



“Programa de coordinación entre niveles asistenciales para la atención de salud del paciente crónico en la comuna de San Bernardo”

**Actividad Formativa Equivalente (AFE) para optar al grado de
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD (MAS)**

Alumno: Gonzalo Antonio Pacheco Villagra

Profesor Guía: Óscar Arteaga Herrera

Santiago, julio 2021

Tablas de Contenidos

I. INTRODUCCIÓN	5
1. 1. Contexto relevante del lugar de intervención.....	5
2. 2. Evolución y características o atributos importantes de la situación actual.....	9
3. 3. Datos cualitativos y cuantitativos disponibles para caracterizar la situación actual.....	11
4. 4. Revisión de Literatura.....	27
5. 5. El objetivo que busca el desarrollo de la AFE.....	29
II. METODOLOGÍA	30
6. 1. Aplicación de la metodología de MML a la realidad seleccionada:.....	31
7. 2. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados:.....	32
III. ETAPA ANALÍTICA	36
8. 1. Descripción del problema.....	36
a. Identificación de problemas.....	36
b. Selección y justificación de la importancia del problema.....	37
9. 2. Análisis de involucrados.....	38
a. Identificación de involucrados.....	38
b. Matriz de involucrados:.....	41
10. 3. Análisis de problemas.....	46
a. Identificación de problemas principales.....	46
b. Árbol de problema.....	49
11. 4. Análisis de objetivos.....	52
a. Análisis usando árbol de objetivos:.....	52
b. Análisis de viabilidad.....	54
c. Árbol de Objetivo.....	56
12. 5. Análisis de alternativas.....	59
IV. ETAPA DE PLANIFICACIÓN	61
13. 1. Matriz de Marco Lógico.....	61
a. Objetivos por jerarquía.....	61
b. Indicadores.....	63
c. Medios de verificación.....	64
d. Supuestos.....	67
e. Resumen de Matriz de Marco Lógico.....	69
14. 2. Plan de ejecución.....	73
a. Actividades y Cronograma.....	73
b. Presupuesto.....	85
c. Control de calidad de la propuesta.....	86
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
VI. ANEXOS	90

RESUMEN EJECUTIVO

Una de las grandes problemáticas para los sistemas de salud es el grado de fragmentación de sus servicios, lo cual se extiende no solo en Chile, sino que el América Latina y el Caribe según la Organización Panamericana de la Salud. Esta situación trae consigo dificultades en términos de eficiencia de recursos y los niveles de calidad de la entrega del servicio, puntualmente para pacientes crónicos y con multimorbilidades que requieren una serie de atenciones profesionales a lo largo de su vida. Asociado a lo anterior, el envejecimiento de la población y las expectativas de las personas exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud.

En Chile, el Sistema de Salud está basado en la Atención Primaria (APS) como entrada a la red, a través de la cual se hace latente el Modelo de Atención Integral de Salud delimitando la labor de los equipos de salud de la red asistencial, desde la prevención hasta la rehabilitación. Para esto, la Organización Panamericana de la salud (OPS/OMS) considera como principios básicos en un sistema basado en el APS: centrado en las personas, la integralidad de la atención y continuidad del cuidado. Bajo estos principios, se proponen sistemas integrados en salud, que aborden las problemáticas de la fragmentación en los cuidados para dar una respuesta integral a las necesidades a las personas y transitar entre los distintos niveles de atención, sin barreras de acceso. Para esto, se requiere de la capacitación de los equipos y directivos, de instrumentos y de voluntad integradora de la red. Esta estrategia ha sido nominada por el Ministerio de Salud bajo la Estrategia de Redes Integradas en Servicios de Salud basadas en Atención Primaria. Este marco estratégico ha permitido algunos avances, sin embargo, no ha tenido propuestas concretas que permitan un impacto reproducible en otros territorios.

En ese sentido, el protagonista de su estado de salud es el paciente y, en fases más avanzadas, sus cuidadores. Comúnmente la condición crónica va acompañada de otros condicionantes o enfermedades, por lo que la valoración integral es un elemento metodológico clave en la identificación de necesidades y el trabajo de todo el equipo de salud. Finalmente, la continuidad asistencial permite monitorizar de manera permanente al paciente, respondiendo a sus necesidades, problemas o requerimientos y que en los estadios más avanzados incluye la metodología de gestión de casos.

Se propone entonces un programa de coordinación entre niveles asistenciales para la atención de salud del paciente crónico en la comuna de San Bernardo, en la que el APS sea el eje de la atención por sus características y cercanía con la comunidad, con profesionales formados en torno a la cronicidad y su resolución y/o derivación oportuna, considerando para esos casos la intervención médica de especialistas. El objetivo es mantener al paciente en su entorno cercano familiar, con hospitalización domiciliaria, y en caso de ser pertinente, el traslado al hospital en caso de crisis, evitando con esto ingresos y estancias hospitalarias innecesarias, manteniendo a los pacientes en su entorno con sus familias.

I. INTRODUCCIÓN

1. Contexto relevante del lugar de intervención.

La pandemia de coronavirus se considera la mayor crisis global después de la Segunda Guerra Mundial, y los impactos sanitarios derivados de cómo se va a comportar el virus, así como los impactos en la economía, son impredecibles a la fecha (World Bank, 2020).

El mundo no estaba preparado para enfrentar la pandemia, a pesar de haber sufrido epidemias recientes como la del SARS, gripe aviar, influenza H1N1, MERS y Ébola. Nunca en la historia presente se había tenido tanta incertidumbre acerca del futuro cercano, a pesar de los inmensos avances en ciencia y tecnología a nivel mundial (Navarro, 2020).

Esta crisis ha demostrado la fragilidad del ser humano ante lo que puede enviarnos la naturaleza, frente lo cual ha sido imposible hacerle frente con los avances tecnológicos, debiéndose recurrir a conductas ancestrales como la cuarentena para enfrentar la pandemia. En efecto, no se ha contado con tratamiento curativo, sino que solo de apoyo terapéutico y, solo desde febrero de 2021, se ha tenido disponibilidad de la vacuna para la población del país. También queda demostrado que el avance económico no es suficiente para enfrentar los retos a los que se enfrenta la humanidad, y que el cuidado de la salud de las personas y del medio ambiente que las rodea, debe estar por sobre cualquier consideración económica o política.

La pandemia de COVID-19, entonces, está dejando una secuela de miles de muertos, crisis económica y daños psicológicos graves producto del aislamiento social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la pandemia de coronavirus es una emergencia pública internacional, que puede causar síntomas más severos y mayores complicaciones en personas con obesidad y enfermedades relacionadas con ella, y nuestro país no es la excepción, considerando el creciente aumento de la obesidad y el sedentarismo de la población según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Como antecedente, en la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos, observaron que los pacientes que ingresaban a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) eran cada vez más jóvenes, la mayoría de los cuales eran obesos (Kass, 2020). Para estudiar el tema, el

equipo de esta universidad se unió a otros hospitales y analizaron 265 pacientes UCI, mostrando que los jóvenes que ingresaban, en su mayoría presentaban exceso de peso. Este riesgo es muy importante en Estados Unidos por su alta prevalencia de obesidad (40%), a diferencia de lo sucedido en otros países, donde la obesidad es menor como China (6,2%), Italia (20%) y España (24%) (Kass, 2020).

Un estudio publicado en JAMA (Wu, 2020) revisó los primeros 45.000 casos en China y encontró que el 80% eran leves, el 20% restante, eran moderados o severos, y un 2,3% fallecieron. Entre los que fallecieron, la mayoría eran personas de más de 60 años y tenían obesidad, hipertensión o diabetes. Algo similar había sucedido con el Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), que también afectó más a los mayores de 60 años (Wu Z, 2020).

Chile ha tenido una progresión variable en relación con la pandemia. Bajo una concepción centralista, desde Santiago y desde el Ministerio de Salud, en los primeros meses se dictaban indicaciones nacionales para llevar a cabo las medidas para lidiar con el coronavirus, las cuales fallaban al encontrarse con los grados de vulnerabilidad, hacinamiento y trabajo informal en las comunas periféricas.

A medida que ha evolucionado la pandemia, desde diversos sectores se ha seguido buscando insistentemente que la autoridad sanitaria abra espacios de participación a otros/as actores/as como los y las trabajadores/as de la salud, profesores/as organizados y, especialmente, a las organizaciones sociales que tanto han realizado en este periodo de crisis.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), que corresponde a un organismo funcionalmente descentralizado perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud, tiene la facultad de coordinar la red asistencial pública de 11 comunas (Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo, San Miguel, La Cisterna, El Bosque, San Joaquín, La Granja, San Bernardo, Buin, Paine y Calera de Tango), otorgando cobertura a más de un millón de personas.

La red asistencial del SSMS cuenta con establecimientos de diferente complejidad y resolutiveidad, los cuales son:

- 7 Hospitales:
 - Hospital Dr. Exequiel González Cortés / Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau / Hospital El Pino (Autogestionados)
 - Hospital Psiquiátrico El Peral / Hospital San Luis de Buin – Paine / Hospital Lucio Córdova (Mediana Complejidad)
 - Hospital Parroquial de San Bernardo (en convenio)
- 3 Centros de Especialidades
 - Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT Barros Luco)
 - Centro de Diagnóstico de Referencia de Salud (CRS El Pino)
 - Centro Metropolitano de Imagenología Mamaria (CMIM)
- 36 Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- 23 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)
- 3 Servicios de Urgencia Rural (SUR)
- 2 Servicios de Atención Primaria de Urgencia Dental (SAPUDENT)
- 14 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)
- 6 Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- 11 Postas Rurales
- 5 Centros de Salud Mental (COSAM/CESAM)
- 1 Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia- ALIWEN
- 3 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)

Dentro del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), la comuna de San Bernardo cuenta en su red de atención pública de salud con:

- 2 Hospitales:
 - Hospital El Pino
 - Hospital Parroquial (convenio)
- 1 Centro de Especialidades
 - Centro de Diagnóstico de Referencia de Salud (CRS El Pino)
- 6 Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU)

- SAPU Padre Joan Alsina
- SAPU Raúl Branes F
- SAPU Juan Pablo II
- SAPU-Confraternidad SAPU
- SAPU Raúl Cuevas
- SAR Carol Urzúa
- 7 Centros de Salud Familiar
 - CESFAM Confraternidad
 - CESFAM Carol Urzúa
 - CESFAM El Manzano
 - CESFAM Juan Pablo II
 - CESFAM Joan Alsina
 - Consultorio Raúl Cuevas
 - Consultorio Raúl Branes F
- 3 Centros Comunitarios
 - Centro Comunitario de Salud Familiar Rapa Nui
 - Centro Comunitario de Salud Familiar Lo Herrera
 - Centro Comunitario de Salud Familiar Rivera del Maipo
 - Centro Comunitario de Salud Familiar Las Hortensias
- 1 Centro de Salud Mental
 - COSAM San Bernardo

2. Evolución y características o atributos importantes de la situación actual

La atención de salud se ha convertido por necesidades demográficas, epidemiológicas y económicas en un reto para los países. El envejecimiento y la cronicidad suponen grandes desafíos para los sistemas de salud, ya que su estado final, como lo es la dependencia, trae consigo dificultades de acceso (barreras de desplazamiento) y, muchas veces, además vienen acompañadas de dificultades sociales y económicas.

La red de salud pública chilena, en la cual se atiende aproximadamente al 75% de la población, cuenta con atención primaria, secundaria y terciaria con los diversos niveles de resolutivez. En relación con la dotación de camas hospitalarias, Chile posee 2,1 camas por cada mil habitantes, lo cual está alejado de las 4,7 camas por mil habitantes que en promedio tiene la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2019).

Chile es un país que está viviendo un proceso de envejecimiento creciente y acelerado, siendo una problemática de interés por parte de las políticas públicas en los últimos años, proyectando hacia el 2025 más de un 20% de adultos mayores del total de la población (INE, 2017). Asociado a esto, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte, donde las patologías cardiovasculares y los tumores representan, en conjunto, más de la mitad de las causas (DEIS, 2019). Por esta razón, estos problemas de salud han sido priorizados en los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, con metas específicas para cada patología y sus principales factores de riesgo, contribuyendo así al control de estos a través de una detección y tratamiento oportuno, previniendo complicaciones, discapacidad y mortalidad prematura de la población. La organización de la respuesta del sistema sanitario a estos problemas de salud se encuentran plasmados en programas y guías clínicas que establecen estrategias e intervenciones para enfrentarlos.

Cabe destacar que en la Región Metropolitana durante el año 2014 se realizaron un total de 15.868.752 atenciones de salud entre los niveles de atención, de los cuales 6.009.471 se realizaron en la atención primaria y 9.859.281 requirieron atención a nivel hospitalario (especialidades y urgencias). Esto es muy similar a lo ocurrido en el año 2017, con 16.315.537 como total de atenciones, 6.445.116 atenciones en salud primaria y 9.870.421 atenciones realizadas a nivel hospitalario (especialidades y urgencias).

Dentro de las comunas bajo responsabilidad sanitaria del SSMS, San Bernardo es la comuna con mayor población, con 301.313 habitantes según el CENSO del 2017, presentando un crecimiento del 22,11% en comparación al año 2002. En esta población, 26.123 personas son mayores de 65% presentando un crecimiento de 45,1% con respecto al 2002. Según el índice de adultos mayores, la comuna posee 38,14 adultos mayores de 65 años por cada 100 niños menores de 14 años. Estos indicadores nos muestran un claro envejecimiento de la comuna, considerando también que la esperanza de vida ha aumentado en la Región Metropolitana (76 años en hombres y 82 años en mujeres).

Puntualmente en el año 2012, considerando los egresos hospitalarios, hubo 332.012 personas mayores de 65 años a nivel nacional, de los cuales 113.502 egresos pertenecían a la Región Metropolitana, 13.727 al SSMS y 4076 a la comuna de San Bernardo. Para el año 2018 no hubo cambios significativos, siendo 374.898 egresos de personas mayores a 65 años en el país, de los cuales 134.988 pertenecieron a la Región Metropolitana, 86.473 al SSMS y 4.447 a la comuna de San Bernardo.

3. Datos cualitativos y cuantitativos disponibles para caracterizar la situación actual

El SSMS contempla a 1.044.911 personas inscritas en sus establecimientos de APS correspondientes a las comunas de su cobertura. Asociado a los establecimientos hospitalarios del SSMS, en el año 2018 hubo alrededor de 85.000 egresos hospitalarios correspondiente a adultos mayores de 65 años de un total de 442.786 egresos, y con un promedio de 5 días/cama para el total de la población atendida por este servicio. En el año 2017 hubo 430.505 egresos y 5,3 días/cama promedio con 82.994 adultos mayores según el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.

La comuna de San Bernardo presenta una división geográfica para la atención de sus habitantes en Área Poniente y Área Oriente, entre las cuales hay 237.760 inscritos en el año 2020.

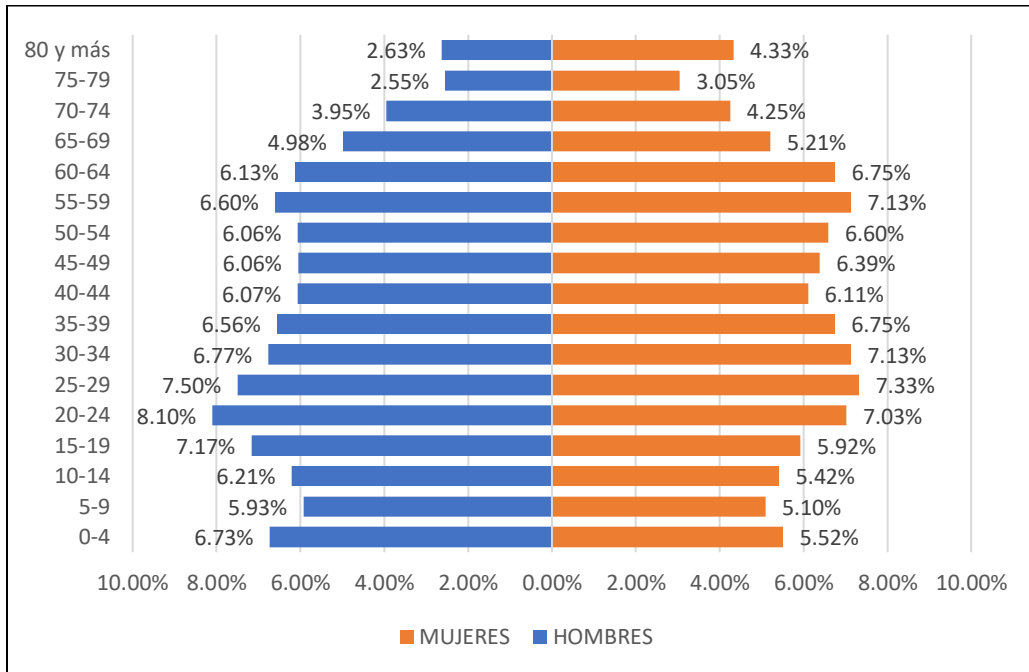
Área Poniente

Esta área corresponde al 53% de la población beneficiaria (124.972 validados inscritos al corte de agosto 2020), la que recibe atención a través de su red de establecimientos:

- CESFAM y SAPU Raúl Cuevas
- CECOSF Lo Herrera
- CESFAM y SAPU Joan Alsina
- CECOF Ribera del Maipo
- Posta La Estancilla
- CESFAM y SAPU Carol Urzúa
- CECOSF Rapa Nui
- Posta Las Acacias
- SAR Carol Urzúa

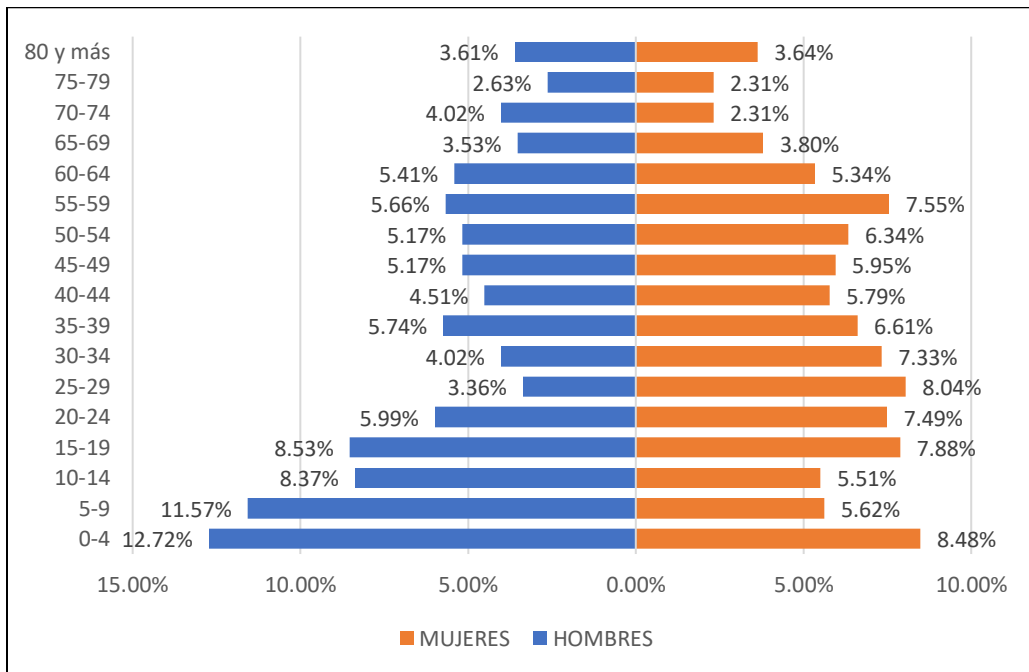
La población envejecida de la comuna de San Bernardo se concentra en los CESFAM Dr. Raúl Cuevas (6.763), Carol Urzúa (5.040) y Padre Joan Alsina (4.194), según la población inscrita a agosto 2020.

Gráfico 1: Población de CESFAM Raúl Cuevas



Fuente: Elaboración propia con base de datos REM Octubre/2020.

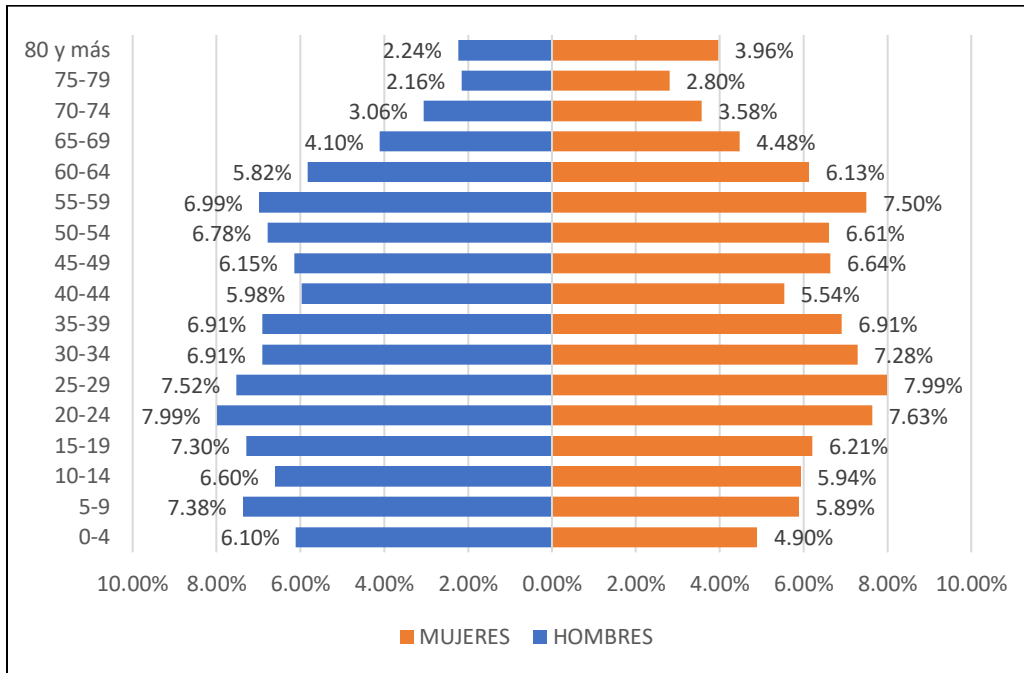
Gráfico 2: Población de CECOSF Lo Herrera



Fuente: Elaboración propia con base de datos REM Octubre/2020.

