chile
Servicio de Salud *	Seleccione
Ocupación *	Seleccione
Centro de Atención *	Seleccione
Educación *	Seleccione

 Comuna no cuenta con Establecimientos en Piloto APS Universal

- *Certificado – Comprobante de inscripción*

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

Ilustración 12. Captura de imagen sistema Front Integrado. Comprobante de inscripción



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

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 y curar problemas de salud, mantener la salud y el bienestar u obtener información acerca de su estado de salud y pronóstico⁴⁷. 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.

En las comunas pioneras de la Atención Primaria Universal, no sólo el acceso a los servicios de salud, si no que la utilización de estos permite ajustar la forma en que se proveen los servicios de forma más equitativa, identificando los grupos con necesidades insatisfechas y las barreras que facilitan u obstaculizan el uso de los servicios⁴⁸.

⁴⁷ (Carrasquillo, 2013)

⁴⁸ (Hirnas, y otros)

Servicios disponibles

Las prestaciones disponibles para la población inscrita en los centros de salud, independiente de su previsión, son aquellas del Plan de Salud Familiar II. No se debe aplicar ninguna diferencia en la provisión de los servicios según el seguro de la persona inscrita en el centro de salud; sólo la priorización implícita de los servicios sanitarios según necesidades de salud.

El conjunto de prestaciones que componen el Plan de Salud Familiar II responde a las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud y dicho conjunto de prestaciones se resguarda mediante un acto administrativo anual y que determina el aporte estatal para que este sea provisto.

Tabla 1. Prestaciones del Plan de Salud Familiar.

SALUD DE LA INFANCIA	
1. Control de salud del niño sano	8. Control de enfermedades crónicas
2. Evaluación del Desarrollo Psicomotor (DSM)	9. Consulta por déficit del DSM
3. Control de malnutrición	10. Consulta kinésica
4. Control de lactancia materna	11. Consulta de salud mental
5. Educación a grupos de riesgo	12. Vacunación
6. Consulta nutricional	13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)
7. Consulta de morbilidad	14. Atención a domicilio
SALUD DEL ADOLESCENTE	
15. Control de salud	22. Control ginecológico preventivo
16. Consulta de morbilidad	23. Educación grupal
17. Control de crónico	24. Consulta morbilidad obstétrica
18. Control prenatal	25. Consulta morbilidad ginecológica
19. Control de puerperio	26. Intervención psicosocial
20. Control de regulación de fecundidad	27. Consulta y/o consejería salud mental
21. Consejería en salud sexual y reproductiva	28. PNAC
	29. Atención en domicilio
SALUD DE LA MUJER	
30. Control prenatal	35. Educación grupal
31. Control de puerperio	36. Consulta morbilidad obstétrica
32. Control de regulación de fecundidad	37. Consulta morbilidad ginecológica
33. Consejería en salud sexual y reproductiva	38. Consulta nutricional
34. Control ginecológico preventivo	39. PNAC
	40. Ecografía obstétrica del primer trimestre
SALUD DEL ADULTO	
41. Consulta de morbilidad	47. Educación grupal
42. Consulta control de enfermedades crónicas	48. Atención a domicilio
43. Consulta nutricional	49. Atención podología a pacientes con pie diabético
44. Control de salud	50. Curación de pie diabético
45. Intervención psicosocial	51. Intervención grupal de actividad física
46. Consulta y/o consejería de salud mental	
SALUD DEL ADULTO MAYOR	
52. Consulta de morbilidad	59. Consulta kinésica
53. Consulta control de enfermedades crónicas	60. Vacunación antiinfluenza

54. Consulta nutricional	61. Atención a domicilio
55. Control de salud	62. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
56. Intervención psicosocial	63. Atención podología a pacientes con pie diabético
57. Consulta de salud mental	64. Curación de pie diabético
58. Educación grupal	
SALUD ORAL	ACTIVIDADES GENERALES
65. Examen de salud	76. Educación grupal ambiental
66. Educación grupal	77. Consejería familiar
67. Urgencias	78. Visita domiciliaria integral
68. Exodoncias	79. Consulta social
69. Destartraje y pulido coronario	80. Tratamiento y curaciones
70. Obturaciones temporales y definitivas	81. Extensión Horaria
71. Aplicación sellantes	82. Intervención Familiar Psicosocial
72. Pulpotomías	83. Diagnóstico y control de la TBC
73. Barniz de Flúor	84. Exámenes de Laboratorio Básico
74. Endodoncia	
75. Rayos X dental	

Fuente: MINSAL. 2013. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a equipos de salud.

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 87 problemas de salud vigentes por decreto. En consideración que las personas que se inscriban en las comunas pioneras de la Atención Primaria Universal acceden al Plan de Salud Familiar en su totalidad, se deben otorgar las prestaciones GES garantizadas que son parte de éste. Es decir que, habiéndose registrado una persona en un establecimiento de atención primaria de las comunas pioneras, que tiene una patología o condición que cumple con criterios de acceso GES identificado en el Plan de salud Familiar II, tiene derecho a recibirlo, recordando que se debe realizar la constancia de información al paciente a través del formulario definido por la Superintendencia de Salud.

En cuanto a las personas beneficiarias de seguros de las Fuerzas Armadas y de Seguridad y Orden, también tienen derecho a utilizar las prestaciones de salud del Plan de Salud Familiar II, incluyendo aquellas correspondientes a prestaciones garantizadas por GES que correspondan a la atención primaria, pero no se debe realizar la constancia de información al paciente, ya que no son sujetos de la ley GES.

Tabla 2. Actividades del Plan de Salud Familiar con Garantías Explícitas en Salud (GES).

ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD	
85.	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.
86.	Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
87.	Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
88.	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.
89.	Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
90.	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.
91.	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
92.	Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
93.	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; atención kinésica en programa del niño.
94.	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.
95.	Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
96.	Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria

DSM= Desarrollo psicomotor. PNAC= Programa Nacional de Alimentación Complementaria

Por último, en caso de que las personas beneficiarias de otros seguros que no son FONASA requieran servicios que se presten en otros niveles de atención, estas deberán acceder a los prestadores de sus respectivos seguros de salud. En el caso que esta necesidad esté relacionada a una patología GES, las personas deben acudir a su aseguradora para que sea atendido en la red de prestadores definida por su seguro de salud respectivo. Por último, respecto a las personas beneficiarias de ISAPRE, cuya garantía haya sido activada en el extrasistema y que opten por continuar su tratamiento en el establecimiento de atención primaria de una comuna pionera, podrán hacerlo.

1.3 Ampliación de la extensión horaria

La continuidad de la atención es la atención de salud que se brinda de 08:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábado de 9:00 a 13:00 horas, en la que se deben proveer, necesaria e ineludiblemente, acceso a: consultas de morbilidad entregadas por médico, consultas odontológicas y/o tratamientos y asegurar la disponibilidad de fármacos que le competen⁴⁹. La ampliación de la extensión horaria corresponde al aumento de la oferta de atenciones de salud en horarios extras a

⁴⁹ (Ministerio de Salud, 2023)

la extensión horaria habitual (lunes a viernes de 17 a 20 hrs. y sábados de 9 a 13 hrs.), de modo tal de disminuir las barreras de acceso relativas a disponibilidad horaria.

En las comunas pioneras de la Atención Primaria Universal, abordar barreras de acceso a la salud, relativas a la organización de la provisión de servicios, es una de las acciones centrales que se deben trabajar durante el primer año. Para ello, la propuesta de ampliación de la extensión horaria debe ser producto de un proceso de planificación territorial y programación de actividades, en el cual se incluya:

- ***Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población***

Como parte esencial en la programación de actividades de los centros de salud, se requiere estimar la demanda potencial a los servicios de salud, siendo recomendado reforzar aquellas prestaciones de mayor necesidad.

- ***Identificación de población que no accede a los servicios de salud en los horarios de atención habitual***

La identificación debería realizarse mediante la estimación de la población en edad laboral que podría, potencialmente, demandar servicios de los establecimientos de atención primaria. Esto permitirá programar servicios y prestaciones que respondan a las necesidades de esa población.

- ***Identificación de factores externos a la organización de los establecimientos que determinan la utilización de los servicios***

Para programar la ampliación de la extensión horaria se requiere considerar factores tales como: transporte público disponible, seguridad para la movilización de las personas, entre otros que sean de especial relevancia para determinar la asistencia de las personas a los centros de salud.

1.4 Optimización de los procesos administrativos

Para avanzar en el aseguramiento de condiciones en la atención primaria 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 bipartito, entre el Servicio de Salud respectivo, que representa a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la comuna.

El objetivo es comprometer una agenda de trabajo a 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 partes 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 territorio⁵⁰. Lo último es fundamental, debido a que un buen diagnóstico de la situación de la gestión 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.

Dimensiones del acuerdo

Se describen distintas dimensiones que se espera sean abordadas en el acuerdo administrativo, en las cuales se deben identificar acciones concretas que contribuyan al objetivo de cada dimensión.

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

- *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*

⁵⁰ 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.

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.

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

2.1 Atenciones extramuro

Las atenciones extramurales o cobertura activa son definidas como todas aquellas acciones sanitarias que se realizan en la comunidad, fuera de los centros de salud⁵¹. La atención primaria de salud en Chile tiene alta experiencia en este tipo de actividades, fundamentalmente, en los ámbitos relacionados a los procesos de vacunación y promoción de la salud.