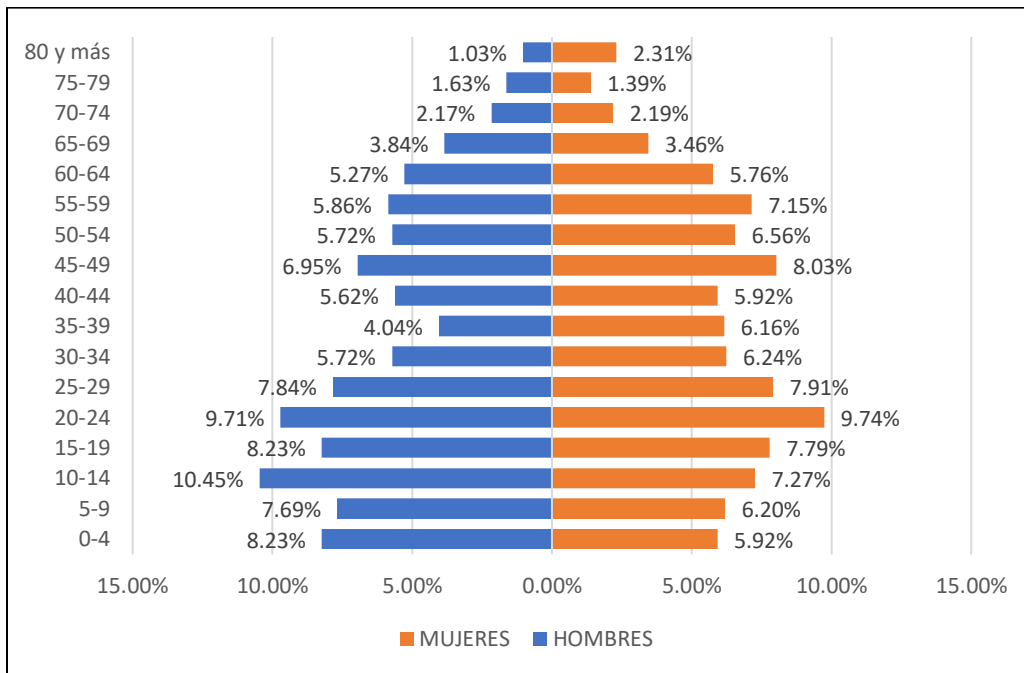
En el CESFAM Dr. Raúl Cuevas el 75,4% de la población tiene más de 20 años y es el centro que tiene el número más alto de adultos mayores (6.763 con un 14,9% del total).

Gráfico 3: Población de CESFAM Carol Urzúa



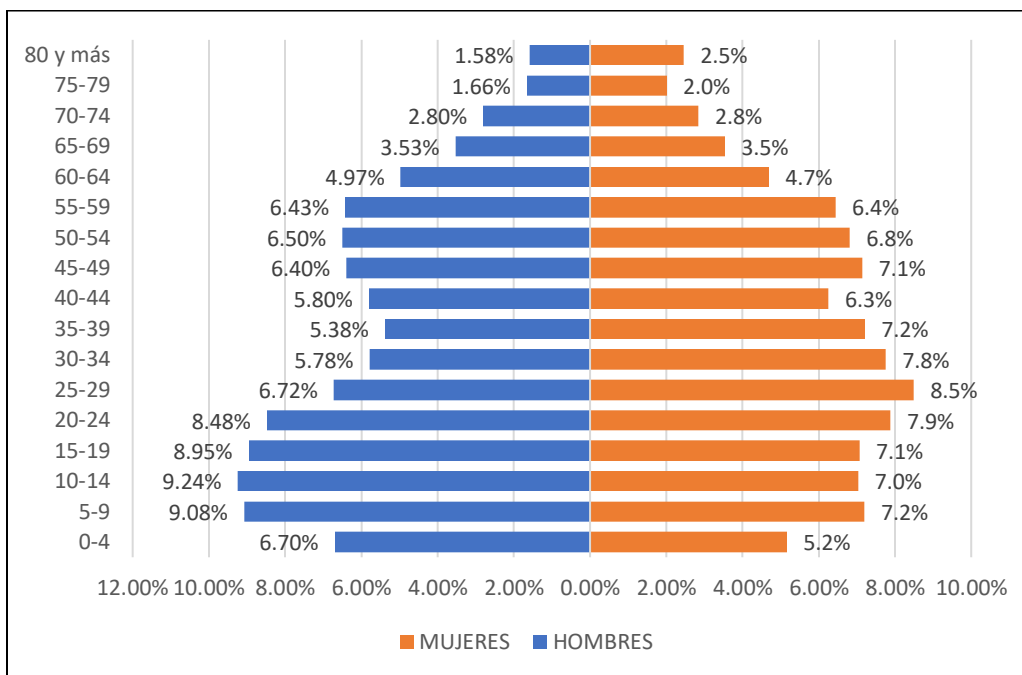
Fuente: Elaboración propia con base de datos REM Octubre/2020.

Gráfico 4: Población de CECOSF Rapa Nui



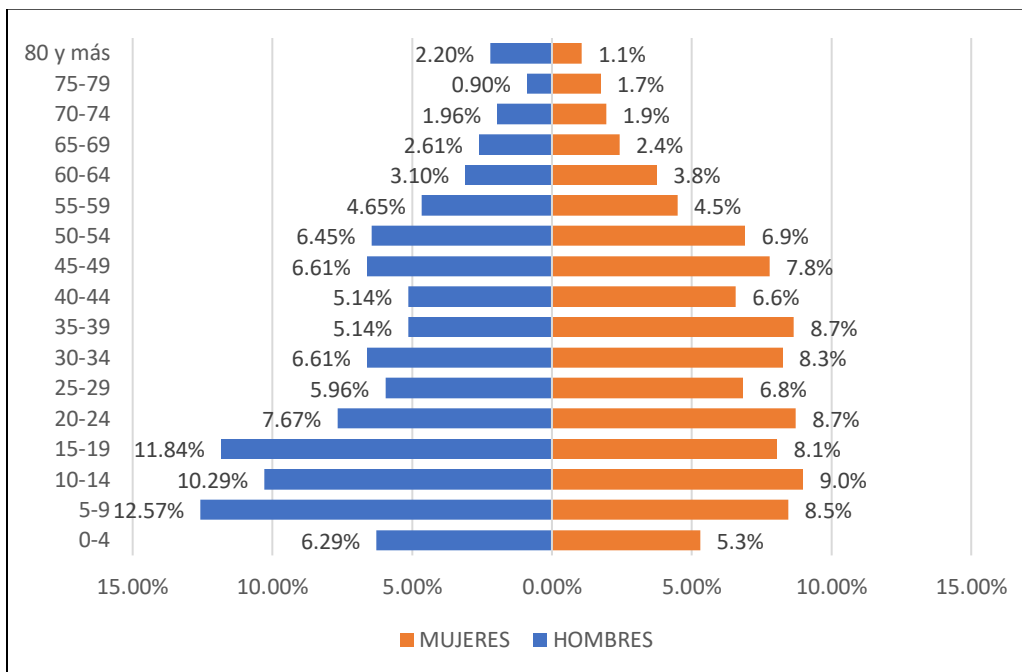
Fuente: Elaboración propia con base de datos REM Octubre/2020.

Gráfico 5: Población de CESFAM Joan Alsina



Fuente: Elaboración propia con base de datos REM Octubre/2020.

Gráfico 6: Población de CECOSF Ribera del Maipo



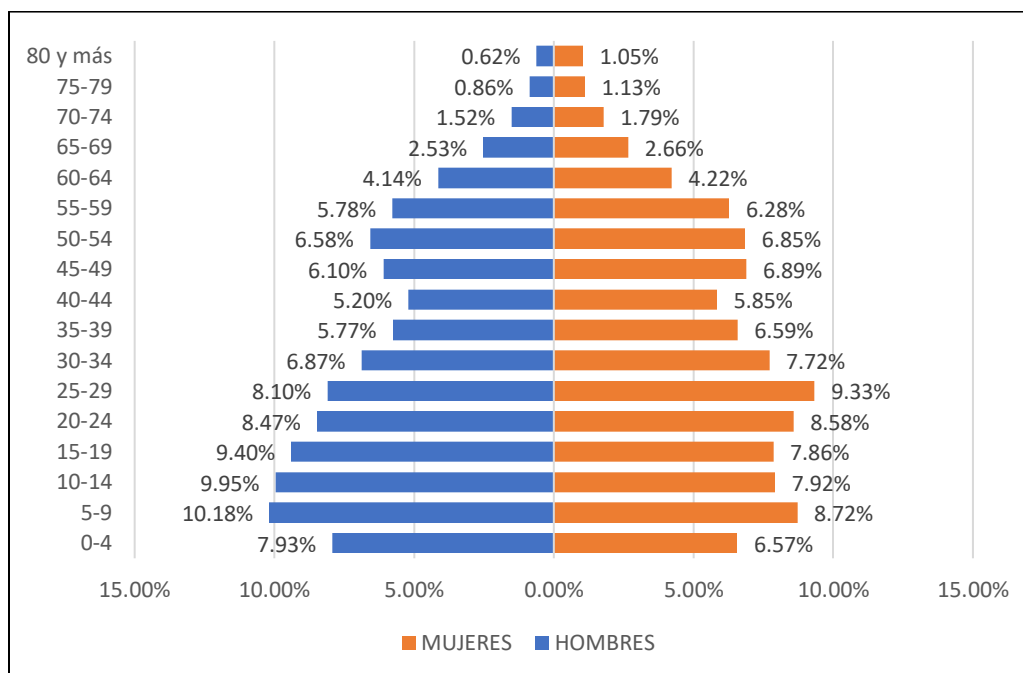
Fuente: Elaboración propia con base de datos REM Octubre/2020.

Área Oriente

Esta área corresponde al 47% de la población beneficiaria (112.788 validados inscritos), la que recibe atención a través de su red de establecimientos:

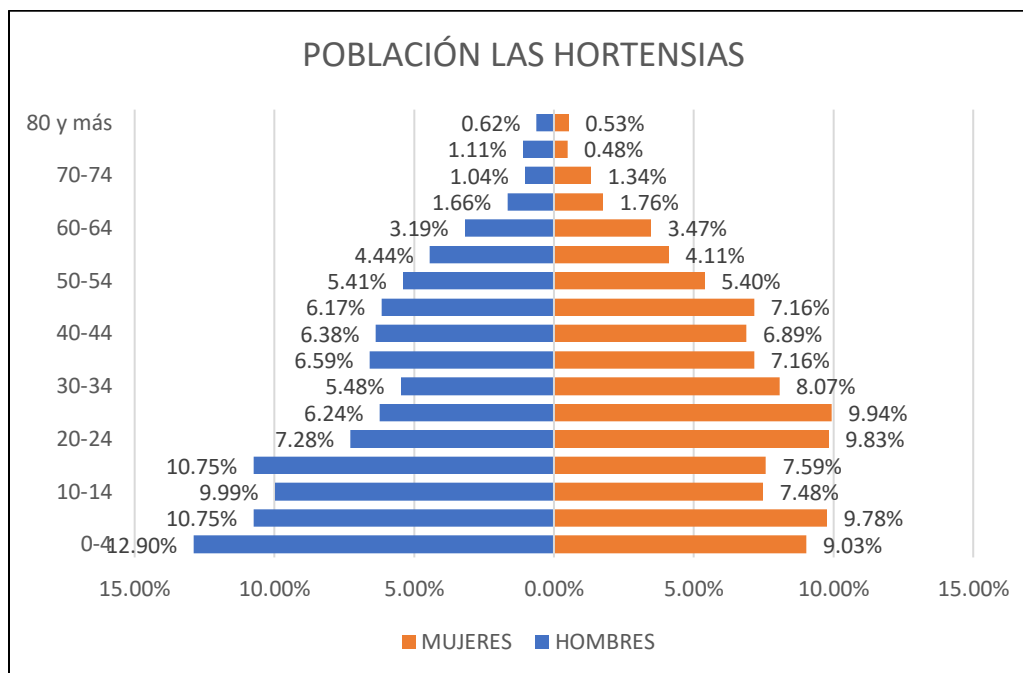
- CESFAM y SAPU Raúl Brañes
- CECOF Las Hortensias
- CESFAM y SAPU Juan Pablo II
- CESFAM y SAPU Confraternidad
- CESFAM El Manzano

Gráfico 7: Población de CESFAM Raúl Brañes



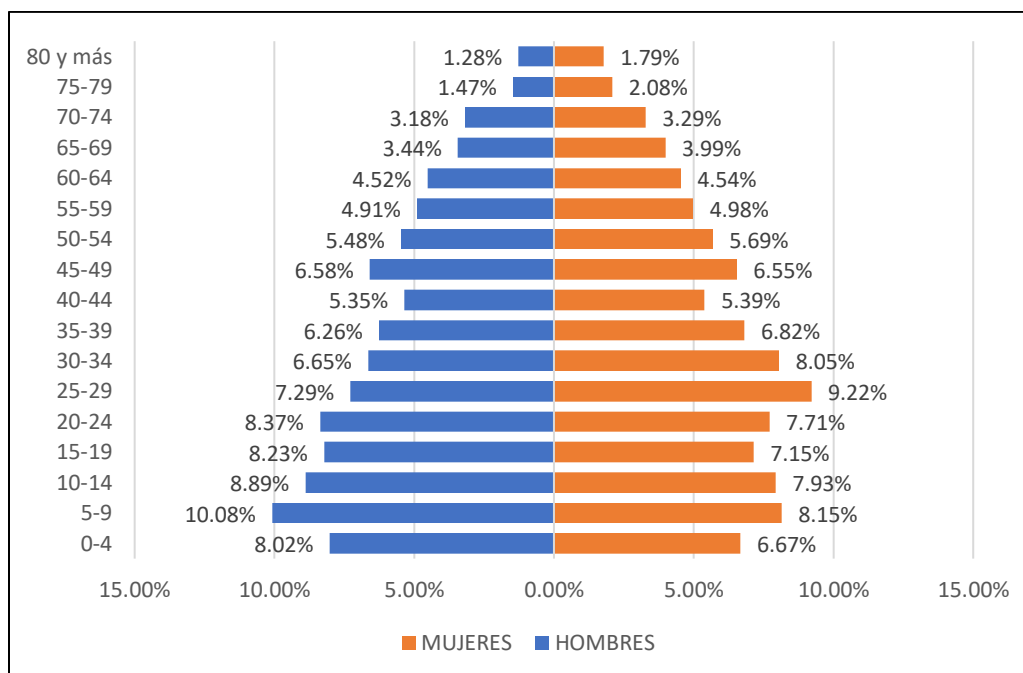
Fuente: Elaboración propia con base de datos del REM Octubre/2020.

Gráfico 8: Población de CECOSF Las Hortensias



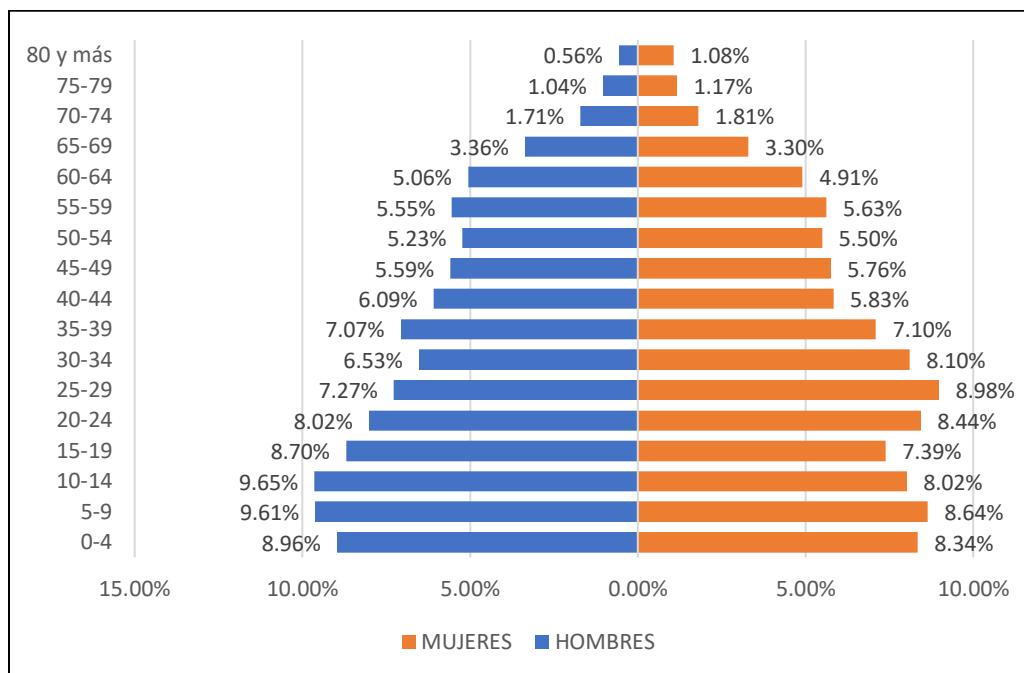
Fuente: Elaboración propia con base de datos del 2020.

Gráfico 9: Población de CESFAM Confraternidad



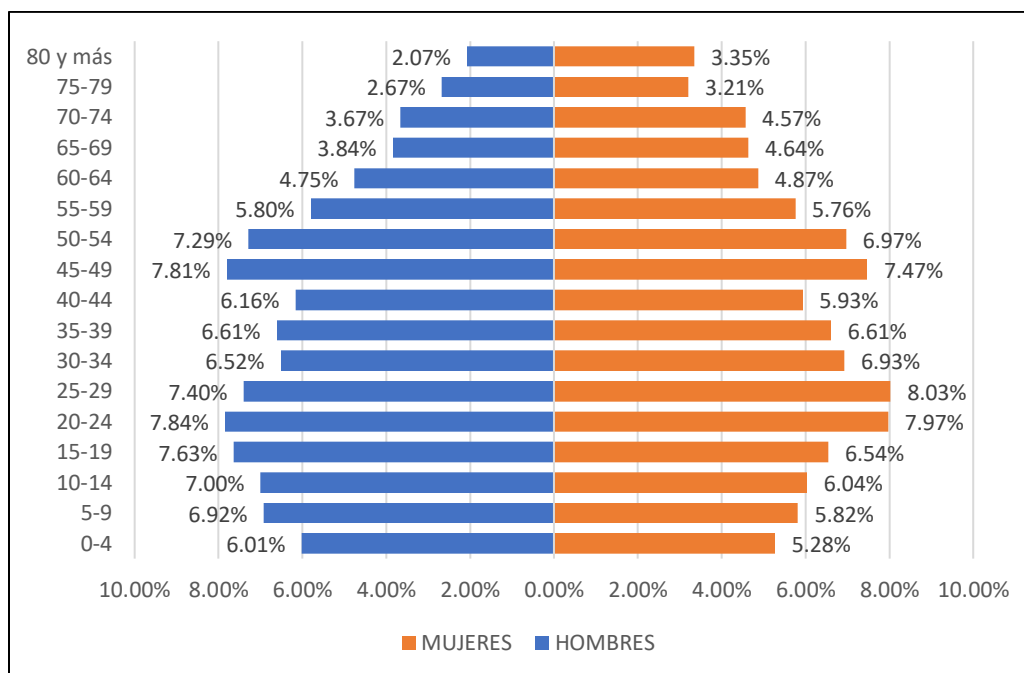
Fuente: Elaboración propia con base de datos del REM Octubre/2020.

Gráfico 10: Población de CESFAM El Manzano



Fuente: Elaboración propia con base de datos del REM Octubre/2020.

Gráfico 11: Población de CESFAM Juan Pablo II



Fuente: Elaboración propia con base de datos del REM Octubre/2020.

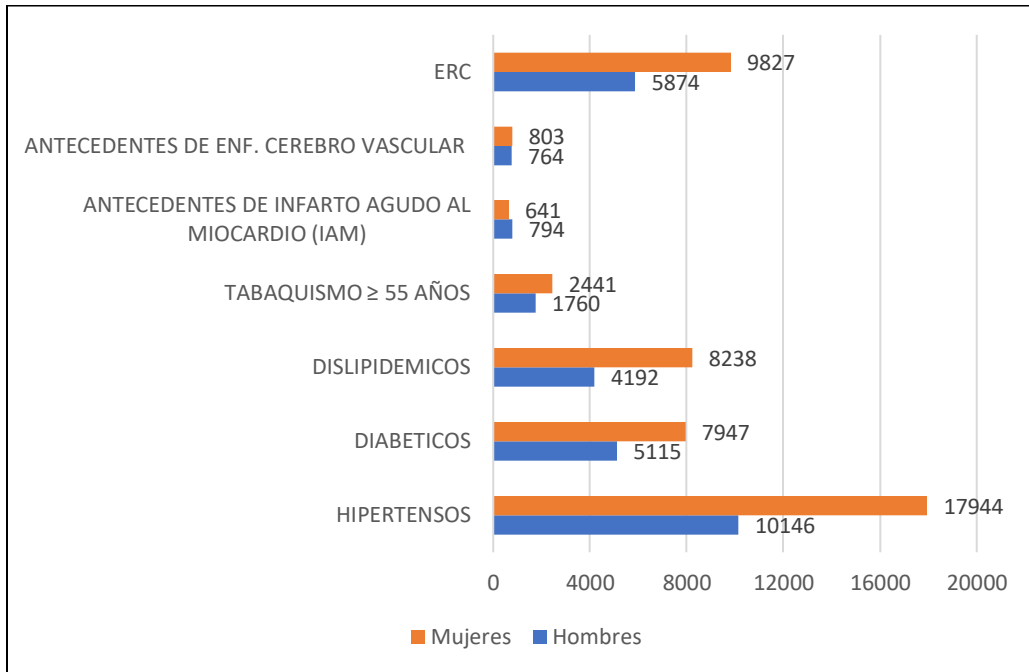
De lo anterior se concluye que para el sector Poniente las acciones deben estar dirigidas principalmente al grupo de adultos de más edad, con el fin de mantener la autovalencia, evitar riesgos de descompensación de enfermedades crónicas y facilitar el acceso a la atención.

Para los adultos mayores existe el Programa Nacional del Adulto Mayor, el cual está orientado a la atención de personas de más de 65 años con el enfoque de ciclo de vida y del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar considerando el género y la interculturalidad.

Población Total	Población Objetivo control	Población que contacta	Población que ingresa al programa	Cobertura efectiva
42.268	26.381	26.381	12.581	47,68%

Existen, dentro del Programa Nacional del Adulto Mayor, otros programas como el de Salud Cardiovascular para las personas con diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo, enfermedad renal crónica, accidentes cerebro vascular e infarto agudo al miocardio. Este programa ofrece cobertura a 33.768 personas.

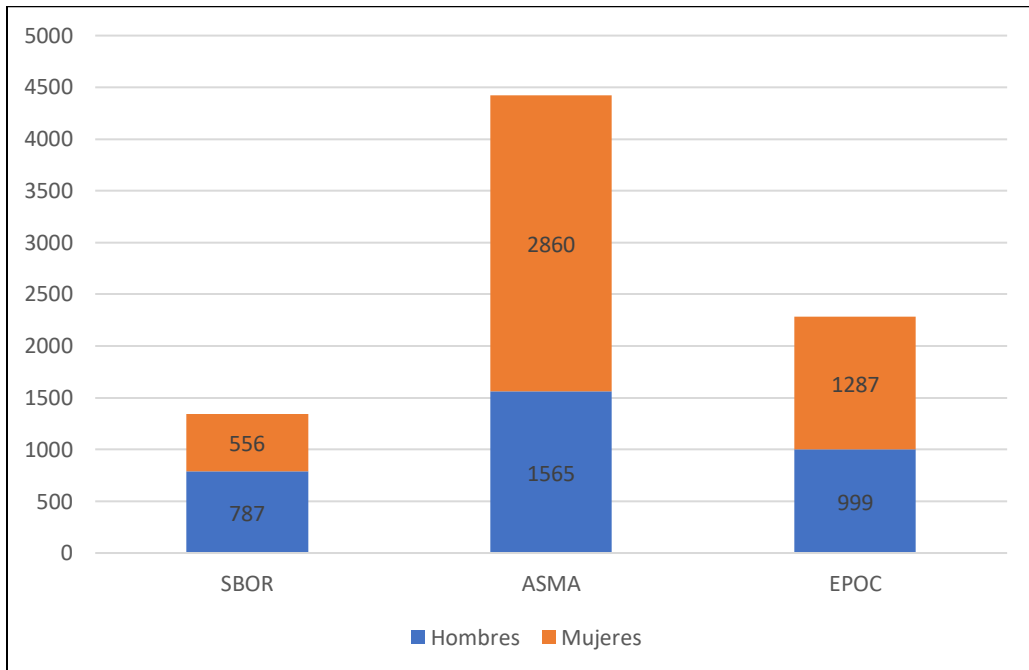
Gráfico 12: Programa Cardiovascular. San Bernardo. 2020.



Fuente: Elaboración propia con REM Octubre/2020.

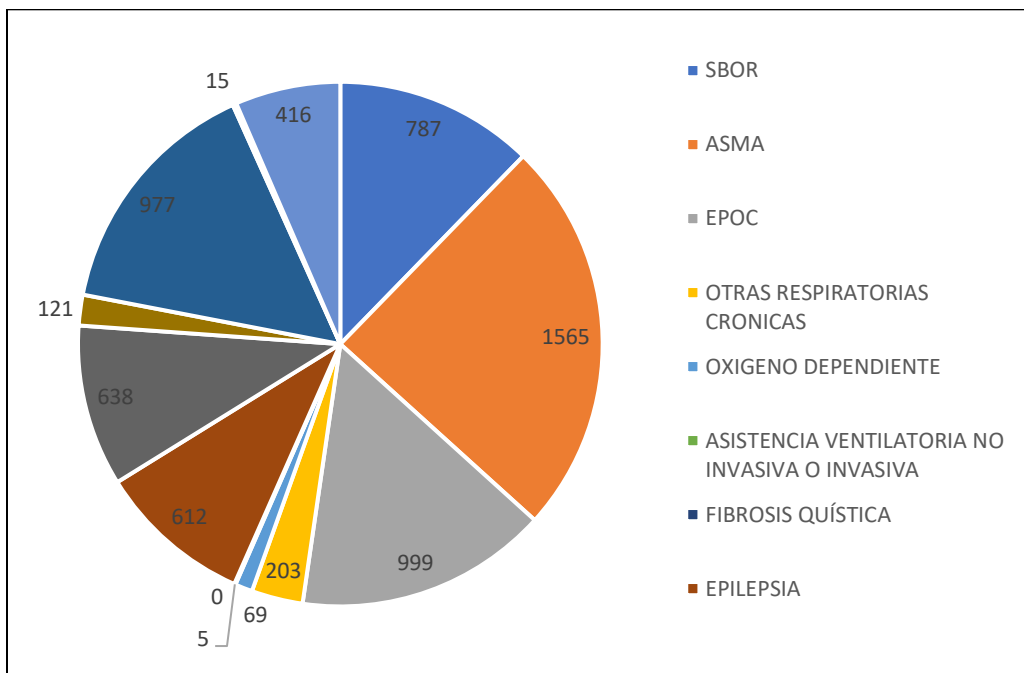
El programa de enfermedades respiratorias para crónicos (adulto e infantil) cuenta con la implementación de las Salas ERA e IRA, en la que se contempla el diagnóstico y control de pacientes.

Gráfico 13: Programa IRA/ERA. San Bernardo. 2020.



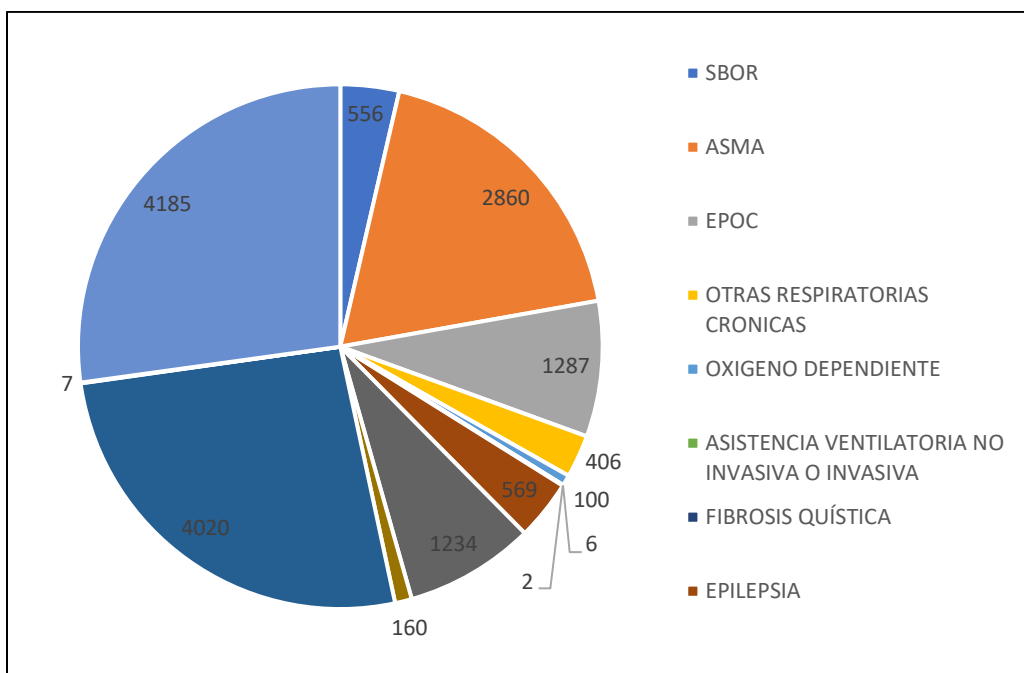
Fuente: Elaboración propia con base REM Octubre/2020

Gráfico 14: Patologías Crónicas del programa (Hombres). San Bernardo. 2020.



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

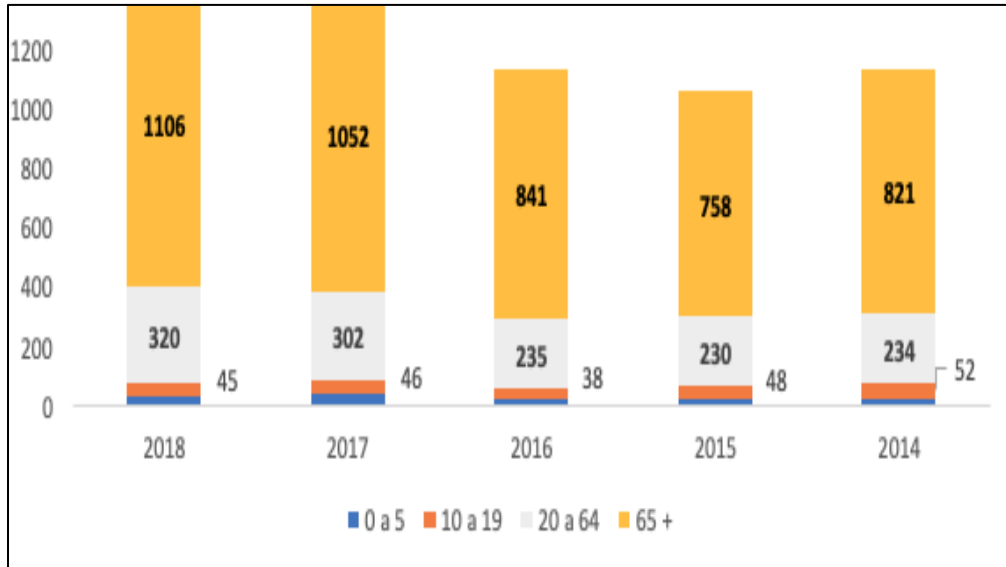
Gráfico 15: Patologías Crónicas del programa (Mujeres). San Bernardo. 2020.



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

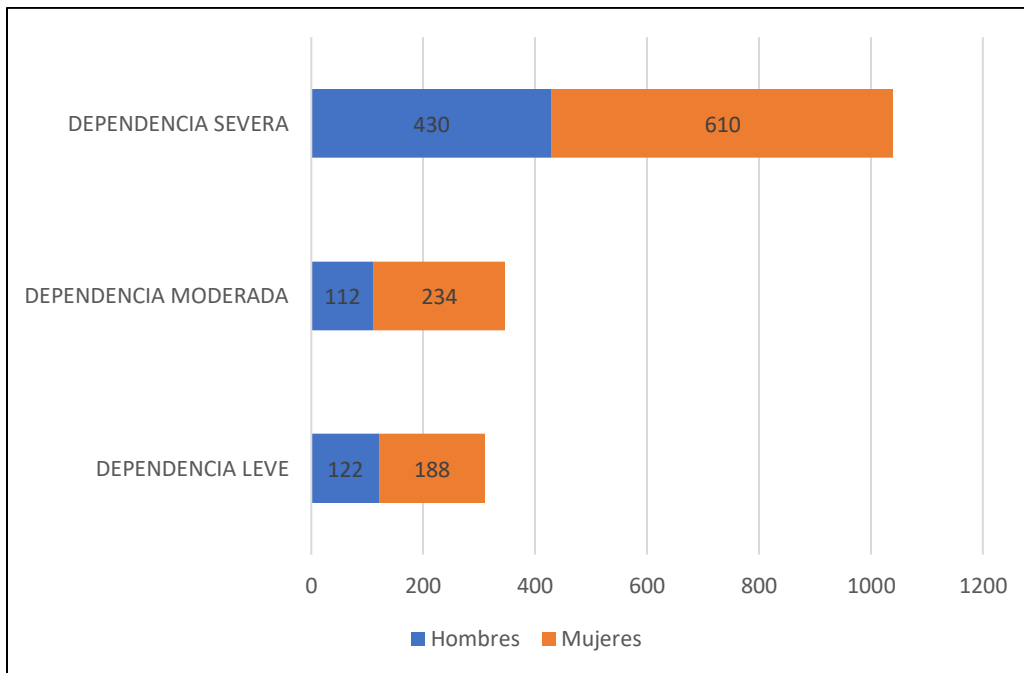
De forma transversal, existe el programa de Atención Domiciliaria (PAD), el cual ha tenido un importante aumento de pacientes adultos mayores en situación de dependencia llegando el año 2018 a 1.106 personas.

Gráfico 16: Pacientes bajo control PAD. San Bernardo. 2020.



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

Gráfico 17: Pacientes con grados de dependencia. San Bernardo. 2020.



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

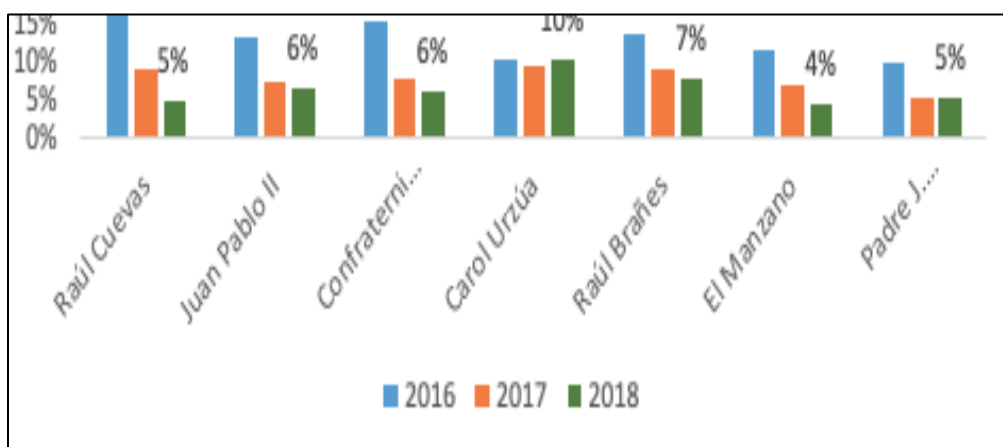
Las derivaciones desde la atención primaria a los niveles de mayor complejidad asistencial están normadas en flujos que se representan en el siguiente cuadro que muestra el mapa de derivación que corresponde a cada establecimiento.

Mapa de derivación San Bernardo, SSMS.

Atención Primaria	Nivel secundario	
Dr. Raúl Cuevas-SAPU	Micro Red Hospital Parroquial	Hospital Parroquial de San Bernardo Hospital Exequiel González Cortés - UEH Complejo Asistencial Barros Luco
CECOF Lo Herrera		
Padre Joan Alsina-SAPU		
CECOF Ribera del Maipo		
Carol Urzúa		
CECOSF Rapa Nui-SAR Carol Urzúa		
Confraternidad-SAPU	Micro Red Hospital El Pino	Hospital El Pino Hospital Exequiel González Cortés - UEH Complejo Asistencial Barros Luco
Dr. Raúl Brañes-SAPU		
-CECOSF Las Hortensias		
Juan Pablo II-SAPU		
El Manzano		

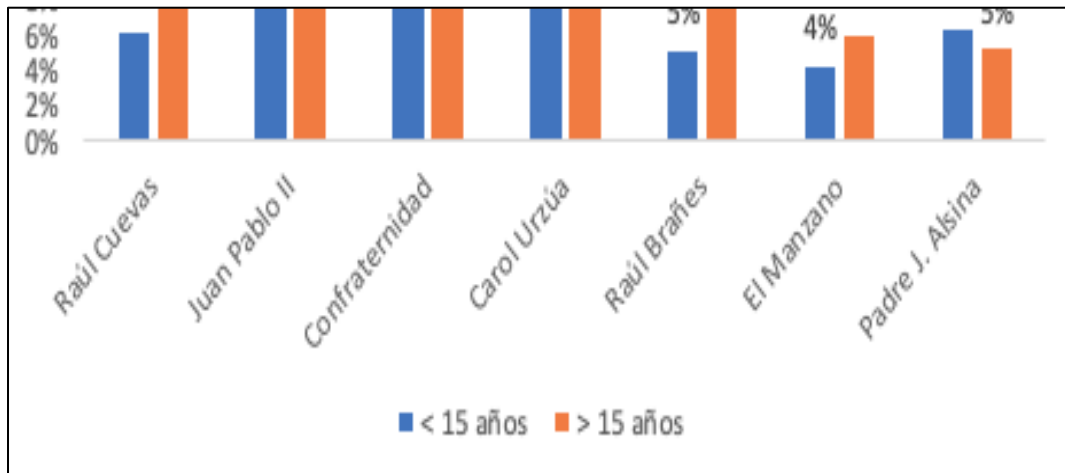
La correspondiente derivación entre los niveles de APS y especialistas ha tenido cumplimiento dentro de las metas esperadas, sin mayor variación hacia el 2018.

Gráfico 18: Interconsultas de San Bernardo por CESFAM/Año



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

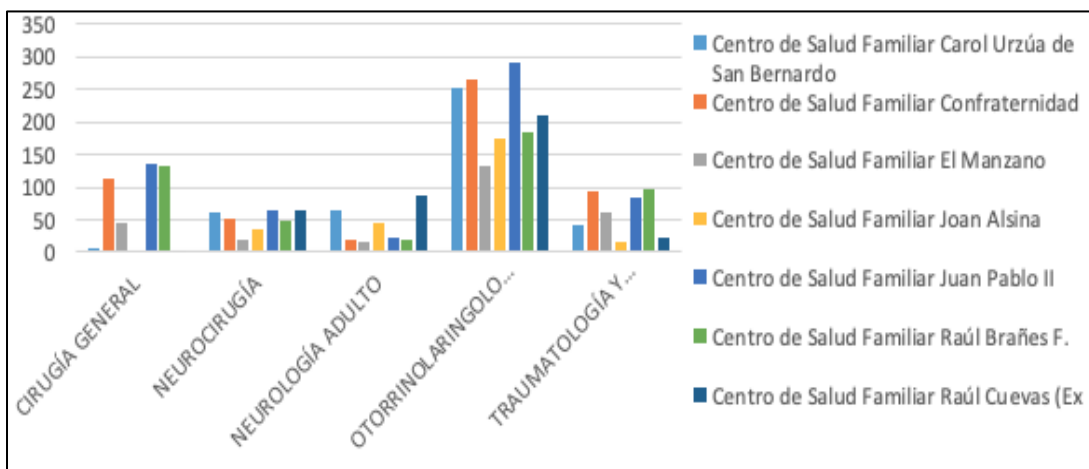
Gráfico 19: Interconsultas de San Bernardo por CESFAM y grupo etario. 2020.



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

El Hospital Barros Luco es el hospital de mayor complejidad del SSMS para la derivación con interconsulta de los usuarios mayores de 14 años. La lista de espera según la base de datos de las Consultas Nuevas de Especialidad a mayo del año 2018, enviada por el SSMS, asciende a 3.601 usuarios en espera desde mayo del año 2015; aproximadamente el 16% corresponde a usuarios del año 2018. Las especialidades con mayor demanda en los mayores de 14 años son otorrinolaringología, cirugía general, neurocirugía, neurología y traumatología.