Los objetivos de la atención extramuro en el contexto de la Atención Primaria Universal son los siguientes:

⁵¹ (Collao, 2019)

- Mejorar el acceso de poblaciones habitualmente excluidas de la atención en salud por barreras geográficas.
- Acercar los cuidados de la salud a las personas, familias y comunidades, haciendo énfasis en los lugares donde las personas viven, estudian o trabajan.

Es por lo anterior que la realización de acciones y atenciones extramurales son un elemento central en la implementación de la universalización de la atención primaria, ya sea en dispositivos de atención móviles, habilitación de espacios comunitarios transitorios u otras modalidades.

Se espera que la estrategia extramural pueda contribuir al atributo de accesibilidad de la atención primaria, por lo que se propone focalizar esfuerzos en poder buscar activamente a la población que habitualmente no consulta y además mitigar en parte los déficits de infraestructura asociados al aumento de la demanda.

La vinculación de las acciones extramurales con otras prestaciones de la atención primaria, según la necesidad de las personas, es un requisito fundamental para llevar a cabo este tipo de operativos. Es decir, en caso de detectar riesgos o problemas de salud, se debe vincular al usuario/a con el equipo de salud de cabecera, sectorizado, para darle continuidad a la atención bajo los principios del modelo de salud integral familiar y comunitario⁵².

La propuesta de localización, fechas y horarios de los operativos y estrategias extramurales debe ser producto de un proceso de planificación territorial, en el cual se incluya:

- ***Identificación de lugares con dificultad de acceso a los establecimientos de salud***

Se trata de identificar territorios distantes a los centros de salud y que cuenten con asentamientos humanos que presenten dificultades de desplazamiento, tanto por las características de las personas que viven allí (movilidad reducida) o características externas como la falta de transporte público. También se deben considerar los lugares de estudio y trabajo, donde existe población que no puede trasladarse antes o después de su jornada laboral, pero que al realizar convenios y acuerdo con sus empleadores, pueden acceder a acciones de salud preventivas en los mismos lugares de trabajo.

- ***Caracterización y mapeo epidemiológico del territorio***

Conocer los problemas de salud prevalentes en el territorio y que pueden ser sujetos de pesquisa o intervención. Por ejemplo: lugares con alta prevalencia de tuberculosis, en donde se puedan realizar operativos de pesquisa (toma de baciloscopias), áreas geográficas con altas tasas de embarazo adolescente, zonas con bajas coberturas de PAP, etc.

⁵² (Ministerio de Salud, 2023)

- **Determinación de lugares de alta afluencia de público**

En los que se puedan desarrollar actividades de screening poblacional, tales como examen de medicina preventiva del adulto y adulto mayor (EMP y EMPAM) y otros.

- **Definición de acciones de salud se realizarán en modalidad de atención extramuro**

Además de la definición estratégica de los lugares y horarios de realización de las estrategias extramurales, es fundamental la planificación de las acciones de salud que se llevarán a cabo. Para ello, se debe considerar la situación epidemiológica del territorio, la población objetivo del operativo extramural (trabajadoras/es, estudiantes, personas mayores, personas con movilidad reducida, etc.), la Estrategia Nacional de Salud hacia el año 2030⁵³ y los objetivos locales para la planificación. Algunas de las prestaciones más recomendadas son:

- Examen de medicina preventiva del adulto (EMP)
- Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM).
- Control integral del adolescente bajo el modelo de espacio amigable.
- Control preventivo ginecológico, incluyendo la toma de Papanicolau.
- Toma de exámenes para la detección precoz de enfermedades: baciloscopias, test rápido de VIH
- Controles según etapa del ciclo vital

2.2 Sistema de 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 los/as usuarios/as, 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 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,

⁵³ (Ministerio de Salud, 2022)

⁵⁴ (Depaux, 2006)

⁵⁵ (Bashshur, y otros, 2016)

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 los/as usuarios/as 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**”, 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.

2.2.1 *Componentes de la gestión remota de la demanda*⁵⁶

- ***Equipo para la gestión remota de la demanda***

Con el fin de gestionar la demanda que ingrese de forma remota al establecimiento de salud, se requiere el cumplimiento de ciertas funciones, para las cuales se describen tres roles esenciales o básicos para la correcta implementación del modelo:

- a. **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.

Puede existir más dos o más triagistas, según las áreas que se considere requieren una gestión particular de la demanda, tales como triagistas para consultas odontológicas o consultas de ginecología y obstetricia.

⁵⁶ (Ministerio de Salud, 2023)

- b. 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.
- c. 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.

- ***Puerta de entrada: formulario de atención***

El punto inicial del proceso de atención será el formulario de atención, medio por el cual las personas podrán registrar sus solicitudes. Este debe permitir 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.

Se debe disponer el acceso al formulario por distintas vías: plataforma para registro de solicitudes, página web, redes sociales del centro de salud (Facebook, Instagram), u otros. Se sugiere difundir el formulario en un trabajo conjunto con la comunidad, para generar procesos de enseñanza del uso de la plataforma con monitores capacitados de la población. Otra vía de acceso puede ser el contacto telefónico, medio por el cual la persona interactúa con quien completará el formulario.

Ilustración 13. Imagen de informativo para el uso de la plataforma de gestión remota de la demanda “Telesalud”.



La información mínima que debe contener el formulario de solicitud es:

- Datos del paciente: tipo de documento, número de documento, nombre y apellidos, sexo, género, fecha de nacimiento y domicilio.
- Información de contacto: al menos dos teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico.
- Detalle de la solicitud: establecimiento de salud al que solicita atención, profesional y motivo de consulta.
- Información adicional: campo de llenado libre para que la persona complemente su solicitud.

Ilustración 14. Imagen de formulario de solicitud Telesalud (<https://telesalud.gob.cl/solicitud>)

Datos del paciente
Datos de la persona que solicita atención

Tipo Documento * <input type="text"/>	N° Documento * <input type="text"/>
Nombre(s) * <input type="text"/>	Apellido Paterno * <input type="text"/>
Apellido Materno <input type="text"/>	Nombre Social <input type="text"/>
Sexo * <input type="text"/>	Género * <input type="text"/>
Fecha nacimiento * <input type="text"/>	

Dirección del paciente
Para determinar el CESFAM al cual solicitará hora

Calle * <input type="text"/>	Número * <input type="text"/>
Block, departamento, población <input type="text"/>	Región * <input type="text"/>
Comuna * <input type="text"/>	Establecimiento * <input type="text"/>

En cualquier sistema de ingreso de solicitudes, se debe señalar de forma clara que, en caso de emergencias, se deben utilizar las vías tradicionales de contacto.

Ilustración 15. Imagen de la plataforma Telesalud, sección “crear solicitud”.

- **Determinación de la respuesta: gestión de las solicitudes**

Con los datos del formulario de atención y la información complementada a través del registro clínico y/o llamada telefónica, se debe determinar la modalidad y prioridad de la atención.

➤ *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, para lo cual se le debe comunicar al usuario/a por correo electrónico o vía telefónica la fecha y preparación para la atención.

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. La Tabla 3 presenta sugerencias para la atención presencial.

Tabla 3. Listado de prestaciones sugeridas para atención presencial.

Sugerencia de atenciones a realizar vía presencial
<ol style="list-style-type: none"> 1. Odontológica 2. Atención para infantes de 0 a 6 meses de edad 3. Control de niño sano 4. Atención por VIF y/o maltrato infantil 5. Solicitud de atención para manejo de herida o control 6. Solicitud de atención para control post-alta por condiciones específicas definidas previamente 7. Otras priorizadas por los niveles locales 8. 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. <p>Control de enfermedad crónica: 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.</p>

➤ *Priorización de atenciones*

Esta tiene por finalidad la respuesta oportuna, para lo cual aquellas necesidades que no puedan ser resueltas de forma remota durante el día de manera telefónica y requieran atención presencial. Esta priorización 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 4. Criterios de prioridad 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)	2-7 días