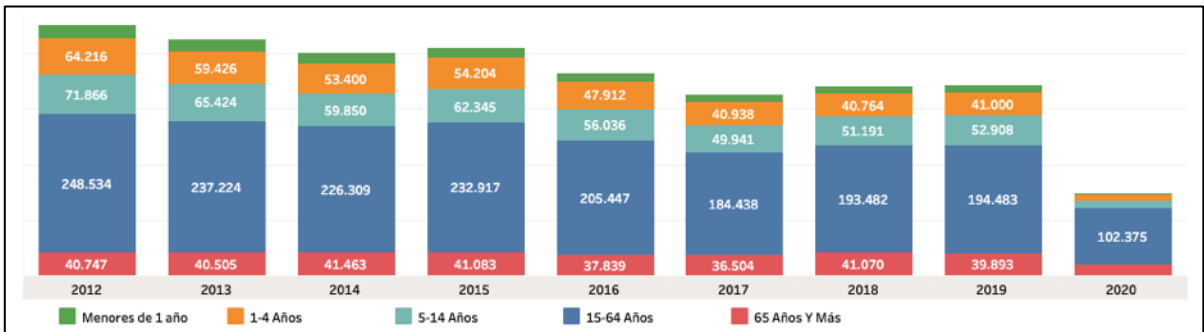
Gráfico 20: Interconsultas de San Bernardo por CESFAM/Especialidad. 2020.



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

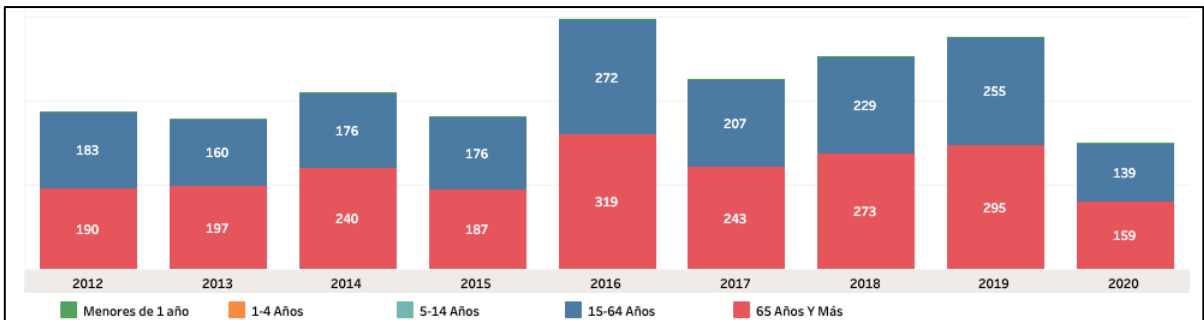
En cuanto a las atenciones de urgencia en el total de hospitalizaciones, para el paciente mayor de 65 años no hay un cambio significativo, ya sea para el SSMS como para la comuna de San Bernardo en la serie de años hasta el 2019.

Gráfico 21. Atenciones de urgencia por causa “Total de atenciones de urgencia”, según grupo etario y año. Región Metropolitana. Año 2019.



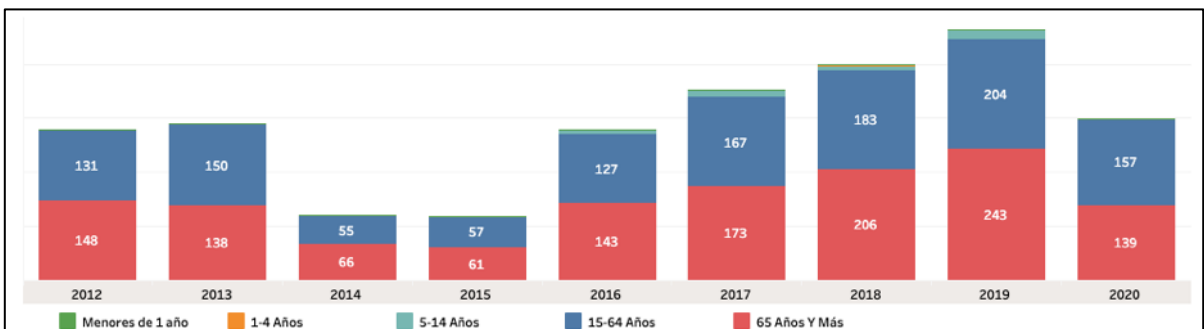
Fuente: DEIS MINSAL.

Gráfico 22. Atenciones de urgencia por causa “Accidente Vascular Encefálico”, según grupo etario y año. Región Metropolitana. Año 2019.



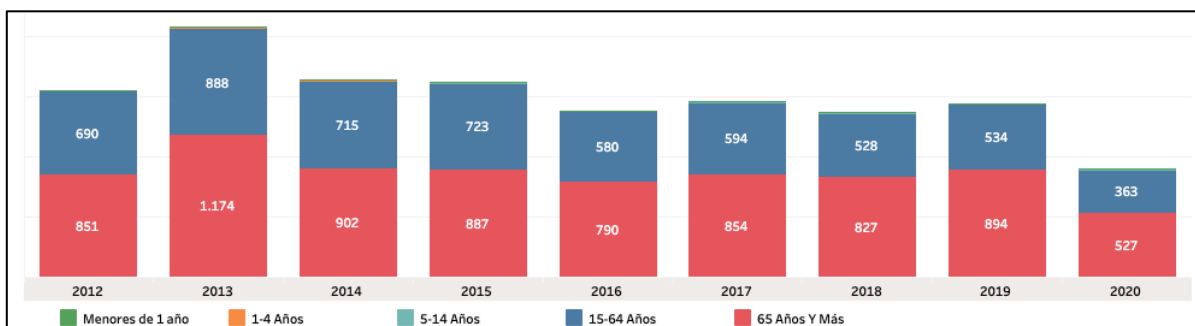
Fuente: DEIS MINSAL.

Gráfico 23. Atenciones de urgencia por causa “Arritmia Grave”, según grupo etario y año. Región Metropolitana. Año 2019.



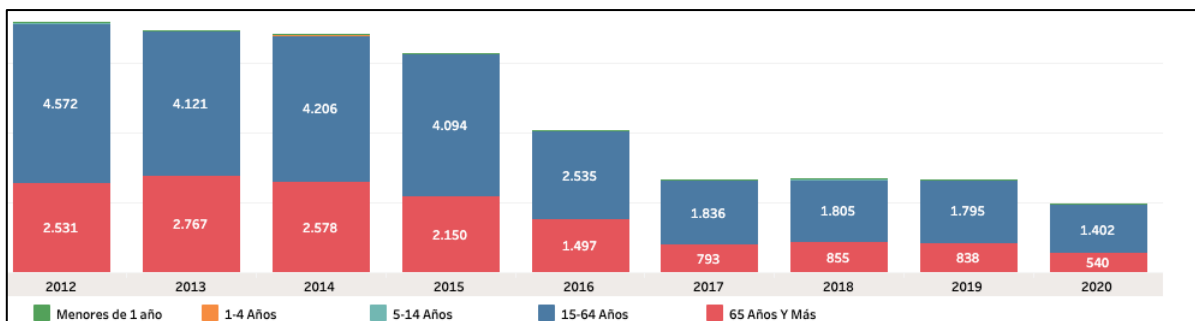
Fuente: DEIS MINSAL.

Gráfico 24. Atenciones de urgencia por causa “Causas Sistema Circulatorio”, según grupo etario y año. Región Metropolitana. Año 2019.



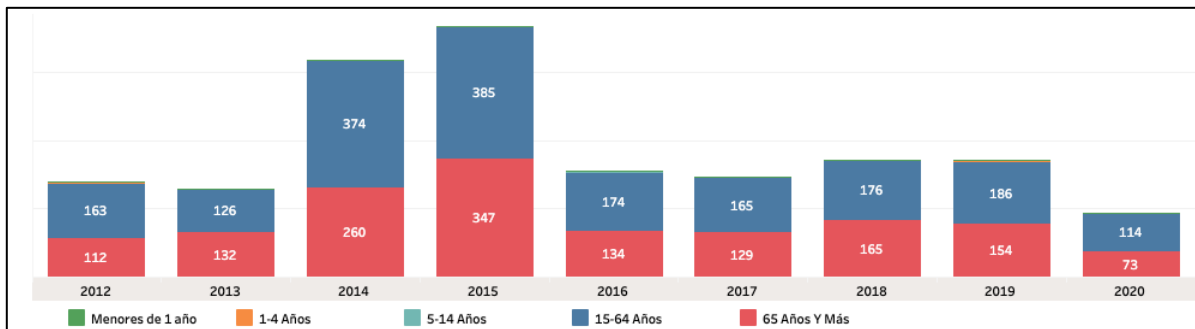
Fuente: DEIS MINSAL.

Gráfico 25. Atenciones de urgencia por causa “Crisis Hipertensiva”, según grupo etario y año. Región Metropolitana. Año 2019.



Fuente: DEIS MINSAL.

Gráfico 26. Atenciones de urgencia por causa “Infarto Agudo Miocardio”, según grupo etario y año. Región Metropolitana. Año 2019.

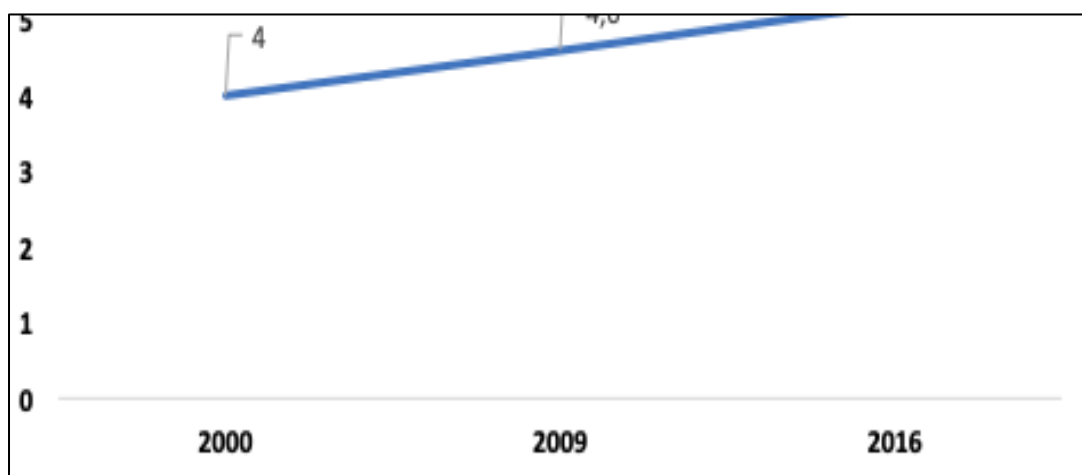


Fuente: DEIS MINSAL.

Llama la atención que para el año 2020, los ingresos por descompensaciones de enfermedades crónicas hayan disminuido en todos los niveles de atención de urgencia para la comuna de San Bernardo, considerando que los controles en APS fueron aplazados debido al contexto de la pandemia del Covid-19. Cabe mencionar que el coronavirus, según la evidencia, tiene mayor mortalidad sobre pacientes con patologías crónicas como lo son la hipertensión arterial, enfermedades coronarias, diabetes mellitus, enfermedades obstructivas crónicas y obesidad (Zhou, 2020). La comuna de San Bernardo alcanzó, según el informe del 10 de octubre de 2020, 12.420 casos confirmados y 375 fallecimientos a la fecha.

Según la Tasa de Mortalidad de la comuna, esta ha aumentado durante los últimos años, lo que se relaciona con la mortalidad de adultos, ya que la tasa de mortalidad infantil ha descendido.

Gráfico 21: Tasa de mortalidad general San Bernardo. 2000-2016.



Fuente: Elaboración propia en base REM Octubre/2020.

Finalmente, según la siguiente tabla cabe mencionar que, San Bernardo se encuentra bajo los índices regionales y país.

Tasa de pobreza por ingresos (%) y tasa de pobreza multidimensional (%) 2015

	Pobreza por ingresos	Pobreza multidimensional
País	11,7	20,9
Región	11,3	24,25
Comuna	9,2	22

Fuente: Elaboración propia en base CASEN 2015

4. Revisión de Literatura

El modelo de atención integrado en el APS para pacientes crónicos responde a la “Ley de Conway”, la cual plantea que dos módulos o subsistemas no podrán interactuar entre sí a menos que los diseñadores de ambos subsistemas se comuniquen entre sí.

En el año 2014, el Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica publica el documento “Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno” en el cual se destaca la necesidad de otorgar un rol central a la atención primaria de salud en torno a los cambios epidemiológicos que está presentando nuestro país, y cómo el AUGE fragmentó la atención de salud, limitando la eficiencia, eficacia y la equidad (CPP-UC, 2014).

Por otro lado, se asocia el modelo de conectividad entre los niveles asistenciales, en el contexto de modelos de atención a la cronicidad, como el Chronic Care Model (CCM) propuesto en 1993 por Ed Wagner. Este modelo es, posteriormente, modificado y mejorado por la OMS en el “Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas”, planteando la reorganización de los sistemas sanitarios, la alianza con la comunidad, el papel activo de los pacientes y sus familias en la atención y los cuidados y el desarrollo de prácticas asistenciales ligadas a la evidencia científica.

Además de estos modelos, se ha desarrollado el modelo poblacional de Kaiser Permanente, con la pirámide que estratifica a la población en cuatro niveles básicos con respecto al abordaje de las enfermedades y/o condiciones crónicas (WHO-Euro, 2016):

1. Población sana o sin ninguna condición crónica, personas que van a requerir promoción de salud y prevención de la enfermedad.
2. Pacientes con baja complejidad, recién diagnosticados sin afectación de órgano, que van a requerir autocuidados.
3. Pacientes con complejidad moderada, con afectación de órgano, que van a requerir gestión de la enfermedad.
4. Pacientes de alta complejidad, con pluripatología y afectación multiórgano, que van a requerir gestión de casos.

Este modelo, mejorado por la King's Fund del Reino Unido y OMS, es el que finalmente ha sido adaptado para el abordaje de la cronicidad.

En el año 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España publicó la "Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud", documento elaborado con la participación de profesionales de la salud, sociedades científicas y que establece objetivos y recomendaciones para la orientación de la organización de la red de salud hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral (Min San España, 2012). La estrategia supone un cambio de enfoque de la atención de salud que, pasará de estar centrado en la enfermedad, a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente se garantice la continuidad en los cuidados, teniendo en cuenta sus condicionantes sociales y las de su entorno, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y se favorezca su autonomía personal.

La estrategia propone intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje de la cronicidad (Min San España, 2012), entre las que se destacan:

1. El fortalecimiento de los equipos de APS.
2. La reorientación de los servicios de salud hacia el paciente crónico.
3. La segmentación de la población en función de sus necesidades.
4. La implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.
5. La visión integral sobre el individuo y multidisciplinar sobre el equipo.
6. La incorporación de la gestión de casos en el desempeño profesional de salud.
7. La continuidad asistencial
8. La racionalización de la polimedicación.
9. La equidad en salud e igualdad de trato.
10. El despliegue de la promoción y la educación para la salud, como herramienta para el retraso de la pérdida de funcionalidad y de la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles.

5. El objetivo que busca el desarrollo de la AFE

El objetivo de la presente AFE es proponer un proyecto de coordinación entre niveles asistenciales para la atención de salud del paciente crónico en la comuna de San Bernardo, propuesta de intervención orientada a fortalecer la coordinación y mejorar la continuidad de atención.

Para alcanzar este objetivo, la propuesta se elabora desde el enfoque de Marco Lógico, pues en el contexto de las organizaciones de salud, este enfoque se aplica con el propósito de abordar un problema de gestión pública, permitiendo su adecuada identificación, caracterización y categorización, que son los insumos básicos y necesarios para diseñar una intervención que permita enfrentar dicho problema, a través de una adecuada planificación, implementación, seguimiento y evaluación.

II. METODOLOGÍA

La Metodología de Marco Lógico es una herramienta que entrega un marco de desarrollo de los proyectos y programas, donde las tareas de identificación, preparación, evaluación, seguimiento y control se desarrollan a través de un planeamiento estratégico que permite ordenar, conducir y orientar las acciones hacia el desarrollo integral, ya sea de un país, de una región e incluso de una comuna, logrando de esta forma que los recursos sean destinados en relación a las prioridades y necesidades básicas. Para esto, el Marco Lógico es capaz de cohesionar las funciones de visión de largo plazo, coordinación, evaluación y concertación estratégica, lo cual permitirá definir una visión de futuro compartida. Esto, a su vez, facilitaría la formulación concertada de planes y políticas multisectoriales, sectoriales o territoriales y apoyaría la gestión por resultados para conocer los impactos y el cumplimiento de metas de los proyectos y programas y respaldarían una mayor participación, tanto pública como privada, en el quehacer nacional, de manera descentralizada y efectiva.

Por otro lado, la metodología de Marco Lógico entrega apoyo a la gerencia y gestión de los proyectos y programas, donde son incorporadas las responsabilidades del gerente del proyecto, de los administradores y de los protagonistas institucionales. Esta función conlleva elementos de liderazgo, de gestión estratégica para conducir procesos complejos e inciertos, y la construcción de entornos externos favorables y donde, se ofrecen ventajas destacables por cuanto facilita la elaboración de decisiones que, por su naturaleza, son interconectadas, brindando espacio para una visión dinámica de participación interactiva y sobre la marcha, convirtiéndose así en un proceso de aprendizaje continuo.

En este caso, existe un problema relacionado con el modelo de atención de salud, ya que, a pesar de que el Ministerio de Salud haya invertido durante los últimos años en infraestructura hospitalaria, los ingresos de pacientes a las urgencias hospitalarias no merman en su crecimiento, mostrando el fenómeno de hospitalocentrismo, lo cual se aleja de la atención primaria de salud. Asociado a esto, la fragmentación de la atención en salud y el mercado influyen en la correcta priorización de objetivos y políticas, errando el foco y olvidando incluso el pilar social en el que se desenvuelven los pacientes.

Por lo anterior, se ha optado por enfrentar el desafío de la coordinación entre niveles asistenciales para la atención de salud del paciente crónico en la comuna de San Bernardo

usando la metodología de Marco Lógico. Al hacerlo, la orientación de la presente propuesta ha considerado las dimensiones de eficiencia y optimización de recursos, la orientación hacia grupos de beneficiarios, que en este caso son los pacientes crónicos, así como facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas.

1. Aplicación de la metodología de MML a la realidad seleccionada:

Para los efectos de la presente AFE, la formulación de la propuesta fue acompañada por un equipo gestor conformado por funcionarios de la red municipal de salud, así como del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que se relacionan con el tema de la atención de personas con enfermedades crónicas. Las personas que integraron el equipo gestor fueron:

- Director de Salud: Alicia Galindo Quinsacara
- Profesional Asesor Participación Modelo de Atención Integral Salud Familiar y Comunitaria del Servicio de Salud Metropolitano: Ana María Hevia Castillo y Hugo Lazo Pastore
- Encargado Comunal de Promoción y Participación Social: Gonzalo Pacheco Villagra.
- Directores de CESFAM:
 - Raúl Brañes: Karina Alarcón
 - Raúl Cuevas: Esteban Vásquez
 - Joan Alsina: Felipe Ochoa
 - El Manzano: Alicia Galindo
 - Confraternidad: Elsa Muñoz
 - Juan Pablo II: Carolaine Castro
 - Carol Urzúa: Beatriz Gálvez
- Equipo PSCV
- Presidente Unión Comunal de CDLS: Carmen Donoso Maureira.

El equipo gestor, según su jerarquía, fue el encargado de citar y gestionar a los correspondientes equipos de su línea para iniciar las conversaciones y posteriores acciones para dar respuesta a los diferentes problemas. Debido a la pandemia, todas las instancias diagnósticas participativas se harían por Zoom.

La primera instancia participativa denominada “Técnica de grupo nominal” debería entregar los insumos necesarios para la detección de problemas y categorizarlos, logrando con esto un mejor enfoque con desarrollo de territorio y abierto a todas las percepciones de los participantes para la decisión grupal. Cuando los problemas definidos estén claros, sean específicos y el resultado satisfaga a cada miembro del grupo y al grupo como tal, se procede a la jerarquización y categorización.

La segunda instancia participativa contará con similares actores. Esta instancia buscará dar soluciones a las problemáticas planteadas en la sesión previa, en la que se confrontará el área técnica, política y social para dar respuesta a una problemática percibida desde las diferentes visiones.

La tercera sesión será de presentación de los resultados, en la que se sancionarán las acciones a implementar en base a las problemáticas categorizadas, luego de trabajar las opiniones ejercidas desde las distintas esferas.

Una vez planteadas las acciones, el equipo gestor se debe hacer cargo de bajar la información a los equipos ejecutores y controlar la aplicación del programa en sus territorios, en base a la periodicidad de las actividades, con una intervención activa de la comunidad.

2. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados:

Para el desarrollo de la propuesta se usaron diferentes instrumentos metodológicos. El uso de los mismos fue pertinente para las diferentes etapas de desarrollo de la propuesta. El detalle de estos instrumentos fue el siguiente:

i. Etapas Analíticas

Para la identificación y descripción de problemas se recurrió a las técnicas de lluvia de ideas y Matriz de priorización de problemas.

Para la Matriz de priorización los criterios fueron:

- Características y magnitud de la población afectada
- Prioridad en los lineamientos de las autoridades
- Gobernabilidad (capacidad para incidir sobre el problema)

- Incidencia sobre otros problemas

En el desarrollo del Análisis de involucrados, se elaboró una Matriz de involucrados, instrumento que permite valorar la capacidad de incidencia y oposición de cada actor relacionado con el problema. De este modo, es posible identificar a aquellos actores favorables, neutros o contrarios al proyecto, lo que posibilita tomar decisiones y elaborar estrategias. Los criterios utilizados para la elaboración de la Matriz incluyeron:

- Problemas percibidos: se deben enunciar en la matriz para cada actor.
- Intereses y Mandatos: se deben enunciar en la matriz para cada actor.
- Poder: asignar números a significados conceptuales (1=Bajo, 2=Medio Bajo, 3=Medio, 4=Medio Alto y 5=Alto).
- Interés: asignar números a significados conceptuales dependiendo si el efecto de la posible intervención es positivo (1=Bajo, 2=Medio y 3=Alto), negativo (-1=Bajo, - 2=Medio y -3=Alto) o Indiferente (=0) para cada actor.
- Valor: se obtiene multiplicando el valor de Poder por el valor de Interés

Para el Análisis de Problemas y Objetivos se recurrió a las metodologías de Árbol de problemas y Árbol de objetivo. Se consideró como problema principal la falta de planificación e intervención fragmentada del paciente crónico en San Bernardo, que no considera al tejido social en la toma de decisiones y genera baja eficiencia, eficacia y equidad. Las causas son variadas, desde la formación misma de los profesionales de la salud hasta el entramado de la red de coordinación inexistente. Esto trae consecuencias hacia el paciente crónico, el cual ve alterada la continuidad de su tratamiento, y una vez que se descompensa trae consigo hospitalizaciones que se hubiesen evitado si el problema se hubiese abordado antes. Es por esto que el objetivo principal del programa es instaurar un modelo de atención al paciente crónico en San Bernardo, que proporcione a las personas con enfermedades crónicas una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia en términos de esfuerzo profesional como económico.

Para esto, al elaborar el Árbol de Problemas se consideró la identificación de los problemas principales que pudieran plantearse como factores explicativos de la situación analizada y sistematizarlos en factores directos, indirectos y estructurales; la formulación de estos problemas en negativo; enfocarse en el problema central o principal entre los problemas existentes y, finalmente, analizar los problemas desde sus relaciones de causa – efecto.

En relación con el árbol de objetivos, el procedimiento de su construcción consideró la transformación de los problemas que se formularon en negativo a objetivos formulados en positivo; la transformación de las causas identificadas en la etapa previa de problemas a medios y; la transformación de los efectos en fines.

El Análisis de Alternativas se desarrolló sobre los objetivos incluidos en el ámbito de acción o intervención del proyecto y descansó en criterios de costo, disponibilidad de recursos humanos y capacidad técnica de implementación. Estos también tiene relación con las decisiones locales y nacionales para la implementación del programa, ya que las distintas visiones de APS tributarán a mayor o menor interés por parte de las autoridades de turno y los tomadores de decisiones.

ii. Etapa de Planificación

En la etapa de planificación hubo tres momentos metodológicos:

- Elaboración de la Matriz de Marco Lógico
- Elaboración del Plan de Ejecución
- Elaboración del Control de Calidad.

1. Elaboración de la Matriz de Marco Lógico

El Marco Lógico se presenta como una matriz de cuatro por cuatro. Las columnas entregan la siguiente información:

- Un resumen narrativo de los objetivos
- Indicadores (resultados específicos a alcanzar)
- Medios de verificación
- Supuestos (riesgos).

Las filas de la matriz presentan información acerca de los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos en cuatro momentos diferentes en la vida del proyecto:

- Fin alcanzado luego que el proyecto ha estado en funcionamiento
- Propósito logrado cuando el proyecto ha sido ejecutado

- Componentes completados en el transcurso de la ejecución del proyecto
- Actividades requeridas para completar las componentes.

2. Elaboración del Plan de Ejecución

El desarrollo del Plan de Ejecución se hizo a partir de cada una de las actividades planteadas en la Matriz de Marco Lógico. Este desarrollo consideró los siguientes criterios:

- Tareas y subtareas
- Fecha de inicio - Fecha de término
- Presupuesto
- Responsable

La elaboración del Control de Calidad se hizo de acuerdo a la propuesta de verificación del diseño de proyectos planteado en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud OPS, la que se aplicó al Plan establecido en la proyecto de AFE para evaluar la coherencia y calidad de este.

III. ETAPA ANALÍTICA

1. Descripción del problema

a. Identificación de problemas

El diseño de los sistemas de salud solicita una intervención frente a este escenario, donde el modelo está principalmente orientado hacia lo agudo y lo urgente, no abordando de forma integral las necesidades de los pacientes crónicos y poco enfocado en la promoción de la salud. Asociado a esto, la pandemia del Covid-19 que se hizo presente en Chile desde marzo del 2020, trajo consigo desafíos para el sistema de salud en su totalidad, incluyendo a los gobiernos locales y los territorios comunales para la toma de decisiones sobre las morbilidades y la población a lo largo de todo el ciclo de vida.

Chile, en el año 2005 empieza a implementar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Esta política pública tuvo como objetivo la priorización de los principales problemas sanitarios solucionables y garantizar una respuesta efectiva y oportuna a estos problemas, a un costo abordable de acuerdo con los recursos económicos disponibles. Si bien, en la fundamentación de la política se planteó un fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, integrando tanto un cambio de modelo hacia la promoción y la prevención, como hacia la integralidad de la atención, este último elemento, no contó con un marco normativo, lo cual debilitó su ejercicio, favoreciendo al ámbito hospitalario.

El problema del sistema público de salud es que el modelo de atención difiere en su estrategia, otorgando una atención no planificada y fragmentada para las necesidades de los pacientes crónicos, no considerando al tejido social en la toma de decisiones y generando baja eficiencia, eficacia y equidad en la atención de salud. Frente a esto, la OMS avala que la APS tenga un rol central en el desarrollo de sus sistemas y sus políticas en salud, reforzando la participación social y su diagnóstico como eje esencial para el conocimiento de las necesidades del territorio y la correcta articulación entre los niveles de atención.

Se requiere, entonces, integralidad asistencial a partir de la APS e integración que permita dar continuidad a los tratamientos y el seguimiento, priorizando soluciones comunitarias, considerando que el espectro de intervención es amplio y multidisciplinario, adaptado al

nivel de riesgo y necesidades propias de los pacientes, con una efectiva coordinación socio-sanitaria.

b. Selección y justificación de la importancia del problema

La metodología de Marco Lógico permite en el proceso de planificación la percepción de una situación problemática y la motivación para solucionarla. Dicha percepción o necesidad de estudiar y analizar determinada situación, puede surgir de distintos ámbitos. Es por esta razón que, a través de la priorización de problemas (Cambio en el Modelo de Financiamiento; Formación Médica en APS; Integración de Sistemas de información; Comunidad Participativa; Articulación de redes), se puede dilucidar donde deben ir enfocados los esfuerzos en primera instancia, ya que el proyecto busca un cambio radical en la forma de atención de salud hasta ahora utilizada, alineando las estrategias de nivel primario (Modelo biopsicosocial) y los niveles secundarios y terciarios (Modelo biomédico).

Esto se sintetiza en la siguiente matriz de priorización.

Matriz de priorización de problemas

	Cambio en el modelo de financiamiento	Formación médica en APS	Integración de Sistemas de Información	Comunidad Participativa	Articulación de redes
Características y magnitud	3	1	3	3	3
Prioridad	2	2	3	2	3
Gobernabilidad	3	2	3	1	3
Incidencia sobre otros problemas	2	1	3	3	3
Puntaje total	10	6	12	9	12

Según lo anterior, los problemas priorizados son:

1. Cambio en el Modelo de Financiamiento:

La optimización de recursos por el pago per cápita de la APS, como también lo es la falta de claridad en los incentivos y la no consideración de perfiles epidemiológicos.

2. Formación Médica en APS:

Faltan de médicos en APS con las competencias necesarias, bajo reconocimiento del médico de APS y poca importancia de desarrollo en el ámbito del APS.

3. Integración de Sistemas de información:

Falta de manejo de software, diversidad de registros electrónicos, sistemas poco enfocados en el usuario, poca capacidad del RRHH para el manejo de los sistemas de información.

4. Comunidad Participativa:

Comunidad poco informada, poco participativa y con bajo nivel de alfabetización.

5. Articulación de redes:

Sistema de atención fragmentado con la correspondiente falta de articulación entre los niveles de atención y correspondiente derivación y resolución.

Es importante resaltar que, si bien la priorización utilizada busca exponer los problemas frente a la realización del proyecto en un orden de peso relativo, esto se podría modificar una vez que se empiece a desarrollar con los actores claves.

2. Análisis de involucrados

a. Identificación de involucrados

- Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMN):

Su deber es organizar a los niveles asistenciales en red para la atención de la cronicidad, con los diferentes agentes que participan o pueden participar en la atención del paciente crónico.

Considera que el problema de la atención del paciente crónico y la continuidad de tratamiento está directamente relacionado con el nivel de articulación con las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en el APS, pero que la heterogeneidad de la estructura comunal, por diversas decisiones políticas,

entorpecen la ejecución coordinada de ésta. Por otro lado, integra el valor de la participación comunitaria local como parte del diseño de cualquier intervención pública.

Como parte de las funciones del SSMS son la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, su interés es garantizar entonces el acceso y continuidad del proceso asistencial a los pacientes crónicos, entregando financiamiento, lineamientos, seguimiento durante toda la intervención del programa de coordinación.

- Alcalde de San Bernardo:

Su rol está enfocado en dar respuestas a las problemáticas que experimenta su comuna, dentro de las cuales la multimorbilidad es una de ellas.

Si bien, la planificación desde su esfera es limitada debido al nivel de experticia, y considerando la inversión que involucra el programa, su deber se focaliza en dar respaldo desde la política a nivel del concejo municipal y director de salud comunal para entregar viabilidad.

- Director de Salud de San Bernardo:

Se encarga de articular la red asistencial de APS de San Bernardo para la atención del paciente crónico y los correspondientes protocolos de derivación a la atención secundaria y terciaria. Recibe asesoría técnica por parte del SSMS y considera que los niveles de morbilidad de la comuna son preocupantes. Existe limitada oferta de especialistas en la red de salud hospitalaria, por lo que el tratamiento de crónicos se limita a la promoción y medicamentos.

Por otro lado, los CESFAM/CECOSF, considerando la pandemia del coronavirus, están operando con la mitad de los funcionarios con rotativas de 14 x 14 (14 días de trabajo y 14 días de descanso), lo cual limita la oferta de prestaciones disponibles.

Si existiese la dotación y articulación de la RISS correspondiente, el programa apuntaría a un grupo de la población importante que ha perdido prioridad de atención dentro de la agenda por el coronavirus.

- Directores de CESFAM/CECOSF de San Bernardo:

Sus funciones apuntan a la implementación de políticas que favorezcan el envejecimiento activo y saludable de su población bajo control. Al implementar dichas políticas, buscan hacerlo a través de la promoción y prevención de la salud y la cronicidad o su control en el ámbito comunitario.

Con el programa se lograría instar a la inversión, con nuevos roles y funciones de los profesionales para la gestión de casos, la visión integral (biopsicosocial), el trabajo en equipo, el trabajo cooperativo.

- Personal de Salud de los CESFAM/CECOSF de San Bernardo:

El personal de salud debe operativizar los planes y políticas ministeriales y comunales a lo largo del ciclo de vida. Son ellos quienes generan las actividades de promoción y prevención de la salud para las patologías crónicas en la comunidad.

Dentro de su rol en el programa estarían la identificación de casos vulnerables para gestionar de manera adecuada las necesidades de los pacientes crónicos en la RISS, articulando las redes intra e interdisciplinarias, y vinculando las actividades de salud a la comunidad de forma participativa.

- Pacientes crónicos

Los pacientes crónicos han ido en aumento según las estadísticas comunales y, considerando la pandemia, su atención ha estado limitada por el distanciamiento físico, falta de conectividad y limitada oferta de prestaciones en APS.

Al funcionar la RISS coordinadamente, la posibilidad de dar continuidad a sus tratamientos con foco en la promoción y prevención, como en su dosis farmacológica y controles, garantiza una atención de salud digna.

- Comunidad:

La comunidad manifiesta baja participación en las decisiones locales en salud, siendo ellos los receptores de las prestaciones en APS. Considerando el contexto de la pandemia, y al estar en rotación el personal de salud, la oferta de horas disponibles es limitada, sin considerar el aumento en la población inscrita y bajo control, lo cual demuestra una capacidad instalada limitada para dar respuesta.

Dentro del programa, sus funciones radican en la incorporación y coordinación con otros agentes y recursos comunitarios en el proceso de identificación y la atención del paciente crónico, como pueden ser:

- La farmacia comunitaria.
- Los servicios sociales municipales.
- Las asociaciones de vecinos, pacientes, voluntariado, entre los cuales destacan los Consejos de Desarrollo Local en Salud.

b. Matriz de involucrados:

La siguiente matriz resume el análisis de actores relevantes.

Actores	Problema percibido	Intereses y mandatos	Poder	Interés		Valor
				(+)	(-)	
Servicio de Salud Metropolitano Sur	<p>La continuidad de tratamiento está directamente relacionada con el nivel de articulación con la RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud), basadas en el APS, pero que la heterogeneidad del armado comunal por las diversas decisiones políticas entorpece la ejecución coordinada de ésta.</p> <p>Atención de salud que no considera al tejido social en la toma de decisiones y generando baja eficiencia, eficacia y equidad.</p> <p>Conflictos con los distintos niveles de gobierno.</p>	<p>Garantizar el acceso a los servicios de Salud en coordinación con los diferentes servicios y sectores.</p> <p>Satisfacer las necesidades de salud que actualmente tienen y que no pueden ser atendidas en forma adecuada y oportuna.</p>	Alto	+		<p>Existe la voluntad política, al más alto nivel, para ver concretado el programa.</p> <p>Asesoría técnica del MINSAL en la elaboración del programa.</p>
Alcalde de San Bernardo	Limitado nivel de presupuesto para el APS.	Contribuir en la reducción de la mortalidad y mejorar la calidad de vida de la	Alto	+		Brindar el apoyo político necesario para la formulación e implementación del

	Limitada capacidad para formular proyectos y programas en APS.	<p>comunidad en San Bernardo.</p> <p>Participar en la formulación, implementación y monitoreo del programa en APS.</p> <p>Garantizar el acceso a los servicios de Salud en coordinación con los diferentes servicios y sectores.</p>			<p>programa, para su viabilidad.</p> <p>Coordinaciones para el financiamiento de la ejecución del presente programa.</p> <p>Alto nivel de compromiso para llevar adelante y garantizar la sostenibilidad del programa.</p>
Director de Salud de San Bernardo	<p>Establecimientos de salud con bajo funcionamiento de su capacidad productora.</p> <p>Reducido nivel de presupuesto de inversión en los CESFAM/CECOSF</p> <p>Incremento de las tasas de morbimortalidad general.</p>	<p>Recuperación de la capacidad productora de los servicios de salud de sus establecimientos.</p> <p>Incremento del presupuesto de inversiones para el programa.</p> <p>El programa debe responder a las prioridades levantadas por la comunidad local en torno a salud.</p>	Alto	+	<p>Coordinación con el SSMS y el asesoramiento del MINSAL y FORSUR para el financiamiento de la ejecución del presente proyecto. Participar en la formulación, implementación y monitoreo del programa.</p> <p>Alto nivel de compromiso para llevar adelante y garantizar la sostenibilidad del programa.</p>

Directores de CESFAM/CECOSF de San Bernardo	<p>Limitaciones de infraestructura y equipamiento general para los centros de salud.</p> <p>Usuarios insatisfechos por la atención prestada.</p> <p>Limitaciones en el sistema de referencia y contra-referencia hospitalario.</p>	<p>Mejorar las condiciones (infraestructura, equipamiento, insumos, capacitación, etc.), para poder brindar servicios de salud adecuada, oportuna y de calidad a la comunidad.</p> <p>Lograr satisfacción de los pacientes crónicos a lo largo de todo el proceso de atención de salud.</p>	Medio +		<p>Participación activa en el proceso de implementación.</p> <p>Compromiso con la gestión de los seguimientos de casos.</p> <p>Supervisión de la coordinación con la red asistencial para dar continuidad a la atención de salud.</p>
Personal de Salud de los CESFAM/CECOSF de San Bernardo	<p>Limitaciones de infraestructura y equipamiento para la prestación de buen servicio de salud.</p> <p>Limitaciones en la capacitación en torno a la cronicidad.</p>	<p>Mejorar las condiciones (infraestructura, equipamiento, insumos, capacitación, etc.), para poder brindar servicios de salud adecuada, oportuna y de calidad a la comunidad.</p> <p>Lograr satisfacción de los pacientes crónicos a lo largo de todo el proceso de atención de salud.</p>	Medio +		<p>Participación activa en el proceso de implementación.</p> <p>Altos niveles de compromiso con la población y con su profesión.</p> <p>Compromiso de la elaboración de los reportes y seguimientos de casos.</p> <p>Coordinación con la red asistencial para dar continuidad a la atención de salud.</p>
Pacientes crónicos de San Bernardo	Atención no planificada y fragmentada para las	Articulación de la red de salud en torno a los	Bajo +		Apoyar la decisión de la implementación del

	<p>necesidades de los pacientes crónicos.</p> <p>Alta lista de espera para las atenciones de salud en nivel secundario y terciario.</p>	<p>cambios epidemiológicos y demográficos que otorguen a los pacientes crónicos continuidad asistencial.</p>				<p>programa de coordinación.</p>
Comunidad de San Bernardo	<p>Limitaciones en la prestación de los servicios de salud en los centros en torno a la cronicidad.</p> <p>Falta de inversión para la construcción de más establecimientos.</p> <p>Baja capacidad resolutive en los centros de salud.</p> <p>Dificultad de acceso a los servicios de salud en los niveles secundarios y terciarios.</p> <p>Poco interés en la participación social en salud.</p>	<p>Recibir una atención eficaz, de calidad y equitativa en los servicios de salud de la comuna.</p> <p>Considerar la participación comunitaria en la toma de decisiones de inversión y gestión local.</p>	Alto	+		<p>Apoyar la decisión de la implementación del programa de coordinación.</p>

3. Análisis de problemas

a. Identificación de problemas principales

El problema principal de la atención de salud para pacientes crónicos en San Bernardo es su falta de planificación e intervención fragmentada, no considerando al tejido social en la toma de decisiones y generando baja eficiencia, eficacia y equidad.

La atención de salud para el paciente crónico supone uno de los grandes retos para los sistemas de salud en la actualidad, considerando los cambios epidemiológicos y demográficos, forzando un cambio de paradigma asistencialista y, por ende, en la estrategia de atención. Esto requiere el involucramiento de todos los que componen la organización sanitaria, asignando, por lo tanto, a la atención primaria el rol de eje por sus características de atención longitudinal y cercanía comunitaria.

En el contexto del enfoque descrito, el hospital debe proporcionar una atención de calidad en las crisis y coordinar sus acciones con el resto de los servicios asistenciales, lo que supone una apertura del hospital hacia la comunidad.

Con un accionar integral y transversal, la coordinación entre los circuitos integrados de atención a los pacientes crónicos de la RISS, basados en APS, en conjunto con el hospital y la atención socio-sanitaria, se evitarían ingresos y estancias innecesarias, manteniendo a los pacientes en su entorno, desplazando al domicilio y a la comunidad todo el conocimiento y la tecnología necesarias para una atención integral.

Dentro de este problema, los factores o causas directas son:

- La complejidad de coordinación de dispositivos asistenciales en la atención al paciente crónico.
- La resistencia al cambio organizativo que implica la atención del paciente crónico en cuanto a la desaparición de barreras entre niveles asistenciales, especialidades médicas, profesionales de la salud, etc.
- Implementación de políticas locales deficientes para la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad en la comunidad.

- Ausencia de integración y coordinación de los sistemas corporativos de información y herramientas informáticas de ayuda a la decisión clínica.
- Poca participación comunitaria en la toma de decisiones de la RISS.

Son factores o causas indirectas:

- Nivel formativo de los profesionales de la salud en torno al abordaje del paciente crónico.
- Estandarización de protocolos asistenciales para pacientes crónicos.
- La atención centrada en lo agudo.
- La dificultad de conciliar intereses de los Servicios de salud y la comuna.
- La escasa cultura de gestión y eficiencia de los profesionales de la salud.
- La cultura hospitalocentrista imperante en la comunidad.
- La escasa cultura en promoción y prevención comunitaria.
- Limitado rol comunitario del APS y la conformación de redes locales.
- La falta de integración de los sistemas de información corporativos y una ficha clínica electrónica única.
- La insuficiente coordinación socio-sanitaria.