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

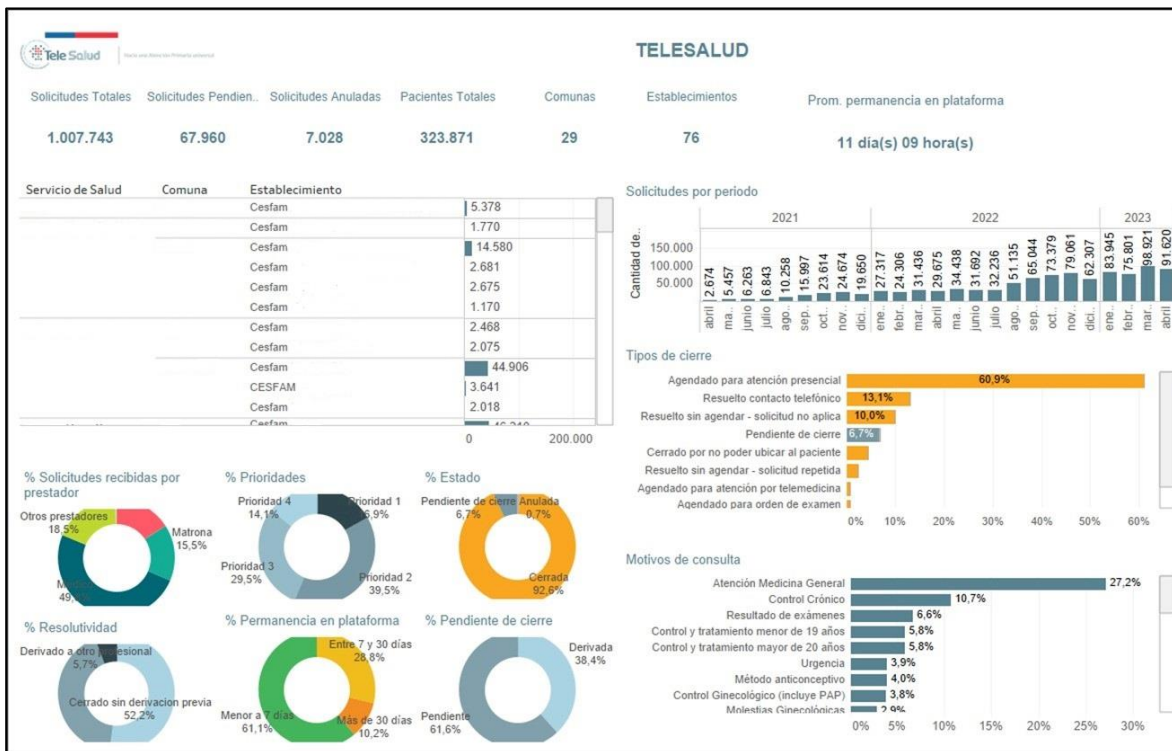
- *Una ventana a la demanda y su gestión: panel de reportería*

Como uno de los componentes principales se espera que el sistema de gestión remota de la demanda permita la reportería de las solicitudes que ingresan por medio del sistema.

El panel de reportería es una herramienta clave para los equipos directivos de los establecimientos, mediante el cual obtendrán información estadística sobre la demanda ingresada por medio del sistema, tales como volumen de solicitudes y su caracterización por tipo de prestador, días con mayor número de solicitud, rango etario que utiliza la plataforma, entre otros datos que podrán ser analizados por los equipos para organizar los servicios en base a su demanda.

También debe entregar información respecto a la gestión de las solicitudes, como el número de requerimientos resueltos, tiempos de respuesta y caracterización de la resolución.

Ilustración 16. Imagen del panel de reportería de la plataforma Telesalud.



2.2.2 Recomendaciones para la gestión de la agenda⁵⁷

A continuación, se destacan las recomendaciones para gestionar agendas, surgidas 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.

- 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.
- Los jefes de sector de los establecimientos de atención primaria deben estimar la demanda y programar la agenda considerando las contingencias.
- 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.
- Se deben generar análisis de los motivos de consulta para generar estrategias que disminuyan la demanda.

⁵⁷ (Ministerio de Salud, 2023)

⁵⁸ Adaptación de la recomendación “Generar programaciones que reduzcan el número de citas y se descentralice el rol del médico”.

- 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.

2.3 Fortalecimiento 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 5 o más condiciones crónicas diagnosticadas⁵⁹, cifra que se incrementa considerablemente si se agregan a todas las personas en condición de multimorbilidad, es decir que tienen 2 o más condiciones crónicas diagnosticadas. Esta población presenta mayor mortalidad ajustada por edad; se encuentra en condición de mayor vulnerabilidad; significa también una mayor utilización de recursos sanitarios, así como un mayor riesgo de hospitalización con una estadía más prolongada.

En este escenario, el sistema de salud y todos sus componentes deben 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 centrados en la persona y su familia, el paso de un 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 pioneras de la Atención Primaria Universal se trabajará en los cambios mencionados anteriormente, a través de la implementación y fortalecimiento de la Estrategia de Cuidado Integral Centrados 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

⁵⁹ (Margozzini & Passi, 2018)

estrategia, las acciones que realizan los actores institucionales e individuales, los registros asociados y el marco de evaluación.

2.3.1 Descripción de la ECICEP

Esta estrategia es una nueva forma de organizar 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 principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS): Centrado en las personas; Integralidad y Continuidad del Cuidado, todo lo cual se desarrolla y toma en consideración las características epidemiológicas de la población, sus necesidades y las condiciones territoriales en las que habitan y desarrollan.

En este marco, la estrategia operacionaliza la provisión de servicios a través de cuatro líneas estratégicas: 1) promoción y prevención, 2) responsabilidad y autonomía de las personas, 3) continuidad de cuidados e 4) intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades. Cada una de las líneas estratégicas propone algunas acciones que permiten acompañar a las personas en situación y/o contexto de cronicidad según riesgo.

La estratificación de la población define niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales, identificando, en base a 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. Apoya para definir anticipadamente acciones de salud que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuros.

Existen factores que son claves para la implementación:

- **Organización del Sistema de atención:**
 - Estratificación de la población.
 - Fortalecimiento de equipos multidisciplinarios.
- **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.
- **Apoyo y soporte al automanejo**
 - Promover la implicancia de las personas en su proceso de salud y enfermedad.
 - Generar condiciones para involucrar la red de apoyo familiar y/o significativa de la persona en su proceso de salud enfermedad.
- **Gestión Asistencial**
 - Contar con protocolos de gestión de demanda asistencial, multidisciplinario.
- **Desarrollo de sistema de información clínica**
 - Definición de flujos y orientaciones que favorezcan el registro de prestaciones.

2.3.2 Principales cambios a promover e integrar

- a) Fortalecer en los equipos de salud su rol de acompañamiento: se insta a que el equipo aborde integralmente a las personas que atienden, considerando la historia de vida, potencialidades, percepción de la persona respecto del proceso salud – enfermedad en el que se encuentra y entrega de apoyo para el reconocimiento.
- b) El equipo de salud contribuye 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 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 de alto riesgo y no en enfermedades” y, por otro, 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) Se inician 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, generar educación respecto a factores de riesgo de su condición y se establecen acuerdos consensuados respecto a la continuidad del plan y los ámbitos de acción que corresponden a la persona y al equipo.

2.3.2 Pasos y acciones para la implementación

- **Constitución de equipos líderes con capacidad de implementar y gestionar cambios a nivel del Servicio de Salud, comuna y establecimientos de salud**

La gestión del cambio es crucial al momento de implementar esta política pública que 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 tanto la necesidad del cambio, como 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 el aprendizaje e instalación de un modelo de atención basado en la toma de decisiones compartidas (TDC), 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.

El rol principal de los equipos a cargo en esta etapa es deconstruir el quehacer de los referentes temáticos para transitar hacia un quehacer articulado e integral.

Acciones que se sugiere desarrollar:

- a) Jornadas de sensibilización sobre la urgencia, sentido del cambio y difusión de la ECICEP.
- b) Instancias de coordinación orientadas a lograr definiciones compartidas en los equipos líderes de una comuna: lograr definir resultados esperados, revisión de evidencia y conocimiento de experiencia de pares que ya han iniciado la implementación.
- c) Capacitación de equipos en temáticas relativas a la ECICEP (cuidado integral, gestión del cambio, automanejo, toma de decisiones consensuadas, salud comunitaria, entre otros).
- d) Construcción de calendario de reuniones de equipo, y con referentes de la comuna y Servicio de Salud.
- e) Reuniones de información a la ciudadanía que vayan comunicando el proceso de gestión de cambio implementado e integre y/o considere las visiones y opiniones de la comunidad.

- **Diseño de Protocolos, agendamientos e ingresos**

Es importante que los establecimientos definan de manera colectiva los protocolos que definirán los flujos de ingreso y cómo se realizarán los agendamientos en la estrategia, lo cual debe ser coherente con la realidad de cada comuna. Se sugiere que, aplicando el enfoque de equidad, los ingresos se inicien con la incorporación de la población con mayores condiciones de riesgo (G3).

Acciones que se sugiere desarrollar:

- a) Organización de duplas y gestores del cuidado integral o gestores del cambio, definir quiénes, cuántos.
- b) Revisión de fichas y organización de la información, para la construcción de planes consensuados y para el seguimiento y gestión de casos.
- c) Definición de criterios para el ingreso de personas a esta modalidad de atención.
- d) Flujogramas que den cuenta del tránsito de la persona por el CESFAM, 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.
- e) Identificar con claridad los rendimientos de cada atención y el sistema de registro (sugeridos):
 - a. Ingresos integrales de 1 hora
 - b. Controles integrales de 30 a 45 minutos
 - c. Seguimiento a distancia / remoto, 10 minutos

- **Plan de Cuidado Integral y consensuado**

El plan sintetiza y ordena los acuerdos definidos entre la persona y el equipo de salud para avanzar hacia mayores niveles de bienestar y condición de salud. En el plan, persona y equipo acuerdan 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.

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.

- **Apoyo al automanejo**

El automanejo puede ser entendido como la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en el estilo de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las 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, tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud.

2.4 Gestión de la experiencia usuaria

La experiencia de las personas, en cuanto a los servicios de salud, está modulada por la relación entre usuarios/as y el equipo de salud, los tiempos de espera, el acceso a la información, el trato digno y respetuoso, la infraestructura adecuada y las propias expectativas de los/as usuarios/as. Desde la perspectiva de las personas, la continuidad de su atención comienza desde la primera vez que considera dónde va a recibir su atención. Esto se extiende no sólo a las visitas en el dispositivo sanitario, sino al proceso completo del viaje del usuario/a.

Medir la experiencia usuaria es fundamental, pues proporciona un feedback imprescindible para la gestión y optimización de los recursos sanitarios, lo que representa una medida legítima de la capacidad de la organización para dar cuenta de las necesidades de los/as usuarios/as, pudiendo ser utilizado como un indicador en el control de calidad del servicio⁶⁰. Las organizaciones que logran mejorar la experiencia de las personas que reciben servicios de salud han adoptado un enfoque estratégico para enfocarse en las necesidades de las personas, que incorpora la retroalimentación respecto a su experiencia tanto como su compromiso para desarrollar mejoras en los procesos.

⁶⁰ (Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003)

La experiencia usuaria es un elemento central del trabajo de universalización de la atención primaria, por lo que se contempla que las comunas pioneras recojan información respecto a la experiencia usuaria, mediante la realización de diálogos ciudadanos y luego generen planes de mejora.

El plan de mejora de la experiencia usuaria debe contener, en primera instancia, los proyectos priorizados por la comunidad en los diálogos ciudadanos, con el detalle de las acciones e iniciativas que serán llevadas adelante por la institucionalidad en co-construcción con la comunidad. Para esto, es fundamental desarrollar una estrategia con plazos establecidos para cada uno de los proyectos y que permita articular una mesa de trabajo en conjunto con la comunidad, particularmente con los Consejos de Desarrollo Local (CDL), Consejos Consultivos en Salud u otras organizaciones vinculadas con salud o espacios de representación que hayan participado en el diálogo ciudadano.

Se propone que cada plan de mejora de la experiencia usuaria contenga, al menos, los siguientes elementos:

- Identificación del problema
- Proyecto o iniciativa para abordar el problema
 - Descripción general
 - Objetivos
 - Actividades
 - Cronograma de implementación
 - Responsables de ejecución
 - Presupuesto
 - Indicadores de evaluación

Una vez elaborado el plan de mejora de experiencia usuaria comunal, este deberá ser revisado y validado por el Servicio de Salud, identificando además las actividades que serán trabajadas conjuntamente.

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

3.1 Diálogos ciudadanos

Dentro de las técnicas de participación social, el diálogo social aparece como una herramienta metodológica que visibiliza la opinión personal 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.

La noción de diálogo como un vuelco desde una mirada uniforme de las ideas a una mirada que reconoce la diversidad y abre un espacio que facilita la construcción común de conceptos a través del logro de consensos, acuerdos y entendimientos, reconociendo las diferencias entre los actores.

Los diálogos ciudadanos, para este efecto, podrían ser considerados como una herramienta participativa que, junto con promover la inclusión de la ciudadanía en la gestión del sector salud, contribuye a promover procesos de involucramiento e implicancia efectiva en las decisiones locales relacionadas con la salud y bienestar de las personas.

En las comunas pioneras de la Atención Primaria Universal es absolutamente esencial desarrollar instancias de reflexión y participación, conducentes a identificar y trabajar barreras sociales, de organización y culturales, para aumentar la aceptabilidad de los servicios. Para ello, las comunas deben realizar diálogos ciudadanos, como un mecanismo que contribuya a favorecer la incidencia ciudadana y mejorar la experiencia usuaria en salud y que busca reunir a diversos representantes de las comunas pioneras, tales como dirigentes, líderes sociales, vecinas/os, funcionarias/os públicos y otros, con el objetivo de reconocerse, dialogar, compartir sus experiencias en relación a salud, y a partir de ello proponer acciones para la mejora en el marco de implementación de una Política de Estado.

Metodología de los diálogos ciudadanos

Durante el primer año de implementación de las comunas pioneras, el tema que será abordado en los diálogos ciudadanos será la experiencia usuaria. Para su ejecución, se identifican tres etapas: a) Preparación del diálogo ciudadano, b) Primer encuentro del diálogo ciudadano, c) Sistematización del primer encuentro y preparación del encuentro de priorización, d) Segundo encuentro del diálogo ciudadano y, e) Plan de mejora de experiencia usuaria.

a. Preparación del diálogo ciudadano

- ***Conformación del equipo de trabajo***

El primer paso para realizar el diálogo ciudadano participativo es la conformación de un equipo a nivel comunal, en adelante equipo motor, que lidere el proceso y prepare las condiciones para la convocatoria y ejecución de los dos encuentros que componen el diálogo y que lleve a cabo la implementación y sistematización de la información.

Se recomienda que el equipo sea conformado por actores de los distintos niveles del sistema, es decir, por integrantes de los diferentes equipos motores de la Atención Primaria Universal. Los miembros de este equipo deben ser, como mínimo: encargada/o de participación del Servicio de Salud, encargada/o de participación comunal, director/a de salud comunal, director/a de Desarrollo Comunitario (DIDECO), encargada/o de comunicaciones del Servicio de Salud, encargada/o de comunicaciones comunal y, al menos, un representante de los centros de salud de la comuna.

- ***Orientación y preparación del equipo de trabajo***

Como parte de la preparación de los diálogos ciudadanos, los equipos de trabajo de cada comuna pionera participarán en una jornada de capacitación de transferencia metodológica destinada a fortalecer habilidades y competencias para la implementación de las actividades y estrategias contenidas en el programa. Esta es impartida por el equipo del Ministerio de Salud como parte de la preparación técnica de las comunas pioneras.

- ***Aplicación de encuesta de experiencia usuaria***

Para llevar a cabo el diálogo ciudadano se requiere contar previamente con información respecto a la experiencia usuaria en la comuna la que será recopilada a través de un formulario-encuesta (Anexo 3. Encuesta de experiencia usuaria en Atención Primaria de Salud).

Este instrumento será aplicado preferentemente por las/os encargadas/os de participación de los establecimientos de atención primaria, agentes comunitarios o líderes de la comunidad o, en su defecto, por quien designe el equipo motor. Es altamente recomendado que el instrumento no sea aplicado en los establecimientos en la que los encuestadores tengan algún tipo de vínculo, ya sea laboral o de representación vecinal, para fomentar la neutralidad en las respuestas que sean emitidas.

El equipo debe planificar los lugares y horarios en los cuales se aplicará el instrumento, procurando la más amplia representatividad territorial con perspectiva de género y pertinencia cultural con los pueblos indígenas participantes.

Desde el nivel central se dispondrá de una plataforma digital para la aplicación de las encuestas, esto permitirá que el equipo pueda disponer de la información de manera oportuna y facilitar el análisis del resultado de la aplicación del instrumento. De acuerdo a la población comunal, se acordará el número de encuestas totales a realizar.

- ***Sistematización de la encuesta de experiencia usuaria***

Una vez aplicadas el número de encuestas definidas por cada comuna, el equipo motor deberá realizar el análisis de los resultados y decidir la forma de presentación de dichos resultados a la comunidad en el primer encuentro del diálogo ciudadano. El objetivo de esta presentación es fomentar la discusión y tener un marco de referencia de los elementos distintivos de la experiencia usuaria en la comuna.

- ***Planificación del primer encuentro del diálogo ciudadano***

La convocatoria debe ser abierta y convocar al máximo número de representantes de la diversidad de los habitantes de la comuna, es decir, el diálogo debe de ser planificado con una mirada comunal y no por establecimiento de salud, lo anterior con el objetivo de convocar no sólo a quienes usan los dispositivos de salud comunales, sino que también a aquellas personas que no utilizan los servicios en la actualidad.

Para realizar la convocatoria, es conveniente apoyarse en los líderes o lideresas de la comunidad y utilizar los medios de comunicación más concurridos por las vecinas/os. Este proceso requiere especial consideración con aquellos grupos de la sociedad que habitualmente no participan en este tipo de actividades, lo que implica planificar estrategias de convocatoria específicas, junto con la adecuación de los horarios y lugares que permitan que aquellos grupos históricamente socialmente marginados tengan mayores posibilidades de integrarse en este proceso.

En cuanto a la logística para la ejecución del encuentro, se deben considerar espacios suficientes y que permitan interacción de 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.

Algunos 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
- ✓ Comunidades educativas (jardines, colegios)
- ✓ Organizaciones de fomento productivo
- ✓ Organizaciones juveniles
- ✓ Instituciones religiosas
- ✓ Organizaciones no gubernamentales

La convocatoria a los diálogos ciudadanos incluirá una invitación formato papel y una minuta de posicionamiento (folleto u otro) que sintetice los fines y alcances del diálogo ciudadano, la que deberá incluir un descriptor de Universalización en Atención Primaria de Salud (Anexo 4. Formato de invitación a diálogos ciudadanos).

b. Primer encuentro: identificación de problemas y propuestas de solución

- ***Presentación de la encuesta***

El equipo motor será el encargado de proponer una estrategia para socializar los resultados de la encuesta de experiencia usuaria en el primer encuentro de diálogo ciudadano. Es fundamental que la entrega de resultados sea al inicio del primer encuentro en el formato de plenaria, de manera tal que sirva como un marco de referencia de la conversación y que, al mismo tiempo, permita ser un estímulo para iniciar la discusión en torno a la experiencia usuaria. Deben utilizar medios audiovisuales para la presentación de los resultados (presentación PowerPoint, por ejemplo) y de

manera sintética, que permita que los asistentes tengan en consideración las opiniones de quienes usan el sistema y respondieron la encuesta.