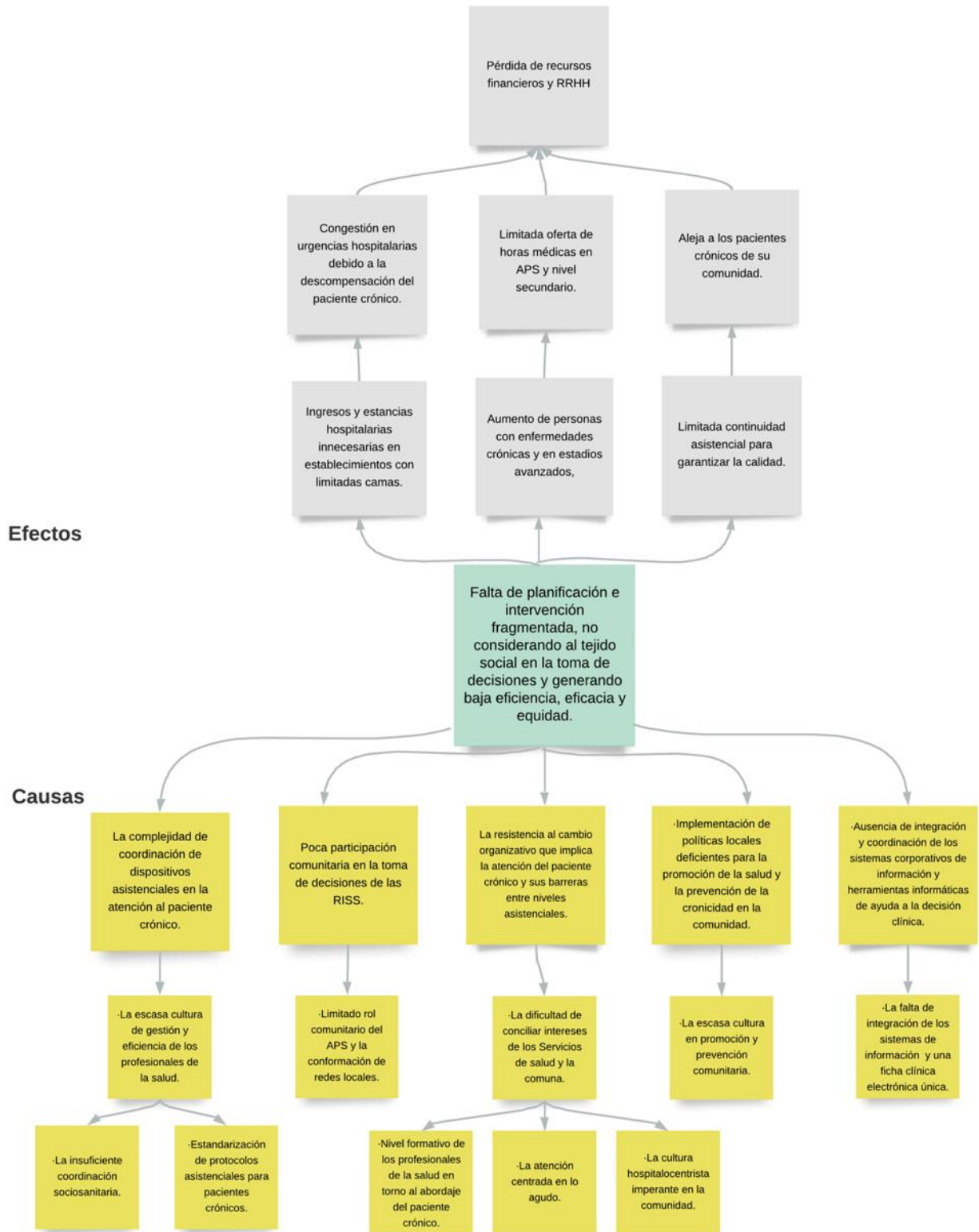
Dentro de los factores o causas estructurales:

- Cambios de gobierno y estrategias políticas en los niveles ministeriales.
- Aparición de situaciones de salud nacional o mundial que cambien la agenda y el foco de acción del profesional de la salud.
- Diferentes casas de estudio de los profesionales de la salud, con diferentes focos de especialización.
- Diferencias organizativas en las comunas pertenecientes al Servicio de Salud.
- Limitado presupuesto para inversión en ficha electrónica única entre los niveles asistenciales.
- Ausencia de línea transversal de trabajo en comunas, lo que interviene en el incentivo de los programas de salud.

Como consecuencia del problema principal, cabe mencionar los siguientes efectos principales:

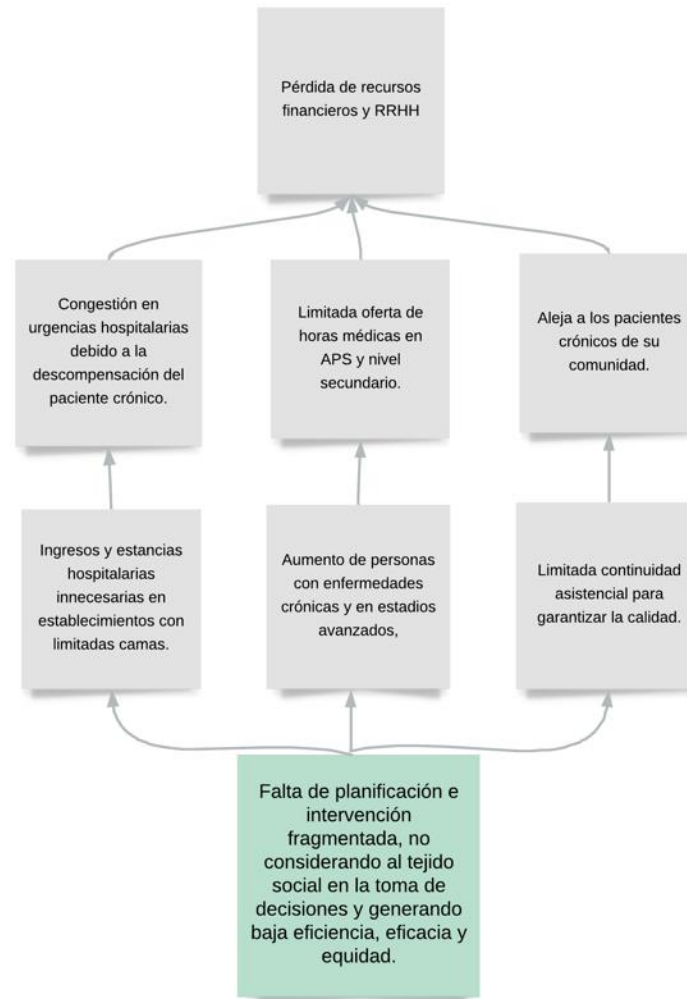
- Aumento de personas con enfermedades crónicas y en estadios avanzados.
- Ingresos y estancias hospitalarias innecesarias en establecimientos con limitadas camas.
- Alejamiento de los pacientes crónicos de su comunidad.
- Limitada continuidad asistencial para garantizar la calidad.
- Congestión en urgencias hospitalarias debido a la descompensación del paciente crónico.
- Limitada oferta de horas médicas en APS y nivel secundario.
- Pérdida de recursos financieros.

b. Árbol de problema

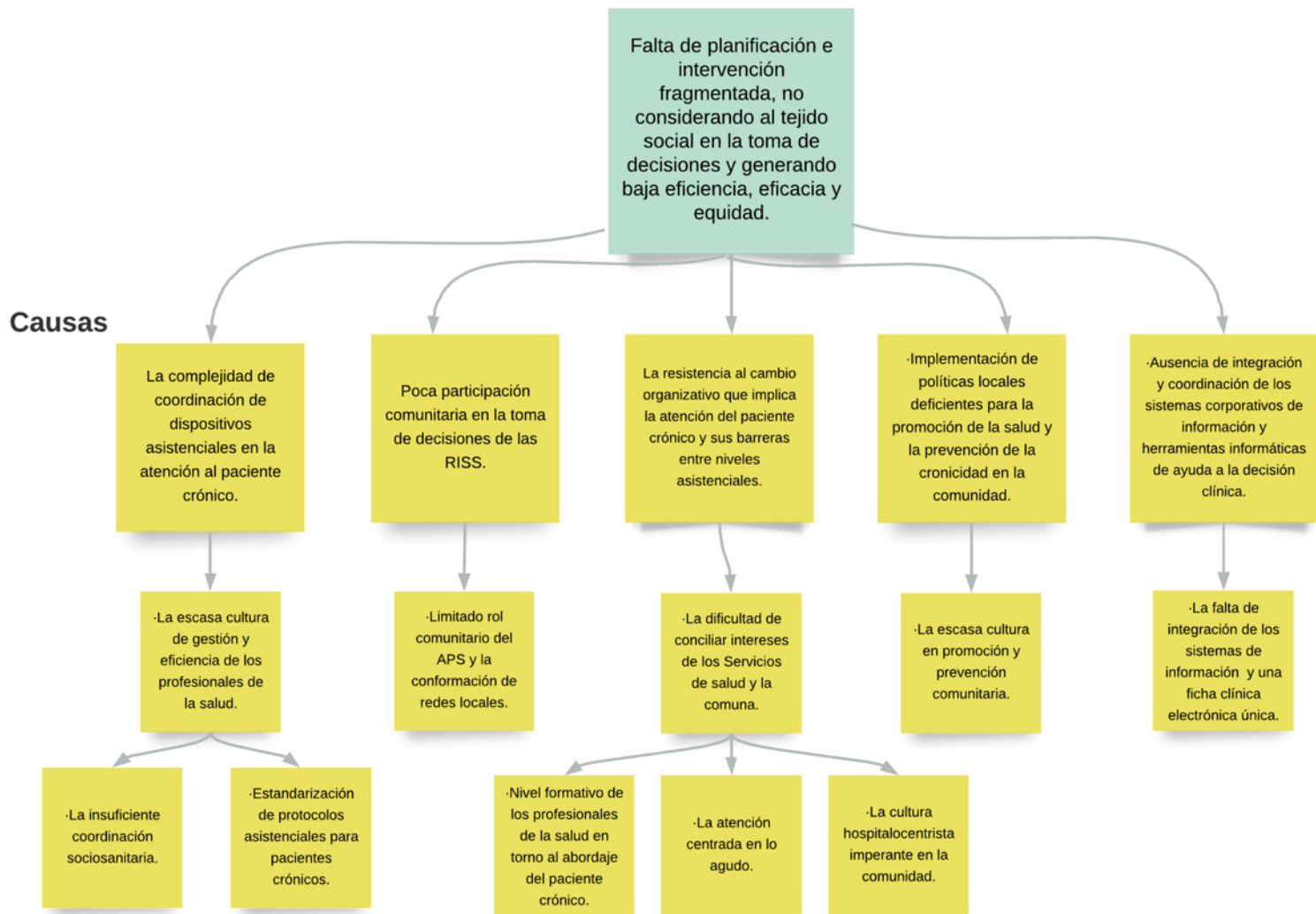


i. Efectos

Efectos



ii. Causas



4. Análisis de objetivos

a. Análisis usando árbol de objetivos:

Considerando el problema de la continuidad de la atención de salud hacia los pacientes crónicos y las consecuencias que implica para el sistema de salud, el objetivo del programa es desarrollar un modelo de atención al paciente crónico en San Bernardo que proporcione a las personas con enfermedades crónicas una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia.

Dentro de éste, los objetivos directos son:

- Trabajo coordinado en las transiciones asistenciales entre los profesionales de cada nivel asistencial según el desarrollo de cada perfil en torno a la atención del paciente crónico.
- Cultura organizacional que permita a los equipos trabajar en red compartiendo metas y resultados.
- Mejorar la implementación de políticas locales para la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad en la comunidad.
- Implementación y coordinación de sistemas corporativos de información y herramientas informáticas de ayuda a la decisión clínica.
- Integrar a la comunidad como pivote en la toma de decisiones de la RISS.

Son objetivos indirectos:

- Mejorar el nivel formativo de los profesionales de la salud en torno al abordaje del paciente crónico.
- Utilizar la evidencia científica, lo que permite la estandarización y planificación de las actividades asistenciales de los profesionales sanitarios
- Usar herramientas para la identificación y segmentación de la población en función de sus necesidades de salud.
- Adaptar las estructuras y procedimientos del Servicio de salud y la comuna.
- Planificación asistencial integral e individualizada en función de su nivel de complejidad.

- Orientar la búsqueda activa de casos por parte de la comunidad y APS.
- Centrar la atención en el paciente y/o cuidadores en base comunitaria.
- Aumentar las actividades relacionadas con cultura en promoción y prevención comunitaria.
- Implementar indicadores de evaluación con contenido clínico para el seguimiento y mejora de la calidad de la atención prestada.
- Fomentar la coordinación socio-sanitaria inter e intra-nivel.

Dentro de los objetivos estructurales:

- Generar líneas de trabajo transversales, que prosigan su trabajo a pesar de los cambios políticos.
- Considerar eje programático del paciente crónico, independiente de la condición sanitaria del país.
- Especialización de postítulo y posgrado enfocado en el paciente crónico para los profesionales de cada nivel.
- Directrices ministeriales que establezcan organizativamente la forma de abordaje del paciente crónico desde APS.
- Generación de incentivos político-gestor para adoptar ficha electrónica única entre los niveles asistenciales.
- Establecer línea de trabajo transversal independiente de los cambios en los ediles comunales.

Como consecuencia del objetivo principal, cabe mencionar los siguientes objetivos de desarrollo:

- Disminución de personas con enfermedades crónicas y en sus estadios avanzados.
- Asignación eficiente de los ingresos y estancias hospitalarias en establecimientos hospitalarios.
- Abordar a los pacientes crónicos dentro de su comunidad.
- Otorgar continuidad asistencial entre los ámbitos comunitario, hospitalario y residencial.

- Mejorar el uso de urgencias hospitalarias debido a la descompensación del paciente crónico.
- Aumentar oferta de horas médicas en APS y nivel secundario en especialidades.
- Uso eficiente de recursos financieros otorgados a la red de salud.

b. Análisis de viabilidad

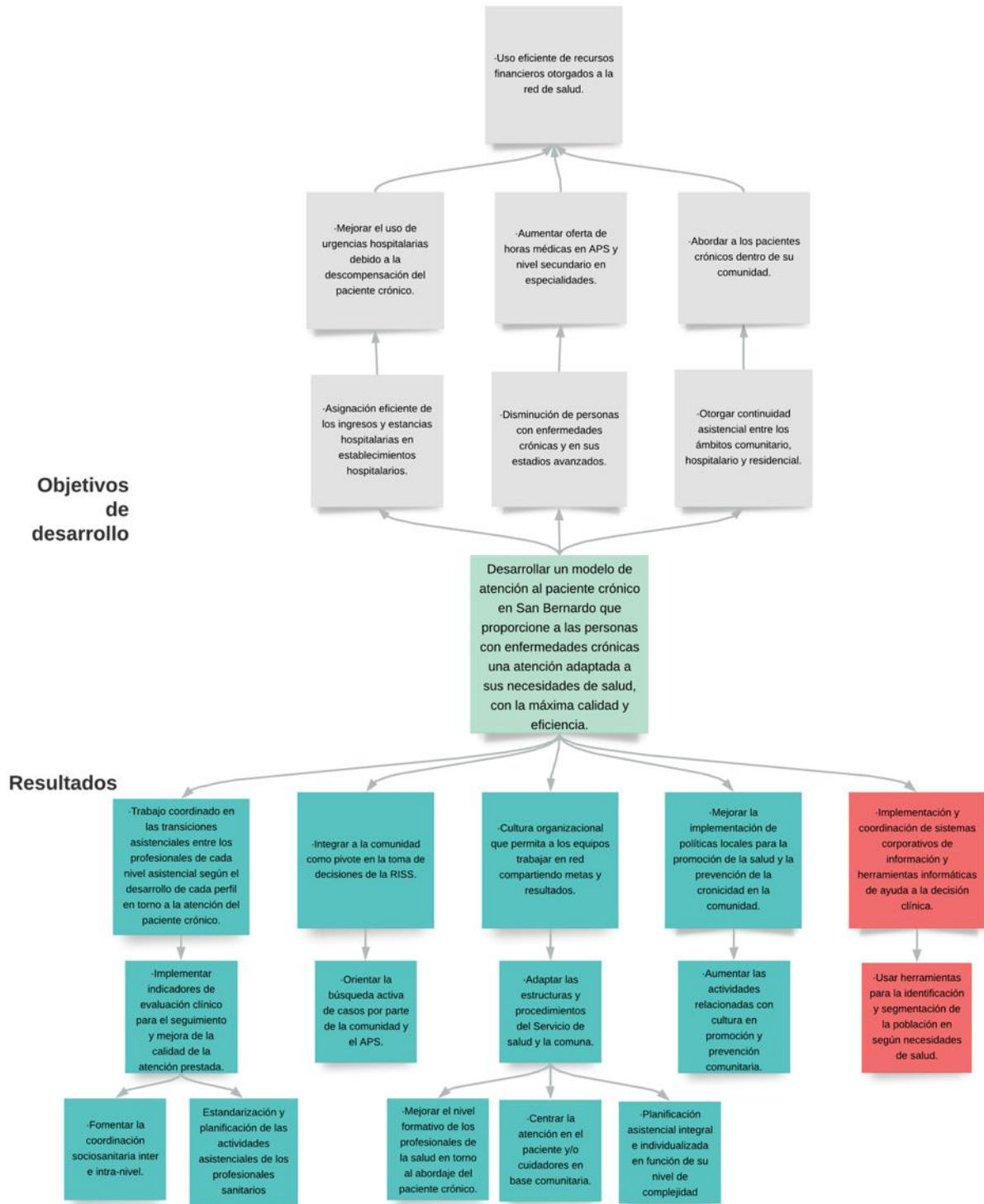
La realidad mundial, del país y de la comuna implican voluntades para dar cobertura a los cambios demográficos y epidemiológicos por los cuales estamos atravesando como población. Es por eso que el éxito del programa está relacionado íntimamente con el trabajo sobre las barreras existentes, cambios en la estrategia y decretos que fortifiquen la atención hacia el paciente crónico.

La factibilidad de gran parte de los objetivos implica un gran esfuerzo organizacional, cultural, de gestión, político y participativo. Es imprescindible implementar programas que tributen a la coordinación y eficiencia en el uso de los recursos. Es el funcionamiento de la red, como de los encargados de supervisar y velar por la entrega de lineamientos técnicos, lo que permitirá que, finalmente, se tribute en el cuidado del paciente crónico en su integralidad. Por lo anterior, dentro de los objetivos, es necesario priorizar:

- Estratificación de la población en cuanto a su cronicidad e identificación de los grupos de atención basada en necesidades locales.
- Definición de flujos y procesos de atención de personas con distintos perfiles de cronicidad.
- Reorientación del sistema de salud:
 - La APS como piedra angular del proceso asistencial en torno del paciente crónico.
 - La reorientación de la actividad de unidades y servicios del hospital, junto con la creación de protocolos de atención y derivación correspondiente, otorgando un abordaje integral a la cronicidad de la población y evitando uso innecesario de los servicios de urgencias y camas hospitalarias.
 - El rediseño de la actividad de los ELEM de la comuna.

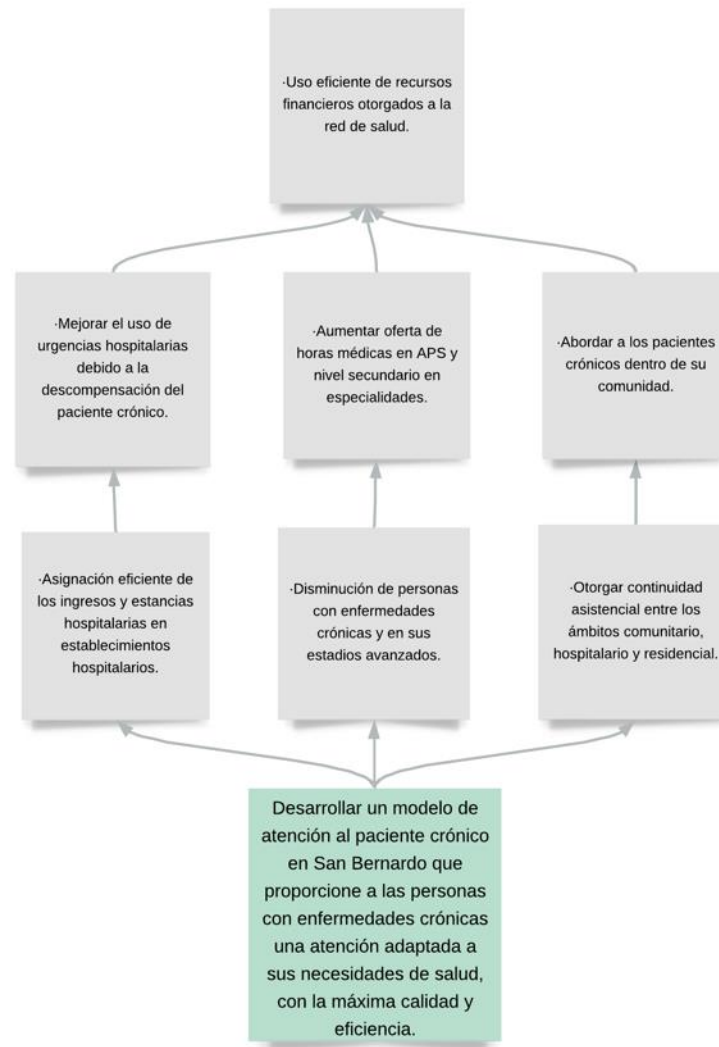
- Coordinación e integración de la asistencia sociosanitaria disponible entre los niveles de atención del paciente crónico.
- Desarrollo e integración de los sistemas de información entre los niveles asistenciales.
- Fortalecimiento de la comunidad en la toma de decisiones sobre las necesidades locales en salud.
- Control de los factores de riesgo para evitar las enfermedades crónicas a través de hábitos de vida saludable.
- Orientación de las actividades de promoción de salud, estilos de vida saludable y prevención comunitaria hacia grupos sanos y bajo riesgo.
- Prevención de las exacerbaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles y de la adquisición de otras comorbilidades que afecten a la población crónica.
- Uso de la evidencia científica para creación de protocolos de atención y disminuir con esto la variabilidad asistencial.
- Gestión de las actividades en base a objetivos claros y resultados medibles.
- Implementación de tecnología e innovación para la ayudar a la toma de decisiones.
- Alineación de fondos disponibles desde MINSAL, SEREMI o SSMS hacia la atención a la cronicidad.
- La implementación y análisis del comportamiento de las personas para el uso de nuevas tecnologías, mejorar la atención, la comunicación y la adherencia de los pacientes a los tratamientos.
- Definición de formación de postítulo y posgrados que garantice la adquisición de competencias y formación de los funcionarios de la salud en la atención del paciente crónico.
- Implementación de herramientas de gestión y planificación.

c. Árbol de Objetivo

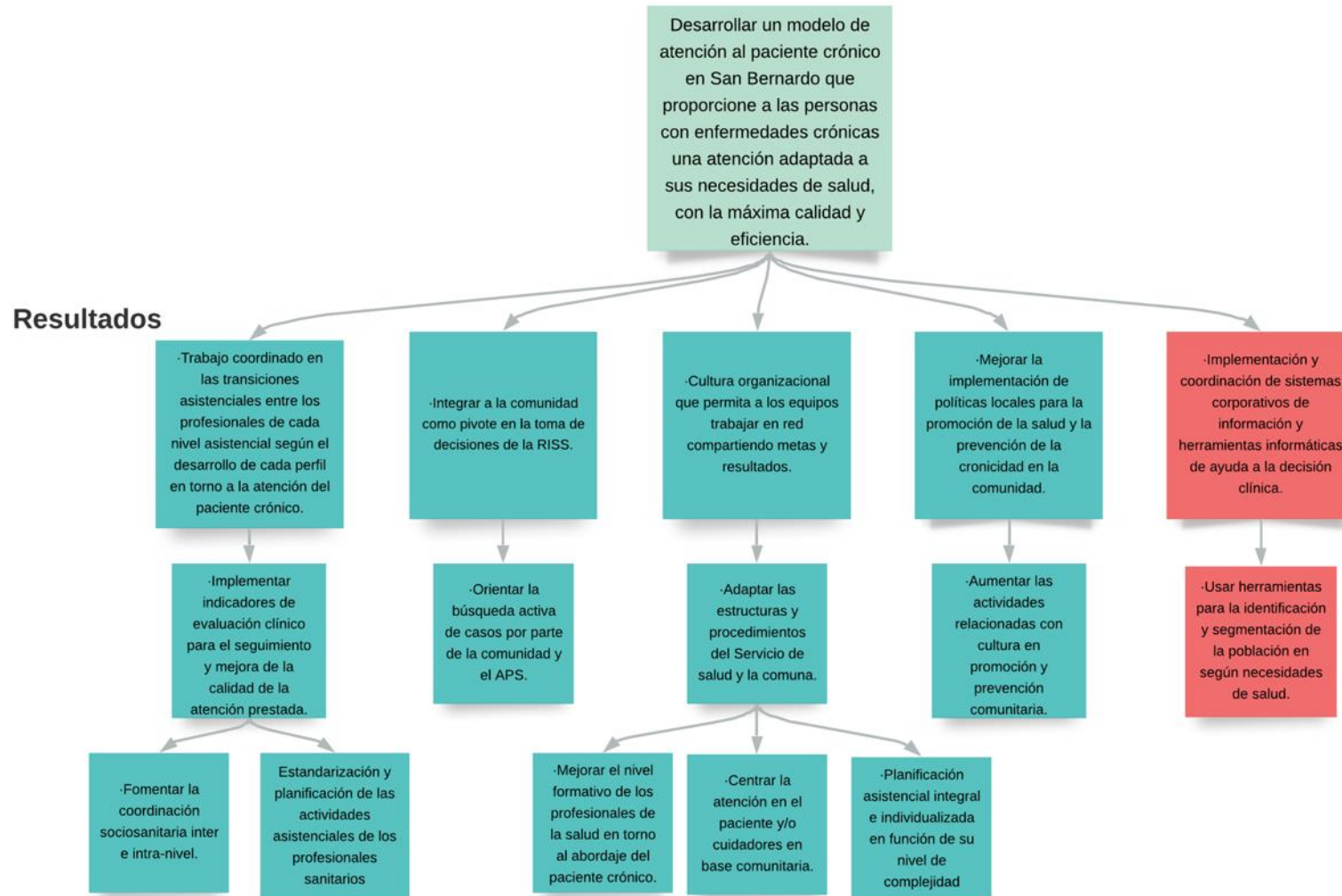


i. Objetivos de desarrollo

**Objetivos
de
desarrollo**



ii. Resultados



5. Análisis de alternativas

El análisis de alternativas se desarrolló vía Zoom debido a la pandemia. Esta correspondió a la tercera etapa en la que se presentaron los resultados de las sesiones previas diagnósticas y confrontación política, técnica y social con opciones más trabajadas y confluyentes a la realidad.

En primera instancia durante la sesión, se plantearon las acciones por cada objetivo establecido para hacer las observaciones finales desde cada esfera comprometida, considerando la disponibilidad de equipos, formación y capacidad técnica con la que se cuenta y se esperaría contar. Se definió en esta ocasión trabajar principalmente con recurso humano disponible por la limitada capacidad de contratación de personal. Las áreas comprometidas en este caso desde el punto de vista técnico fueron las del Programa de Salud cardiovascular y Promoción y Participación social.

Por otro lado, la comunidad se interesó en la implementación, la red y su funcionamiento, buscando una vinculación efectiva con el CESFAM/CECOSF correspondiente a su sector, teniendo a su favor personal destinado al contacto con los dirigentes. En este caso, los encargados de participación de cada centro de salud tomarían los casos y derivaciones.

Finalmente las instrucciones de implementación del programa serán llevados por los encargados de programa, y la supervisión por los directores de cada centro de salud, siendo la vinculación llevada por el director de salud con el Servicio de Salud.

Objetivo: Trabajo coordinado en las transiciones asistenciales entre los profesionales de cada nivel asistencial según el desarrollo de cada perfil en torno a la atención del paciente crónico.	
Acciones	Acción 1: Segmentación de la población por niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados en cada caso.
	Acción 2: Diseño de circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de que garanticen continuidad asistencial.

Objetivo: Cultura organizacional que permita a los equipos trabajar en red compartiendo metas y resultados.	
Acciones	Acción 1: Identificación de los liderazgos en departamentos y niveles de atención del paciente crónico.
	Acción 2: Implementación de políticas en la red de salud que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la comunidad en torno a la cronicidad.

Objetivo: Mejorar la implementación de políticas locales para la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad en la comunidad.	
Acciones	Acción 1: Fomentar el desarrollo de programas, basados en la evidencia, sobre promoción de salud y la adquisición de estilos de vida saludables con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables.
	Acción 2: Implementar actividades saludables en todas las políticas locales.

Objetivo: Integrar a la comunidad como pivote en la toma de decisiones de la RISS.	
Acciones	Acción 1: Identificación de casos vulnerables en comunidad para gestionar de manera adecuada sus necesidades.
	Acción 2: Fortalecer la formación de organizaciones sociales (organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, comisiones mixtas con instituciones de educación, bienestar social, seguridad, municipios)

Si bien es cierto, gran parte de los objetivos priorizados depende de las voluntades de los gobiernos, tanto nacionales como locales, en el servicio público se ha avanzado lentamente para tener tecnología que tribute a la toma de decisiones como en la implementación de la ficha clínica única, lo cual involucra también un gran desembolso de dineros para su implementación a todo nivel.

IV. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Con los antecedentes entregados, corresponde otorgar a la APS el rol de ser un eje efectivo de atención, donde sus características de abordaje longitudinal y cercanía a la población, con óptimas capacidades de resolución, en conjunto con el papel que debe jugar el hospital al otorgar una atención de calidad y la coordinación con el resto de los dispositivos asistenciales, lo que supone una apertura del hospital hacia la comunidad. La atención de salud debe contener redes integradas para los pacientes crónicos, con prestaciones de hospitalización domiciliaria, corta estancia, urgencias, equipos de soporte de cuidados paliativos y en conjunto con la atención socio-sanitaria, lo que en su totalidad deberían evitar los ingresos y estancias innecesarias, manteniendo a los pacientes en su entorno, desplazando al domicilio y a la comunidad todo el conocimiento y la tecnología necesarias para una atención integral.

1. Matriz de Marco Lógico

a. Objetivos por jerarquía

Cuadro 1. Resumen narrativo de los objetivos del Proyecto

PROYECTO Programa de coordinación entre niveles asistenciales para la atención de salud del paciente crónico en la comuna de San Bernardo.
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS
Fin Contribuir a la mejora de la calidad de vida para los pacientes crónicos de la comuna de San Bernardo.
Propósito Desarrollar un modelo de atención al paciente crónico en San Bernardo que proporcione a las personas con enfermedades crónicas, una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia.

Resultados

1. Trabajo coordinado en las transiciones asistenciales entre los profesionales de cada nivel asistencial según el desarrollo de cada perfil en torno a la atención del paciente crónico.
2. Cultura organizacional permite a los equipos trabajar en red compartiendo metas y resultados.
3. Políticas locales implementadas incorporan la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad en la comunidad.
4. La comunidad como pivote en la toma de decisiones de la RISS.

Actividades

Actividad 1.

- 1.1- Clasificar a la población según niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados en cada caso.
- 1.2- Diseñar circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de que garanticen continuidad asistencial por cada nivel y centro asistencial.
- 1.3- Reuniones con los líderes de departamento para reportabilidad.

Actividad 2.

- 2.1- Identificación de los liderazgos en departamentos y niveles de atención del paciente crónico.
- 2.2- Implementar políticas en la red de salud que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la comunidad en torno a la cronicidad.
- 2.3- Capacitar a los equipos de la red en torno a los procesos y flujos del paciente crónico en los distintos niveles de atención.

Actividad 3.

- 3.1- Implementar programas, basados en la evidencia, sobre promoción de salud y la adquisición de estilos de vida saludables con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables.
- 3.2- Implementar actividades saludables en todas las políticas locales.
- 3.3- Generar campañas de promoción de la salud para compartir en RRSS.

Actividad 4.

- 4.1- Identificar casos vulnerables en comunidad para gestionar de manera adecuada sus necesidades.
- 4.2- Fortalecer la formación de organizaciones sociales (organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, comisiones mixtas con instituciones de educación, bienestar social, seguridad, municipios)
- 4.3- Realizar capacitaciones a la comunidad en torno a la identificación de pacientes crónicos.

b. Indicadores

Cuadro 2. Indicadores según nivel de objetivos

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
Fin	
Contribuir a calidad de vida para los pacientes crónicos de la comuna de San Bernardo.	Mejora en la calidad de vida de los pacientes crónicos de la comuna de San Bernardo.
Propósito	
Desarrollar un modelo de atención al paciente crónico en San Bernardo que proporcione a las personas con enfermedades crónicas, una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia.	Aumento de la calidad y eficiencia de la atención de salud para las personas con enfermedades crónicas.
Resultados	
1. Trabajo coordinado en las transiciones asistenciales entre los profesionales de cada nivel asistencial según el desarrollo de cada perfil en torno a la atención del paciente crónico.	Derivaciones de pacientes crónicos desde APS hacia los hospitales
2. Cultura organizacional permite a los equipos trabajar en red compartiendo metas y resultados.	Reuniones realizadas entre los niveles de atención y los tomadores de decisiones en torno al paciente crónico.
3. Políticas locales implementadas incorporan la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad en la comunidad.	Políticas locales que incluyen a Promoción de la salud en su planteamiento.
4. La comunidad como pivote en la toma de decisiones de la RISS.	Sensibilizaciones sobre los procesos de derivación de personas a la RISS.
Actividades	
1.1.- Clasificar a la población según niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados en cada caso.	Población de San Bernardo clasificada según niveles de complejidad.
1.2.- Diseñar circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de que garanticen continuidad asistencial por cada nivel y centro asistencial.	Circuitos intra e inter-nivel generados para la atención del paciente crónico.
1.3.- Coordinar con los líderes de departamento para reportabilidad.	Reuniones mensuales con líderes de departamento.

2.1.- Identificación de los liderazgos en departamentos y niveles de atención del paciente crónico.	Sensibilización sobre liderazgo y manejo de equipos.
2.2.- Implementar políticas en la red de salud que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la comunidad en torno a la cronicidad.	Capacitación sobre desarrollo organizacional a los funcionarios en torno al paciente crónico.
2.3.- Capacitar a los equipos de la red en torno a los procesos y flujos del paciente crónico en los distintos niveles de atención.	Jornadas intra e inter-nivel sobre actualización de procesos y flujos en torno al paciente crónico.
3.1.- Implementar programas, basados en la evidencia, sobre promoción de salud y la adquisición de estilos de vida saludables con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables.	Cantidad de programas de promoción de la salud implementados en San Bernardo.
3.2.- Implementar actividades saludables en todas las políticas locales.	Actividades saludables incluidas por Política Pública.
3.3.- Generar campañas de promoción de la salud para compartir en RRSS.	Cantidad de campañas de promoción de la salud iniciadas en la comuna.
4.1.- Identificar casos vulnerables en comunidad para gestionar de manera adecuada sus necesidades.	Casos identificados en la comunidad.
4.2.- Fortalecer la formación de organizaciones sociales (organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, comisiones mixtas con instituciones de educación, bienestar social, seguridad, municipios).	Cantidad de organizaciones sociales por sector en la comuna de San Bernardo.
4.3.- Realizar capacitaciones a la comunidad en torno a la identificación de pacientes crónicos.	Exposiciones de expertos a la comunidad en torno al paciente crónico.

c. Medios de verificación

Cuadro 3. medios de verificación

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Mejora en la calidad de vida de los pacientes crónicos de la comuna de San Bernardo.	Estudio de la calidad de vida realizado a los pacientes crónicos bajo control de la comuna de San Bernardo.
Aumento de la calidad y eficiencia de la atención de salud para las personas con enfermedades crónicas.	Encuesta realizada a las personas con enfermedades crónicas de San Bernardo al año de ser integradas al programa.
Derivaciones de pacientes crónicos desde APS hacia los hospitales	Registros de derivaciones realizadas desde APS hacia hospitales.
Reuniones realizadas entre los niveles de atención y los tomadores de decisiones en torno al paciente crónico.	Actas de reuniones realizadas.
Políticas locales que incluyen a Promoción de la salud en su planteamiento.	Asesorías realizadas por el departamento de Promoción comunal hacia las propuestas de políticas.
Sensibilizaciones sobre los procesos de derivación de personas a la RISS.	Listados de asistencias firmadas por sensibilizaciones.
Población de San Bernardo clasificada según niveles de complejidad.	Registro de clasificación por persona bajo control según nivel de complejidad.
Circuitos intra e inter-nivel generados para la atención del paciente crónico.	Circuitos firmados por los líderes de departamento en relación con el paciente crónico.
Reuniones mensuales con líderes de departamento.	Listados de asistencias firmadas por reunión.
Sensibilización sobre liderazgo y manejo de equipos.	Registros de sensibilizaciones.
Capacitación sobre desarrollo organizacional a los funcionarios en torno al paciente crónico.	Listados de asistencias firmadas por capacitación.
Jornadas intra e inter-nivel sobre actualización de procesos y flujos en torno al paciente crónico.	Listado de jornadas realizadas.
Cantidad de programas de promoción de la salud implementados en San Bernardo.	Programas de promoción aprobados en concejo municipal.
Actividades saludables incluidas por Política Pública.	Registro fotográfico de las actividades realizadas.

Cantidad de campañas de promoción de la salud iniciadas en la comuna.	Constancia en RRSS comunales de las campañas iniciadas en la comuna.
Casos identificados en la comunidad.	Registro de casos identificados en comunidad.
Cantidad de organizaciones sociales por sector en la comuna de San Bernardo.	Listado de organizaciones sociales de DIDECO.
Exposiciones de expertos a la comunidad en torno al paciente crónico.	Listados de asistencias firmadas por capacitación.

d. Supuestos

Cuadro 4. Supuestos del proyecto

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	SUPUESTOS
Fin	
Contribuir a calidad de vida para los pacientes crónicos de la comuna de San Bernardo.	Los ediles electos se muestran propicios a implementar el programa y con esto, mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos.
Propósito	
Desarrollar un modelo de atención al paciente crónico en San Bernardo que proporcione a las personas con enfermedades crónicas, una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia.	Hay un plan de continuidad de la atención de salud para las personas con enfermedades crónicas.
Resultados	
1. Trabajo coordinado en las transiciones asistenciales entre los profesionales de cada nivel asistencial según el desarrollo de cada perfil en torno a la atención del paciente crónico.	Los profesionales de los distintos niveles se muestran interesados en el trabajo coordinado.
2. Cultura organizacional permite a los equipos trabajar en red compartiendo metas y resultados.	Las metas y resultados propuestos por el programa son aceptados por los equipos de trabajo.
3. Políticas locales implementadas incorporan la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad en la comunidad.	El departamento de promoción de la salud es incorporado en todas las planificaciones comunales.
4. La comunidad como pivote en la toma de decisiones de la RISS.	Existe una comunidad activa y toma parte de las decisiones de la RISS.
Actividades	
1.1.- Clasificar a la población según niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados en cada caso.	Los profesionales del APS clasifican a su población bajo control según niveles de complejidad.
1.2.- Diseñar circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de que garanticen continuidad asistencial por cada nivel y centro asistencial.	Los funcionarios se muestran interesados en las propuestas de protocolos y circuitos en torno de la continuidad asistencial del paciente crónico.

1.3.- Coordinar con los líderes de departamento para reportabilidad.	Reuniones propositivas en torno a la continuidad asistencial del paciente crónico.
2.1.- Identificación de los liderazgos en departamentos y niveles de atención del paciente crónico.	Líderes activos en su rol para la motivación de sus equipos en los departamentos y en los niveles de atención.
2.2.- Implementar políticas en la red de salud que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la comunidad en torno a la cronicidad.	Políticas acordes a las realidades locales con un rol activo de la comunidad.
2.3.- Capacitar a los equipos de la red en torno a los procesos y flujos del paciente crónico en los distintos niveles de atención.	Existe motivación en los funcionarios para realizar capacitaciones en cuanto a los procesos y flujos a implementar.
3.1.- Implementar programas, basados en la evidencia, sobre promoción de salud y la adquisición de estilos de vida saludables con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables.	Los equipos científicos se emplean para implementar buenas prácticas en torno a la promoción de la salud.
3.2.- Implementar actividades saludables en todas las políticas locales.	Todas las políticas locales incluyen actividades saludables.
3.3.- Generar campañas de promoción de la salud para compartir en RRSS.	Buena conectividad por parte de la comunidad para la visualización de las campañas de promoción de la salud en las RRSS comunales.
4.1.- Identificar casos vulnerables en comunidad para gestionar de manera adecuada sus necesidades.	Comunidad activa para la identificación de los casos crónicos y su derivación al programa.
4.2.- Fortalecer la formación de organizaciones sociales (organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, comisiones mixtas con instituciones de educación, bienestar social, seguridad, municipios).	Líderes comunales instan a la organización social en los territorios.
4.3.- Realizar capacitaciones a la comunidad en torno a la identificación de pacientes crónicos.	La comunidad está motivada en recibir capacitación sobre la cronicidad.

e. Resumen de Matriz de Marco Lógico

PROYECTO: Programa de coordinación entre niveles asistenciales para la atención de salud del paciente crónico en la comuna de San Bernardo.			
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin Contribuir a calidad de vida para los pacientes crónicos de la comuna de San Bernardo.	Mejora en la calidad de vida de los pacientes crónicos de la comuna de San Bernardo.	Estudio de la calidad de vida realizado a los pacientes crónicos bajo control de la comuna de San Bernardo.	Los ediles electos se muestran propicios a implementar el programa y con esto, mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos.
Propósito Desarrollar un modelo de atención al paciente crónico en San Bernardo que proporcione a las personas con enfermedades crónicas, una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia.	Aumento de la calidad y eficiencia de la atención de salud para las personas con enfermedades crónicas.	Encuesta realizada a las personas con enfermedades crónicas de San Bernardo al año de ser integradas al programa.	Hay un plan de continuidad de la atención de salud para las personas con enfermedades crónicas.
Resultados 1. Trabajo coordinado en las transiciones asistenciales entre los profesionales de cada nivel asistencial según el desarrollo de cada perfil en torno a la atención del paciente crónico.	Derivaciones de pacientes crónicos desde APS hacia los hospitales	Registros de derivaciones realizadas desde APS hacia hospitales.	Los profesionales de los distintos niveles se muestran interesados en el trabajo coordinado.
Resultado 2: Cultura organizacional permite a los equipos trabajar en red compartiendo metas y resultados.	Reuniones realizadas entre los niveles de atención y los tomadores de decisiones en torno al paciente crónico.	Actas de reuniones realizadas.	Cultura organizacional permite a los equipos trabajar en red compartiendo metas y resultados.