- ***Discusión de experiencia usuaria en atención primaria de salud***

Para fomentar que los participantes puedan opinar en la discusión, esta se realizará en formato de grupos (8 a 10 personas). En este espacio se busca lograr identificar algunos de los problemas que determinan la experiencia de las personas en la atención primaria y, al mismo tiempo, se propongan soluciones que las aborden, priorizando aquellas que tienen una mayor significancia para la comunidad y cuya estrategia de solución sea factible de implementar en la comuna.

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 (Anexo 5. Matriz de problemas: experiencia usuaria en APS). La herramienta que se utilice para sistematizar la discusión de cada grupo deberá cumplir con la característica de optimizar la recolección de la información que será el material a utilizar para el segundo encuentro del diálogo ciudadano.

Respecto a la matriz de trabajo para la priorización de problemas e iniciativas de solución, esta contempla desarrolla lo siguiente: a) Problema, b) Jerarquización, c) Horizonte solución, d) Proyectos/Estrategias/Iniciativas de solución y, e) Actores institucionales vinculados.

c. **Sistematización del primer encuentro y preparación del encuentro de priorización**

Una vez concluido el primer encuentro del primer diálogo ciudadano, se realizará la sistematización sobre la cual se les proveerá a las comunas una matriz (Anexo 6. Matriz para la sistematización de proyectos, diálogos ciudadanos) que contendrá la clasificación para desarrollar los nombres de las estrategias y/o proyectos que respondan a los problemas que sean identificados en el primer diálogo ciudadano. Las iniciativas agrupadas en proyectos y/o estrategias que resulten como respuesta a los problemas, deberán ser revisadas por el equipo motor, siendo el objetivo de este análisis, evaluar la factibilidad financiera, social y económica de las propuestas.

Una vez que el equipo motor desarrolle los proyectos o estrategias que serán presentados a la comunidad, se deberá planificar el segundo encuentro en términos de logística siendo uno de los aspectos relevantes, la convocatoria de los participantes. Respecto a lo último, se deben convocar a las mismas personas y/u organizaciones y funcionarios/as que asistieron al primer encuentro del diálogo ciudadano. El esencial que el equipo motor mantenga el documento verificador de participación disponible y que planifiquen acciones de confirmación de asistencia y adecuación de medios de convocatoria para lograr que al menos, el 90% de quienes participaron en la identificación de los problemas e iniciativas de mejora, asistan al encuentro en que se realice la priorización de proyectos.

Para la planificación del segundo encuentro del diálogo ciudadano se debe considerar que su realización debe ser en un plazo no superior a los tres meses desde la ejecución del primer encuentro de diálogo ciudadano.

d. Segundo encuentro: priorización ciudadana

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***

La metodología de este segundo encuentro consiste en una exposición simultánea de los proyectos que fueron desarrollados por el equipo motor, a propósito de la sistematización del primer encuentro del diálogo ciudadano, incluyendo el título, objetivos y descripción de estos. Para la organización de cada estación o módulo y su respectivo proyecto, se debe preparar el material de apoyo para exponer de forma clara el proyecto, lo que puede ser a través de papelógrafos o en formato póster.

El objetivo es que los participantes puedan comprender lo propuesto e informarse de la mejor manera posible. El equipo motor coordinará a las/os funcionarias/os de la dirección o establecimientos de salud de la comuna que presentarán los proyectos (previamente designados) de manera que las y los participantes puedan recorrer las estaciones de proyectos y comprender en qué consiste cada uno de ellos.

Ejemplo de la información que se debe incluir en la presentación de un 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***

Una vez presentados y expuestos los proyectos a la comunidad, se procederá a realizar una votación para determinar la priorización de los proyectos que se incluirán en el plan de mejora de experiencia usuaria de la comuna. La votación considera que cada participante escoja un proyecto para que sea priorizado, y a modo de resguardar la privacidad de la elección de cada persona, esta se llevará a cabo con urna. Luego de ser emitidos los votos, se procederá al escrutinio a viva voz conociendo de forma inmediata los proyectos que serán priorizados.

Como conclusión de este proceso y una vez conocidos los resultados de la priorización, cada comuna pionera deberá desarrollar y socializar un plan de mejora de la experiencia usuaria que considere los proyectos que emergieron como respuesta a las problemáticas identificadas por la comunidad. Junto con esto, se sugiere la realización de un plan de difusión que permita evidenciar las estrategias del plan de mejora de la experiencia fortaleciendo la información y el feedback por parte de la comunidad.

3.2 Cartografía de activos comunitarios para la salud

Activo comunitario es cualquier recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud. El propósito central de los activos comunitarios dice relación con que las personas, familias y comunidades controlen y mejoren su salud buscando focalizar los procesos de salud desde un enfoque biopsicosocial, sustentándose en las oportunidades para conservar la salud y/o mejorar los procesos de salud identificando los elementos que potencien las capacidades de los individuos, comunidades y poblaciones.

La cartografía social, mapa social o sociograma es una metodología participativa que permite realizar una aproximación sobre un determinado territorio consolidando un sentido de pertenencia a partir de representaciones gráficas de la realidad existente en la comunidad⁶¹. Se entiende el territorio como un espacio vivo, con sentido de vida y en constante cambio.

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 territorio⁶².

Las comunas pioneras de la Atención Primaria Universal deben trabajar en la identificación, mapeo y presentación de los activos que están presentes en la comunidad

Elementos distintivos de la cartografía social

- a. 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.
- b. 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.
- c. Genera redes locales.

⁶¹ (Betancurth, Vélez, & Sánchez, 2020)

⁶² (Salerno, Malleville, Sala, & Fonseca, 2020)

- d. Incentiva iniciativas comunitarias.
- e. Esclarece y jerarquiza los problemas de salud de los territorios para su abordaje.
- f. Evidencia problemas de salud medioambiental.
- g. Potencia el trabajo intersectorial, coordinando acciones conjuntas para el bienestar y calidad de vida de las comunidades.
- h. Amplía el concepto de salud más allá de la enfermedad considerando aquellos recursos que ya disponen las comunidades para el empoderamiento de su salud
- i. 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.

Metodología del mapeo de activos comunitarios

- ***Etapas de preparación y formación del equipo promotor***

El proceso de preparación para la elaboración de la cartografía de activos comunitarios deberá considerar la conformación del equipo motor. En este primer momento, se espera que el equipo de participación/promoción del CESFAM pueda liderar la fuerza tarea incorporando idealmente a otros sectores profesionales (funcionarios/as SECPLA, DIDECO) y de la ciudadanía. El propósito es cumplir con la planificación, ejecución y sistematización de la experiencia.

Las principales tareas de este equipo son:

1. Búsqueda de procesos comunitarios que ya existen en el barrio, para poder desarrollar sinergias y así no duplicar esfuerzos.
2. 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.
3. Realizar la convocatoria para la realización del mapeo. Se espera que sea lo más amplia posible incorporar a los sectores históricamente marginados y con dificultades de acceso. Se espera que se realice una convocatoria amplia a la comunidad de manera atractiva y que incorpore el concepto de co-construcción de salud territorial. Es importante convocar a actores claves comunitarios tales como:
 - Personas históricas del territorio: aquellas personas que fundaron algún asentamiento humano o que pertenecen a alguna tradición familiar ligada al territorio.
 - Directivas de juntas de vecinos

- Clubes de personas mayores
- Clubes de deportes
- Agrupaciones de pacientes o cuidadores
- Dueños de negocios de barrio
- Instituciones educativas del territorio

- ***Mapeo directo de activos comunitarios***

En el momento de convocatoria a la comunidad y agentes comunitarios claves se espera poder trabajar con ellos un concepto de salud amplio.

Es necesario previo a construir el mapa, trabajar con ellos el concepto de “activos comunitarios”. Es relevante en términos introductorios, conversar sobre la importancia de la salud territorial, salud comunitaria y de la construcción social de la salud⁶³. Una vez comprendido el concepto, se debe disponer de distintos elementos para cartografiar el mapa. La simbología puede ser consensuada con los presentes. Una vez consensuada, se espera que los asistentes puedan hacer el ejercicio de identificar distintos activos y localizarlos en el mapa. Dependiendo del número de asistentes, puede realizarse un trabajo en grupos pequeños (6-10 personas) donde discutan los activos que quieran graficar, y en una sesión plenaria puedan localizarse y explicar la importancia de ellos. (Anexo 7. Instructivo mapeo directo activos comunitarios.)

En la fase final, una vez mapeados los activos comunitarios, es deseable conectar esos activos con acciones que permitan identificar por qué ese activo puede potenciar, mejorar, mantener o favorecer la salud y el bienestar.

- ***Reconocimiento de activos***

Posterior a disponer de la cartografía de activos comunitarios, se invita a los participantes a otra sesión de “reconocimiento de activos comunitarios”. La técnica se conoce como el “paseo de Jane” en honor a las ideas de la urbanista Jane Jacobs, que consistía en paseos por el barrio dirigidos por agentes de la comunidad, donde se van reconociendo los activos previamente mapeados⁶⁴. Durante el reconocimiento es necesario dejar registro fotográficos y videos que puedan registrar las reflexiones de los asistentes.

- ***Sistematización de la experiencia y prescripción social/recomendación comunitaria***

Por último, el equipo motor debe sistematizar toda la experiencia realizada, incluyendo documentación de fotos, videos y reflexiones realizadas por los participantes en todo el proceso. Si bien el mapa con los activos georreferenciados es un producto importante, todo el proceso de elaboración y reflexión es igualmente importante como proceso de construcción social de la salud.

⁶³ (García, 2019)

⁶⁴ (Mortueruel, Bacigalupe, González-Rábago, Martín,, & Font, 2019)

Es muy relevante poder disponer del mapa de activos elaborado en todos los centros de salud como también en lugares públicos comunitarios.

Dicha experiencia es relevante que sea compartida con toda la fuerza laboral de salud de la comuna, pues el mapa es un insumo muy valioso para la prescripción social 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 comunidades⁶⁵.

Por último y, como producto final, se espera contar con un mapa con los activos comunitarios localizados junto a un documento de síntesis que cuente con material gráfico, que pueda resumir la experiencia y relevar los procesos reflexivos que llevaron a la obtención del mapa. Los procesos de difusión de la información son fundamentales.

⁶⁵ (Ahmed, Burt, & Roland, 2014) (Faim, Sutton, & Fhimss, 2014)

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 en su primer año. Estos pretenden dar cuenta de la realización de las actividades descritas en el capítulo anterior. 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 8. Pautas de evaluación estrategias de la APS Universal para las comunas pioneras). 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.

4.1 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 5. Indicadores del programa de Universalización de la Atención Primaria (PRAPS).

Componente	Actividad	Indicador
Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria	Inscripción universal	Nuevos inscritos en los establecimientos de atención primaria
	Utilización de los servicios	Tasa de contacto con servicios de APS
	Ampliación de Extensión Horaria	Continuidad de la atención
	Optimización de los procesos administrativos	Acuerdo administrativo
Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales	Atenciones extramuro	Atenciones extramurales
	Sistema de gestión remota de la demanda	Implementación de sistema de gestión remota de la demanda
	Fortalecimiento de la estrategia ECICEP	Ingreso de población con estratificación de riesgo alto (G3)
	Gestión de la experiencia usuaria	Plan de gestión de la experiencia usuaria
Estrategias de participación	Diálogos ciudadanos	Sistematización de los diálogos ciudadanos
	Cartografía de activos comunitarios	Sistematización cartografía de recursos comunitarios

4.2 Medios y fuentes de verificación

Indicador	Fórmula de Cálculo	Medio de verificación	Reporta la información
Nuevos inscritos en los establecimientos de atención primaria	Numerador: Nuevos inscritos beneficiarios de FONASA, ISAPRES, Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad y Orden y de otros seguros	Plataforma de reporte de nuevos inscritos (FONASA)	Auto monitoreo
	Denominador: Población potencial de la APS Universal	Población informada por el Ministerio de Salud	Ministerio de Salud envía por correo electrónico al iniciar la implementación
Cobertura de contacto con servicios de APS	Numerador: Número de personas inscritas que reciben prestaciones del Plan de Salud Familiar	Reporte Agenda Ambulatorio APS COMGES 15.3 provisto por proveedores de registro clínico electrónico	Ministerio de Salud envía por correo electrónico de forma trimestral
	Denominador: Población inscrita validada	Población inscrita validada de FONASA	Ministerio de Salud envía por correo electrónico al iniciar la implementación
Continuidad de la atención	Numerador: Pautas de supervisión de continuidad de la atención que cumplen	Reporte del Servicio de Salud	Servicio de Salud envía pautas de forma trimestral
	Denominador: Pautas de supervisión de continuidad de la atención aplicadas	Reporte del Servicio de Salud	Servicio de Salud envía pautas de forma trimestral
Acuerdo administrativo	Acuerdo administrativo firmado por todos los actores	Documento del acuerdo administrativo enviado	Ministerio de Salud envía visación de la subsecretaría de redes asistenciales por correo electrónico

Atenciones extramurales	Numerador: Número de atenciones extramuro realizadas		Reporte REM
	Denominador: Número de atenciones extramuro programadas		
Implementación de sistema de gestión remota de la demanda	Numerador: número de personas que ingresan solicitudes por la plataforma de remota de la demanda	Reporte de la plataforma de gestión	Comuna envía información al Servicio de Salud
	Denominador: Población inscrita validada	Población inscrita validada de FONASA	Ministerio de Salud envía por correo electrónico al iniciar la implementación
Ingreso de población con estratificación de riesgo alto (G3)	Numerador: Personas con riesgo alto (G3) ingresadas a ECICEP	REM A05, sección V	Reporte REM
	Denominador: Total de personas con riesgo alto (G3) inscritas en el establecimiento	Reporte de estratificación del sistema de registro	Proveedores de registro clínico electrónico
Desarrollo del plan de gestión de la experiencia usuaria	Plan de gestión de la experiencia usuaria validado y presentado a la comunidad	Informe emitido por la comuna	Servicio de salud envía informe al Ministerio de Salud
Sistematización de los diálogos ciudadanos			
Sistematización cartografía de recursos comunitarios	Presentación del proceso de identificación y mapeo de activos comunitarios	Informe emitido por la comuna	Servicio de salud envía informe al Ministerio de Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report*.

Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring patient experience: concepts and methods. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 235-241.

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. (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios hacia 2030*. 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.
- 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*.
- 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., 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 las comunas pioneras



Diagnóstico cualitativo de la gestión administrativa

Comunas pioneras de la APS universal

Presupuesto	
Línea presupuestaria de APS	
Presupuesto total APS año 2022	
Aporte Municipal para salud año 2022	
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			
Parvularia			
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										
Tipo Vehículo Ambulancia/furgón /camioneta/otro	Patente	Marca	Modelo	Año de Compra	Años Vida Útil Residual	Cuenta con Seguro (SI/NO)	Costo Anual Mant. Y Reparaciones (\$)	Uso/destino del vehículo	Estado (Bueno / Regular / Malo)	Vehículo Asignado al Establecimiento DSM / CESFAM / CECOSF / PSR

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 Difícil	
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. Acuerdo administrativo.



ACUERDO ADMINISTRATIVO ENTRE SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD, SERVICIO DE SALUD _____ Y LA I. MUNICIPALIDAD DE _____

PRIMERA: Antecedentes

Considerando:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 (Resolución Exenta N° 112 de 09 de febrero de 2023, del Ministerio de Salud).
- 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 (Resolución Exenta N° 112 de 09 de febrero de 2023, del Ministerio 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 que presentan brecha en la comuna, 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

- 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.
- 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.

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 abril/mayo 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	- Adquisición de pintura (cálculo de galones para cubrir pintura en mal estado) - Disposición de personal para el proceso de pintura	-CESFAM pintado en su interior	-Fotografías antes y después -Link a nota en redes sociales

	- Acceso universal en mal estado	- Desarrollo de jornadas de pintura para el CESFAM (implica relocalización de mobiliario, tiempo de secado, etc.)		
Equipamiento				
Mantenimiento Vehículos y 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	- Compromiso a nivel alcaldicio de resguardo del presupuesto municipal destinado a salud	- Que el municipio logre transferir al menos el 100% de los recursos	- Comprobante de transferencia efectuada en plataforma de

	como aporte municipal a salud	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de transferencias periódicas para salud municipal - Ejecución de las transferencias periódicas para salud municipal 	que ha comprometido a salud municipal al inicio del año	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				

QUINTA: Monitoreo y seguimiento

El monitoreo y seguimiento de los compromisos adquiridos se realizará por períodos trimestrales a contar de la fecha en que se suscribe este acuerdo. Este estará a cargo de los Departamentos de Atención Primaria de los Servicios de Salud involucrados y de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

DIRECTOR/A

SERVICIO DE SALUD _____

SR/A. ALCALDE(SA)

I. MUNICIPALIDAD DE _____

ANEXO. DETALLES 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 director/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 director/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)

Anexo 3. Encuesta de experiencia usuaria en Atención Primaria de Salud



Encuesta de Experiencia Usuaria en Atención Primaria de Salud

Comunas pioneras de la universalización de la APS

I. Caracterización general de la atención

a) Nombre de funcionario que aplica la encuesta:

b) Sexo:

- 1) Femenino
- 2) Masculino
- 3) No binario
- 4) Prefiero no indicar
- 5) Otro

c) Unidad en la que se atendió:

- 1) Procedimientos/Toma de muestra/Curaciones
- 2) Vacunatorio
- 3) Farmacia
- 4) Bodega de Alimentos (PNAC-PACAM)
- 5) Sala RBC
- 6) Atención en BOX
- 7) SOME
- 8) Otra:

d) Clínico Administrativo con el que se atendió (profesional, técnico o clínico)

- 1) Administrativo/a
- 2) Educador/a de párvulos
- 3) Enfermero/a
- 4) Kinesiólogo/a
- 5) Matrón/a
- 6) Médico
- 7) Nutricionista
- 8) Psicólogo/a
- 9) TENS, paramédico o auxiliar de enfermería
- 10) Trabajador Social
- 11) Odontólogo/a

12) Otro:

II. Valoración de la Experiencia 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.

- 1) ¿Con qué nota calificaría usted el sistema de solicitud de hora de atención que acaba de utilizar en el establecimiento de salud?
- 2) ¿Con qué nota calificaría el tiempo de espera entre la solicitud de la atención y la hora otorgada?
- 3) ¿Con qué nota calificaría la información y señalética del establecimiento de salud para llegar al lugar de atención que le corresponde?
- 4) ¿Con qué nota calificaría la limpieza de este establecimiento de salud?
- 5) ¿Con qué nota calificaría la amabilidad y cortesía del personal del SOME/ventanilla que lo/a atendió?
- 6) ¿Con qué nota calificaría el tiempo de espera para recibir su atención?
- 7) ¿Con qué nota calificaría usted el trato que recibió del profesional que le atendió?
- 8) ¿Con qué nota calificaría la información recibida previo a la atención (preparación para la consulta, por ejemplo, qué exámenes presentar)?
- 9) ¿Con qué nota calificaría la información recibida durante su atención?
- 10) ¿Con qué nota calificaría la disposición del personal para poder ayudarle a resolver sus dudas?
- 11) ¿Considera usted que la organización del establecimiento de salud facilitó su acceso a la atención? (si/no)
- 12) ¿Recomendaría la atención en el establecimiento de salud a un amigo o familiar? (si/no)

Anexo 4. Formato de invitación a diálogos ciudadanos



APS Universal
El Corazón de la Reforma

Logo
Comuna

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 2023

Anexo 5. 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	Jerarquización (1 a 5)	Horizonte de solución (corto, mediano, largo plazo)	Proyectos, estrategias o iniciativas de solución	Actores institucionales vinculados

Anexo 6. 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 7. 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 8. Pautas de evaluación estrategias de la APS Universal para las comunas pioneras



Pauta de revisión de implementación

TEMA: Inscripción universal

Comuna	
Fecha de aplicación	
Nombre y cargo del responsable de entregar la información	
Nombre y cargo de quien aplica la pauta	

Objetivo. Evaluar las estrategias de inscripción universal implementadas y la planificación de recursos para responder a las necesidades derivadas de la nueva población a atender.

A. Inscripción Universal

Actividad	Cumplimiento (si/no)	Observaciones
¿Conoce la población potencial (meta a inscribir por la universalización) a inscribir en la comuna?		
¿Conoce la estructura de la población potencial (sexo, grupo etario y previsión)?		
¿Ha programado actividades de inscripción fuera del establecimiento?		
En caso de responder SI, indique el número de actividades realizadas y descríbalas brevemente		
¿Qué criterios utiliza para programar actividades de inscripción (solicitud de la comunidad, lugares de alta afluencia, otros)		
¿Realiza acciones de salud en las actividades de inscripción?		
En caso de responder SI, señale qué acciones		

B. Detalle de las actividades realizadas

Lugar de la actividad	Horario de operativo (desde/hasta)	N° de funcionarios que participan	N° de inscritos

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	



Pauta de revisión de implementación

TEMA: Acuerdo administrativo

Comuna	
Fecha de aplicación	
Nombre y cargo del responsable de entregar la información	
Nombre y cargo de quien aplica la pauta	

Objetivo: Revisar el avance y cumplimiento de la elaboración co-construida y posterior suscripción del acuerdo administrativo.

N	Actividad	Cumplimiento (SI/NO)	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)		
	Para la pregunta 3, consigne en observaciones una breve descripción de la brecha		
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>Participación</i>		
4	¿El proceso de identificación, evaluación y propuestas de subsanación de brechas de las dimensiones del acuerdo administrativo ha sido co-construido?		
5	Si la pregunta anterior es SI, indique: ¿Con quienes ha co-construido 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>		

Compromisos de avance	

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	



Pauta de revisión de implementación

TEMA: 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: _____

Antes de aplicar la pauta, el Servicio de Salud debe enviar un reporte de los resultados de las visitas de supervisión de continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos de los últimos 12 meses.

CONTINUIDAD DE ATENCION (extensión o apertura)

PRESTACIONES	PROGRAMACION			DISPONIBLE		
	Programado		Nº cupos programados	SI	NO	Nº cupos según agenda
	SI	NO				
Consulta Morbilidad médica*						
Controles de personas con condiciones o patologías Crónicas	Cardiovascular					
	Respiratorio					
	Otros					
Controles de Salud						
Examen de salud preventivos						
Control ginecológico preventivo						
Procedimientos						
Exámenes						
Odontología *						
Salud Mental						
Farmacia (Si / No) *						
PNAC (Si / No)						
Otros						

*Obligatorios.

RECURSOS HUMANOS EN CONTINUIDAD DE ATENCIÓN (extensión o apertura)

(MARQUE SI O NO)

RRHH	SI	NO
Medico*		
Odontólogo*		
Matrona		
Enfermera		
Nutricionista		
Kinesiólogo		
Psicólogo		

Terapeuta ocupacional		
Asistente social		
Técnico paramédico o TENS *		
Educadora de párvulos		
Otro profesional		

*Obligatorios

EL CENTRO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO (extensión o apertura)⁶⁶
(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)		

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	

PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	

⁶⁶ Se entenderá por "funcionamiento" aquellos centros que al momento de la visita otorgan al menos el 90% de las prestaciones programadas

EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES⁶⁷

Problema de Salud	Fármacos	Unidad	Programación Mensual	Disponibilidad esperada (15% de la programación mensual)	Disponible	
					SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	LOSARTAN*	COMPRIMIDO 50 MG				
	AMLODIPINO*	COMPRIMIDOS 10 MG				
DEPRESIÓN	CLONAZEPAM*	COMPRIMIDO 2 MG				
	VENLAFAXINA*	COMPRIMIDOS 75 MG O 75 MG XR				
DISLIPIDEMIA	ESTATINAS*	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 125MCG/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				

EL CENTRO CUENTA CON 100% DE DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS TRAZADORES⁶⁸
(MARQUE SI/NO)

SI	NO

⁶⁷ Se deberá dejar copia en el establecimiento firmada por ambas partes involucradas en la visita

⁶⁸ 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.

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.



Pauta de revisión de implementación

TEMA: Ejecución presupuestaria y planificación de recursos

Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha de aplicación	
Nombre y cargo del responsable de entregar la información	
Nombre y cargo de quien aplica la pauta	

Objetivo: Revisar el cumplimiento de los procesos administrativos asociados al financiamiento de la APS Universal y a la planificación de los recursos.

Actividad	Cumplimiento (si/no)	Observaciones
¿Tiene copia de la resolución emitida por el Ministerio de Salud que aprueba el Programa?		
¿Tiene copia de la resolución emitida por el Ministerio de Salud que aprueba la distribución de recursos?		
¿Mantiene copia del convenio firmado por la Municipalidad?		
¿Subió el convenio a la plataforma de la División de Presupuestos del Ministerio de Salud? *Responde Servicio de Salud		
Si ya recibió la transferencia de recursos, ¿ha rendido mensualmente los gastos en la plataforma SISTEC?		
¿Realizó la planificación anual de gastos asociados al programa?		
Según la planificación y ejecución del gasto, ¿ejecutará el 100% del presupuesto asignado?		
En caso de que su respuesta sea NO, indique las razones y el plan de abordaje.		
Señale el porcentaje de ejecución del presupuesto a la fecha		
Señale qué equipo está a cargo de revisar la pertinencia técnica de los gastos		

¿Estimaron la demanda potencial de actividades para la población nueva a inscribir, y los recursos que necesita para responder a esa demanda?		
Para la contratación de recurso humano, ¿consideró la demanda potencial de la nueva población?		
¿Planificó proceso de reprogramación durante el año? ¿Con qué periodicidad?		

Listado de nuevos contratos asociados a los recursos de APS Universal:

<i>Estamento</i>	<i>Lugar de desempeño (CESFAM/Dirección de Salud/ Otro)</i>	<i>Fecha de Inicio</i>	<i>Jornada equivalente</i>

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	



Pauta de revisión de implementación

TEMA: Atenciones extramurales

Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha de aplicación	
Nombre y cargo del responsable de entregar la información	
Nombre y cargo de quien aplica la pauta	

Objetivo: Establecer el cumplimiento de hitos para la implementación de atenciones extramurales en las comunas pioneras de la universalización de la APS.

Actividad	Cumplimiento (SI/NO)	Observaciones
¿Cuenta con el documento de planificación (Excel u otro) del recurso humano requerido para la realización de atenciones extramurales?		
¿Desarrolló un mapa para evaluar los lugares estratégicos para la atención extramural?		
¿Planificó las atenciones extramurales del año que llevará a cabo (fecha y lugar)?		
¿Elaboró un documento con la propuesta de prestaciones a realizar en el extramuro (cartera de prestaciones)?		
¿Realizó el inventario (listado de útiles, insumos, medicamentos) que requiere para realizar las atenciones extramurales?		
¿Elaboró un protocolo de atenciones extramurales, incluyendo la derivación en caso de screening positivos?		
¿Elaboró una estrategia de difusión comunitaria de atenciones extramurales?		
Si la respuesta anterior es SI, describa brevemente la estrategia		
N° de operativos extramurales realizados	Número de atenciones realizadas	Prestaciones que ha realizado

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	



Pauta de revisión de implementación

TEMA: Estrategia de Cuidado Centrado en las Personas

Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha de aplicación	
Nombre y cargo del responsable de entregar la información	
Nombre y cargo de quien aplica la pauta	

Objetivo: Establecer el grado de cumplimiento respecto a la implementación de la estrategia ECICEP a nivel comunal y por establecimiento de salud.

*Esta pauta corresponde a la incorporada en el “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”.

a. Comunal

Aspecto	Presente/Ausente	Observaciones
Participación de jefes de salud, coordinadores comunales y directores de centros de salud en reuniones de sensibilización para el desarrollo de la ECICEP.		
Gestión eficiente de Convenios MAIS (evitar demoras en revisión y firma del alcalde, pronto envío al Servicio de Salud)		
Se cuenta con coordinador/a comunal para la ECICEP		
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		
Se facilita la salida de profesionales y técnicos a los procesos de capacitación calendarizados desde el SS.		
Se facilitan las condiciones necesarias para la gestión del cambio en las diferentes organizaciones de cada CESFAM.		
Participación del/a referente comunal para la ECICEP en las reuniones de acompañamiento sostenidas con los equipos de salud y las referentes del SS.		
Incorporación de las acciones de la ECICEP en la Programación de Salud comunal.		

Disponibilidad para sostener reuniones con las referentes del SS, para tratar temáticas específicas emergentes en la gestión del cambio.		
Apoyo al desarrollo de nuevas acciones que adecúen la ECICEP en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria.		
Asegurar el correcto y oportuno registro de los CESFAM de la comuna en el REM.		

b. Por establecimiento de salud

Establecimiento de salud	
Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha de aplicación	

FASE DE PRE-IMPLEMENTACIÓN		
Aspecto	Presente/Ausente	Observaciones
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		
Definición de roles al interior del equipo, distinguiendo a líder con quien se establecerá el contacto con el SS		
Construcción de un cronograma de reuniones, en las que participe el/a referente comunal para la ECICEP y el equipo del SS		
Participación del/a director/a del Centro de salud en las reuniones de acompañamiento programadas		
Participación de todo el equipo implementador en las reuniones de acompañamiento programadas		
Asistencia del equipo a proceso de capacitación coordinado desde el SS		
Organización de equipos en cada Sector para la implementación de la ECICEP (duplas y TENS)		
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		
Destinación de horas de QF para apoyo al equipo de la ECICEP		

Actualización y conocimiento de los contactos de la red intersectorial (catastro y directorio)		
Construcción de Protocolo Estrategia		
Reserva de horas administrativas para: - Reuniones de Coordinación. - Revisión de fichas. -Análisis de casos y procesos. -Apoyo de QF		
Elaboración de herramientas locales para el desarrollo de la ECICEP (por ejemplo: tablas de orientación para la revisión de fichas, carné de salud, otros)		
Construcción y/o acuerdo en el formato para el registro clínico (mientras no se cuente con RUI)		
Elaboración de receta única para la entrega de fármacos para patología crónica (si es que no se cuenta con ella)		
Rediseño de agendas que incorpore: - Ingreso Integral. -Control Integral. -Seguimiento a distancia. -Gestión de casos. -Visita Domiciliaria. -Orientación Telefónica por llamada de las personas		
Fijación de las metas para ingreso de personas de alta complejidad, con las cuales se iniciará la ECICEP, en acuerdo con el SS		
Fijación de las metas para ingreso de personas de moderada y baja complejidad a la ECICEP, en acuerdo con el SS		
Fijación de plazos para el inicio de la atención a personas de moderada y baja complejidad, en acuerdo con el SS		
Revisión y socialización del REM al equipo de salud		
Construcción de un relato para dar a conocer e informar sobre la ECICEP, compartido por todo el equipo del CESFAM.		
Presentación y difusión de la ECICEP a todo el equipo del CESFAM		
Presentación y difusión de la ECICEP a la comunidad		
FASE DE IMPLEMENTACIÓN		

Aspecto	Presente/Ausente	Observaciones
Selección de personas de alta complejidad para iniciar la ECICEP.		
Revisión de fichas clínicas de personas seleccionados, en duplas o equipo.		
Llamados telefónicos para invitar a participar en la ECICEP.		
Coordinación y toma de exámenes previos al ingreso, cuando sea requerido.		
Desarrollo de visita domiciliaria cuando sea requerida (fase inicial de revisión de fichas, proceso de intervención).		
Presentación del equipo de trabajo a la persona al ingreso (dupla y TENS).		
Construcción de un plan consensuado para cada persona ingresada.		
Desarrollo de gestión de casos para cada persona de alta complejidad.		
Articulación con otros profesionales del equipo cuando sea necesario.		
Coordinación con el intersector cuando sea necesario.		
Reevaluación y adecuación del plan consensuado cuando sea requerido (situaciones vitales, crisis, eventuales atenciones de urgencia u hospitalización).		
Registro en ficha de llamadas, correos electrónicos, mensajes u otros recibidos y orientación entregada a las personas.		
Inicio del ingreso de personas de moderada y baja complejidad a la ECICEP, en los plazos estipulados.		
Ingreso mensual de información de atención al REM, en base a las orientaciones recibidas.		
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.		

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	



Pauta de revisión de implementación

TEMA: Diálogos ciudadanos

Objetivo: Establecer el cumplimiento de la metodología y contenido de los procesos de Diálogos Ciudadanos de la Universalización de la Atención Primaria.

Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha de aplicación	
Nombre y cargo del responsable de entregar la información	
Nombre y cargo de quien aplica la pauta	

Actividad	Cumplimiento (si/no)	Observaciones
¿Conformaron el equipo motor?		
¿Aplicaron el número de encuestas definido para la comuna?		
¿Sistematizaron las encuestas aplicadas?		
¿Realizaron la planificación del primer encuentro diálogo ciudadano?		
Primer Encuentro		
¿Presentaron los resultados de la encuesta a los asistentes al encuentro?		
¿Discutieron sobre la experiencia usuaria en salud de la comuna?		
¿Fueron sistematizados los resultados de la discusión?		
Indique: <ul style="list-style-type: none"> - Número de asistentes al encuentro - Número de participantes de la comunidad - Número de funcionarios que participaron Adjunte medio de verificación		
Segundo Encuentro		
¿Presentaron los proyectos de mejora de experiencia usuaria?		
¿La comunidad priorizó los proyectos?		

Indique: <ul style="list-style-type: none"> - Número de asistentes al encuentro - Número de participantes de la comunidad - Número de funcionarios que participaron Adjunte medio de verificación		
Conclusión del proceso		
¿Enviaron el plan de mejora de experiencia usuaria al Servicio de Salud?		

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	

PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	



Pauta de revisión de implementación
TEMA: Gestión Remota de la Demanda

Comuna	
Servicio de Salud	
Fecha de aplicación	
Nombre y cargo del responsable de entregar la información	
Nombre y cargo de quien aplica la pauta	

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los hitos para la implementación de gestión remota de la demanda en las comunas pioneras de la APS Universal

1. Preparación para la instalación

TAREAS	Estado cumplimiento SI/NO	Comentarios
¿Cuenta con un referente en el Servicio de Salud?		
¿Designó un referente para la implementación en el establecimiento de salud para conducir el proceso?		
¿El plan de implementación de la estrategia, fue validada por el equipo referente del Servicio de Salud y el equipo a nivel central de MINSAL?		
¿Los integrantes del equipo de telesalud del CESFAM están certificados en curso de autoaprendizaje OPS?		
¿Designó a un encargado de participación y comunicaciones para difusión interna y externa del modelo de gestión remota de la demanda?		
¿Cuenta con estaciones de trabajo para el equipo de gestión remota de la demanda con todo el equipamiento requerido en los lugares definidos?		
¿Elaboró el Protocolo de funcionamiento del servicio de gestión remota de la demanda?		

2. Instalación del modelo

TAREAS	Estado cumplimiento SI/NO	Comentarios
¿Difundió al interior del CESFAM el protocolo de funcionamiento, en particular a los integrantes del equipo a cargo?		
El plan de difusión a la comunidad del modelo de gestión remota de la demanda, ¿fue validado?		
El resultado de las pruebas de funcionamiento del software de la plataforma de gestión remota de la demanda en todas las estaciones de trabajo instaladas, ¿fueron positivas?		
¿Resultado positivo de pruebas del manejo de las plataformas de software telesalud solicitadas a todo el equipo a cargo según perfil asignado?		

3. Apertura a la comunidad usuaria

TAREAS	Estado cumplimiento SI/NO	Comentarios
¿Realizó el registro del proceso de implementación con la identificación de barreras y facilitadores?		
¿Realizó el proceso de evaluación de la implementación del modelo?		
¿Qué otros mecanismos de dación de horas mantienen en el establecimiento?		
Indique: <ul style="list-style-type: none"> - Número de solicitudes ingresadas a la plataforma de gestión remota de la demanda. - Número de solicitudes resueltas - Tiempo promedio de atención - Número de atenciones totales: REM 		

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	