Resultado 3: Políticas locales implementadas incorporan la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad en la comunidad.	Políticas locales que incluyen a Promoción de la salud en su planteamiento.	Asesorías realizadas por el departamento de Promoción comunal hacia las propuestas de políticas.	El departamento de promoción de la salud es incorporado en todas las planificaciones comunales.
Resultado 4: La comunidad como pivote en la toma de decisiones de la RISS.	Sensibilizaciones sobre los procesos de derivación de personas a la RISS.	Listados de asistencias firmadas por sensibilizaciones.	Existe una comunidad activa y toma parte de las decisiones de la RISS.
Actividad 1.1- Clasificar a la población según niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados en cada caso.	Población de San Bernardo clasificada según niveles de complejidad.	Registro de clasificación por persona bajo control según nivel de complejidad.	Los profesionales del APS clasifican a su población bajo control según niveles de complejidad.
Actividad 1.2- Diseñar circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de que garanticen continuidad asistencial por cada nivel y centro asistencial.	Circuitos intra e inter-nivel generados para la atención del paciente crónico.	Circuitos firmados por los líderes de departamento en relación con el paciente crónico.	Los funcionarios se muestran interesados en las propuestas de protocolos y circuitos en torno de la continuidad asistencial del paciente crónico.

Actividad 1.3- Coordinar con los líderes de departamento para reportabilidad.	Reuniones mensuales con líderes de departamento.	Listados de asistencias firmadas por reunión.	Reuniones propositivas en torno a la continuidad asistencial del paciente crónico.
Actividad 2.1- Identificación de los liderazgos en departamentos y niveles de atención del paciente crónico.	Sensibilización sobre liderazgo y manejo de equipos.	Registros de sensibilizaciones.	Líderes activos en su rol para la motivación de sus equipos en los departamentos y en los niveles de atención.
Actividad 2.2- Implementar políticas en la red de salud que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la comunidad en torno a la cronicidad.	Capacitación sobre desarrollo organizacional a los funcionarios en torno al paciente crónico.	Listados de asistencias firmadas por capacitación.	Políticas acordes a las realidades locales con un rol activo de la comunidad.
Actividad 2.3- Capacitar a los equipos de la red en torno a los procesos y flujos del paciente crónico en los distintos niveles de atención.	Jornadas intra e inter-nivel sobre actualización de procesos y flujos en torno al paciente crónico.	Listado de jornadas realizadas.	Existe motivación en los funcionarios para realizar capacitaciones en cuanto a los procesos y flujos a implementar.
Actividad 3.1- Implementar programas, basados en la evidencia, sobre promoción de salud y la adquisición de estilos de vida saludables con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables.	Cantidad de programas de promoción de la salud implementados en San Bernardo.	Programas de promoción aprobados en concejo municipal.	Los equipos científicos se emplean para implementar buenas prácticas en

			torno a la promoción de la salud.
Actividad 3.2- Implementar actividades saludables en todas las políticas locales.	Actividades saludables incluidas por Política Pública.	Registro fotográfico de las actividades realizadas.	Todas las políticas locales incluyen actividades saludables.
Actividad 3.3- Generar campañas de promoción de la salud para compartir en RRSS.	Cantidad de campañas de promoción de la salud iniciadas en la comuna.	Constancia en RRSS comunales de las campañas iniciadas en la comuna.	Buena conectividad por parte de la comunidad para la visualización de las campañas de promoción de la salud en las RRSS comunales.
Actividad 4.1- Identificar casos vulnerables en comunidad para gestionar de manera adecuada sus necesidades.	Casos identificados en la comunidad.	Registro de casos identificados en comunidad	Comunidad activa para la identificación de los casos crónicos y su derivación al programa.
Actividad 4.2- Fortalecer la formación de organizaciones sociales (organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, comisiones mixtas con instituciones de educación, bienestar social, seguridad, municipios)	Cantidad de organizaciones sociales por sector en la comuna de San Bernardo.	Listado de organizaciones sociales de DIDECO.	Líderes comunales instan a la organización social en los territorios.
Actividad 4.3- Realizar capacitaciones a la comunidad en torno a la identificación de pacientes crónicos.	Exposiciones de expertos a la comunidad en torno al paciente crónico.	Listados de asistencias firmadas por capacitación.	La comunidad está motivada en recibir capacitación sobre la cronicidad.

2. Plan de ejecución

El Plan de ejecución se realizó a partir de las actividades agrupadas para cada uno de los resultados esperados que se proponen en la Matriz de Marco Lógico del Programa de coordinación entre niveles asistenciales para la atención de salud del paciente crónico en la comuna de San Bernardo. Para cada actividad se presenta el plan de ejecución y su respectivo cronograma.

a. Actividades y Cronograma

- **Plan de Ejecución Actividad 1.1:** Clasificar a la población según niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados en cada caso.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 1.1	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Presentar el modelo poblacional de Kaiser Permanente.	-Investigar modelo. -Factibilidad del modelo.	Abril/Mayo	\$1.908.672	SSMS
Capacitar a los funcionarios sobre el modelo poblacional de Kaiser Permanente	-Invitar a funcionarios. -Invitar a los exponentes. -Reservar el lugar de exposición	Abril/Mayo	\$408.672	SSMS
Clasificar a la población según modelo poblacional de Kaiser Permanente	-Registro de personas bajo control. -Clasificar según modelo	Mayo/Junio	\$408.672	Funcionarios de APS

- **Cronograma Actividad 1.1**

Clasificar a la población según niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados en cada caso.	Abril				Mayo				Junio			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Presentar el modelo poblacional de Kaiser Permanente.	X	X	X	X								
Capacitar a los funcionarios sobre el modelo poblacional de Kaiser Permanente					X	X	X	X				
Clasificar a la población según modelo poblacional de Kaiser Permanente									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 1.2:** Diseñar circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de que garanticen continuidad asistencial por cada nivel y centro asistencial.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 1.2	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Creación de Circuitos asistenciales y administrativos.	-Utilización de software para crear. -Autorización por jefe o líder de departamento	Julio/Agosto	\$408.672	SSMS
Sensibilización a los funcionarios de los distintos niveles.	-Invitar a los funcionarios. -Organizar jornada con expertos/creadores y funcionarios para trabajo participativo.	Julio/Agosto	\$908.672	SSMS
Implementar los circuitos creados.	-Sensibilizar a los funcionarios de APS.	Agosto/Septiembre	\$908.672	SSMS

	- Incluir mapas de derivación en CESFAM			
--	---	--	--	--

- **Cronograma Actividad 1.2**

Diseñar circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de que garanticen continuidad asistencial por cada nivel y centro asistencial	Julio				Agosto				Septiembre			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Creación de Circuitos asistenciales y administrativos.	X	X	X	X								
Sensibilización a los funcionarios de los distintos niveles.					X	X	X	X				
Implementar los circuitos creados.									X	X	X	X

Tabla Plan de Ejecución Actividad 1.3: Coordinar con los líderes de departamento para reportabilidad.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 1.3	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Reunirse con los líderes de departamento.	-Enviar invitación. -Entregar lineamientos en torno a la cronicidad.	Agosto/Septiembre	\$408.672	SSMS
Plantear reportabilidad a los líderes.	-Plantear sistema de reportabilidad. -Mejorar para implementación en el territorio.	Septiembre/Octubre	\$408.672	SSMS
Sensibilizar a equipos para reportabilidad.	-Reunión con funcionarios para reportabilidad. -Implementar reportabilidad.	Octubre/Noviembre	\$408.672	Directores de Salud/ Directores de CESFAM/CECOSF

- **Cronograma Actividad 1.3**

	Agosto				Septiembre				Octubre			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Coordinar con los líderes de departamento para reportabilidad.												
Reunirse con los líderes de departamento.	X	X	X	X								
Plantear reportabilidad a los líderes.					X	X	X	X				
Sensibilizar a equipos para reportabilidad.									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 2.1:** Identificación de los liderazgos en departamentos y niveles de atención del paciente crónico.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2.1	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Generar intervención de los equipos.	-Programar intervención. -Citar a los equipos.	Agosto/Septiembre	\$408.672	SSMS
Determinación de los líderes de equipo en torno a la cronicidad	-Elección de los líderes. - Promulgación de los líderes	Septiembre/Octubre	\$408.672	SSMS
Entrega de las funciones como líder en torno a la cronicidad.	-Definición de funciones. -Sensibilizar a los equipos	Octubre/Noviembre	\$408.672	SSMS

- **Cronograma Actividad 2.1**

	Agosto				Septiembre				Octubre			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Identificación de los liderazgos en departamentos y niveles de atención del paciente crónico.												
Generar intervención de los equipos.	X	X	X	X								
Determinación de los líderes de equipo en torno a la cronicidad.					X	X	X	X				

Entrega de las funciones como líder en torno a la cronicidad.										X	X	X	X
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

Tabla Plan de Ejecución Actividad 2.2: Implementar políticas en la red de salud que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la comunidad en torno a la cronicidad.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2.2	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Crear proyectos de políticas públicas.	-Invitar a los planificadores. -Acordar plazos y avances. Generar proyectos.	Agosto/Septiembre	\$408.672	Alcalde/Director de Salud
Realizar intervenciones participativas	-Invitar a la comunidad. -Proponer proyecto.	Septiembre/Octubre	\$658.672	Director de Salud/Directores de CESFAM/CECOSF/Comunidad
Realizar reuniones intersectoriales	-Con proyecto armado, invitar al interceptor. -Implementar políticas con el interceptor.	Octubre/Noviembre	\$658.672	Director de Salud

- **Cronograma Actividad 2.2**

Implementar políticas en la red de salud que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la comunidad en torno a la cronicidad.	Agosto				Septiembre				Octubre			
	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
Crear proyectos de políticas públicas.	X	X	X	X								
Realizar intervenciones participativas.					X	X	X	X				
Realizar reuniones intersectoriales.									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 2.3:** Capacitar a los equipos de la red en torno a los procesos y flujos del paciente crónico en los distintos niveles de atención.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2.3	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Creación del programa de capacitación	-Creación de los procesos y flujos. -Programar capacitación.	Agosto/Septiembre	\$408.672	SSMS/Director de Salud/Directores de CESFAM/CECOSF
Invitación a los funcionarios involucrados en la red.	-Enviar a los equipos invitación. -Solicitar los espacios para capacitación.	Septiembre/Octubre	\$908.672	SSMS/Director de Salud/Directores de CESFAM/CECOSF
Realización de la capacitación.	-Entrega de insumos. -Ejecución de capacitación.	Octubre/Noviembre	\$908.672	SSMS/Director de Salud/Directores de CESFAM/CECOSF

- **Cronograma Actividad 2.3**

Capacitar a los equipos de la red en torno a los procesos y flujos del paciente crónico en los distintos niveles de atención	Agosto				Septiembre				Octubre			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Creación del programa de capacitación	X	X	X	X								
Invitación a los funcionarios involucrados en la red.					X	X	X	X				
Realización de la capacitación.									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 3.1:** Implementar programas, basados en la evidencia, sobre promoción de salud y la adquisición de estilos de vida saludables con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Analizar programas en otros países/ciudades	-Analizar Políticas comparadas -Documentar investigaciones.	Abril/Indefinido	\$408.672	SSMS/Director de Salud
Reformar programas para implementación.	-Configurar para realidad local. -Documentar documento científico final	Mayo/Indefinido	\$408.672	SSMS/Director de Salud
Realizar diseño final participativo con la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Diseño final participativo con la comunidad.	Junio/Indefinido	\$858.672	SSMS/Director de Salud/Comunidad

- **Cronograma Actividad 3.1**

Implementar programas, basados en la evidencia, sobre promoción de salud y la adquisición de estilos de vida saludables con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables	Abril				Mayo				Junio (indefinido)			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Analizar programas en otros países/ciudades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reformar programas para implementación.					X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar diseño final participativo con la comunidad.									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 3.2:** Implementar actividades saludables en todas las políticas locales.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 3.2	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Diseño de actividad saludable.	-Analizar naturaleza de política -Establecer actividad óptima	Abril/Indefinido	\$408.672	SSMS/Director de Salud
Proponer actividad saludable.	-Evaluar la implementación de la actividad. -Documentar actividad.	Mayo/Indefinido	\$408.672	SSMS/Director de Salud
Implementar actividad saludable.	-Realizar actividad planificada. -Documentar experiencia	Junio/Indefinido	\$1.308.672	SSMS/Director de Salud/Comunidad

- **Cronograma Actividad 3.2**

Implementar actividades saludables en todas las políticas locales	Abril			Mayo				Junio				
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Diseño de actividad saludable.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Proponer actividad saludable.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar actividad saludable.									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 3.3:** Generar campañas de promoción de la salud para compartir en RRSS.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 3.3	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Lluvia de ideas con temáticas de promoción	-Invitar a expertos y a comunidad. - Documentar experiencia	Abril/Indefinido	\$663.008	Alcalde/Director de Salud
Planificar año y campañas	-Recoger experiencia de la lluvia de idea. - Calendarizar campañas	Mayo/Indefinido	\$613.008	Director de Salud
Publicar campañas	-Generar material para difusión en RRSS. -Publicar en RRSS comunales.	Junio/Indefinido	\$613.008	Director de Salud/Comunidad

Cronograma Actividad 3.3

Generar campañas de promoción de la salud para compartir en RRSS	Abril				Mayo				Junio			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Lluvia de ideas con temáticas de promoción	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planificar año y campañas					X	X	X	X	X	X	X	X
Publicar campañas									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 4.1:** Identificar casos vulnerables en comunidad para gestionar de manera adecuada sus necesidades.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 4.1	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Empoderar del rol a la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Comunicar rol en la identificación de casos.	Abril/Indefinido	\$858.672	Directores de CESFAM/CECOSF/Personal de Salud
Registrar a la comunidad	-Recorrer territorio. -Identificar casos.	Mayo/Junio	\$408.672	Personal de Salud/Comunidad
Derivar casos a APS	-Categorizar casos según necesidades. -Derivar casos al APS.	Junio/Indefinido	\$408.672	Personal de Salud/Comunidad

Cronograma Actividad 4.1

Identificar casos vulnerables en comunidad para gestionar de manera adecuada sus necesidades	Abril				Mayo				Junio (indefinido)			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Empoderar del rol a la comunidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar a la comunidad					X	X	X	X	X	X	X	X
Derivar casos a APS									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 4.2:** Fortalecer la formación de organizaciones sociales (organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, comisiones mixtas con instituciones de educación, bienestar social, seguridad, municipios)

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 4.1	TAREA SUBTAREA	Y	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Reunir a la comunidad territorial	-Invitar a la comunidad por territorio. -Gestionar lugar. -Presentar rol.		Abril/Indefinido	\$858.672	Directores de CESFAM/CE COSF/Personal de Salud
Capacitar en la formación formal de organizaciones sociales	-Invitar a la comunidad. -Exposición de expertos.		Mayo/Indefinido	\$858.672	Directores de CESFAM/CE COSF/Personal de Salud
Formar Organizaciones sociales	-Reunir a los participantes. -Registrar Organización social		Junio/Indefinido	\$408.672	Directores de CESFAM/CE COSF/Personal de Salud

- **Cronograma Actividad 4.2**

Fortalecer la formación de organizaciones sociales (organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, comisiones mixtas con instituciones de educación, bienestar social, seguridad, municipios).	Abril				Mayo				Junio (indefinido)			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Reunir a la comunidad territorial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitar en la formación formal de organizaciones sociales					X	X	X	X	X	X	X	X
Formar Organizaciones sociales									X	X	X	X

- **Tabla Plan de Ejecución Actividad 4.3:** Realizar capacitaciones a la comunidad en torno a la identificación de pacientes crónicos.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 4.1	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
-Armar contenidos programáticos.	-Seleccionar a expositores. -Elegir temas a tratar.	Abril/Mayo	\$408.672	Directores de CESFAM/CECOSF/ Personal de Salud
Reunir a la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Elegir temas a entregar participativamente.	Mayo/Junio	\$458.672	Personal de Salud/ Comunidad
Realizar capacitación a comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Expositor entrega capacitación.	Junio/Indefinido	\$908.672	Personal de Salud/ Comunidad

Cronograma Actividad 4.3

Realizar capacitaciones a la comunidad en torno a la identificación de pacientes crónicos.	Abril				Mayo				Junio			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Armar contenidos programáticos.	X	X	X	X								
Reunir a la comunidad.					X	X	X	X				
Realizar capacitación a comunidad.									X	X	X	X

b. Presupuesto

A pesar de los problemas expuestos, será necesario abordarlos una vez iniciados el proyecto, ya que el financiamiento de la APS se convierte en un problema que trasciende en el general de los gobiernos de turno.

El APS se financia a través del pago per cápita, el cual se ajusta según riesgo y éste varía por comuna. Se estructura a través un monto fijo y otro variable. Este último depende de factores como ruralidad, pobreza y acceso a la atención de salud. La asignación de monto fijo considera edad (mayores de 65 años) y desempeño difícil. El monto del per cápita varía si es que hay menos personas inscritas en el consultorio, y no conlleva una compensación según perfil epidemiológico. Cabe considerar que, si APS no tiene mecanismos de eficiencia, tampoco es atractivo para el personal de salud, asociado a que tampoco es considerado como central en la atención de salud.

El costo asociado a la implementación de sistemas de información unificado para las APS, considerando a las capacitaciones correspondientes, implican financiamiento. En el mismo sentido, la transmisión de información a la comunidad y los intentos de conectar las redes traen consigo horas de trabajo del más personal que deben ser remuneradas.

El detalle presupuestario, adjuntado en Anexos, se enfoca en el uso eficiente de los recursos que hay en los niveles de atención de salud y del intersector, utilizando solo en ocasiones profesionales del extrasistema.

Al final de esta sección, se presenta el resumen del presupuesto de acuerdo a la siguiente tabla:

Cuadro 5: Resumen de Presupuesto

Ítem	Costo Actividad 1	Costo Actividad 2	Costo Actividad 3	Costo Actividad 4	Total (\$)
Recursos Humanos	\$3.678.048	\$3.678.048	\$4.291.056	\$3.678.048	\$15.325.200
Bienes y Servicios de Consumo	\$2.500.000	\$1.500.000	\$1.400.000	\$1.850.000	\$7.250.000
Infraestructura (1)	0	0	0	0	0
Total	\$6.178.048	\$5.178.048	\$5.691.056	\$5.528.048	22.575.200

c. Control de calidad de la propuesta

El control de calidad de la propuesta descansará en los criterios definidos por OPS/OMS en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud para verificar que la matriz de Marco Lógico cumple con la calidad de un buen diseño de proyecto. La pauta de verificación con los criterios de OPS/OMS, es la siguiente:

Cuadro 30: Pauta control de calidad de diseño del Proyecto.

CRITERIOS	CUMPL E	
	SÍ	NO
Respecto al Fin		
1. El Fin responde al problema central identificado		
2. Presenta una justificación suficiente para el proyecto		
3. Está claramente expresado como una situación ya alcanzada		
4. Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios		
5. Los Indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto al Propósito		
6. El proyecto tiene un sólo Propósito		
7. El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado		
8. Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto		
9. Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto		
10. Los Indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los Resultados		
11. Los Indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante		
12. Los Indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto		
13. Los Indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto a los Resultados		
14. Los Resultados están expresados como logros		
15. Los Resultados del proyecto están claramente expresados		
16. Todos los Resultados son necesarios para cumplir el Propósito		
17. Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto		
18. Los Indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto a las Actividades		
19. Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada Componente		
20. Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Resultados		
21. Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los Indicadores		
22. Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar		
23. La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista		
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes		

24. La relación si/entonces entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes		
25. La relación entre los Resultados y el Propósito es realista		
26. La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad		
27. El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aun cuando no sean suficientes, para lograr el Fin		
28. Los Resultados, junto con Los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito		
29. Los Supuestos al nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades		
Otras		
30. La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador		
31. El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto		

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arancibia y cols., 2014. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Centro de Políticas Públicas UC.
- Artiles J, Duarte G. 2002. Enfermería Comunitaria de Enlace en el Servicio Canario de Salud. Evaluación de una propuesta organizativa para la mejora de la Atención Domiciliaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Áviles M., Cuevas M., Zafra E., 2014. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana.
- Bengoa R. 2008. Curar y cuidar. En: Bengoa R, Nuño R editores. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson.
- CPP-UC (2014). Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica. Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>
- DEIS (2019). Datos básicos. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.bvs.hn/docum/ops/IndicadoresBasicos2019_spa.pdf
- Hidalgo, C.G. y Carrasco, E., 2000. Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria. Santiago: Ediciones UC.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2017) Censo de población y vivienda 2017.
- Kass DA, Duggal P, Cingolani O. Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages Lancet 2020,395:1023:1544-45 [https://doi.org/10.116/S0140-6736\(20\)31024-2](https://doi.org/10.116/S0140-6736(20)31024-2)
- Min San España, (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_A_BORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Montero, J., Majluf, N., Corbalán, J., Herrera, C., Mansilla, C., Peñaloza, B., & Rojas, V., 2011. Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la

salud municipal. Centro de Políticas Públicas UC, Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2011.

- Montero, J., Téllez, A., & Herrera, C., 2010. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Temas de la Agenda Pública.
- Navarro, Vicenç (3 de marzo, 2020) “Lo que no se ha dicho de la epidemia de coronavirus” Público. Disponible en: <https://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2020/03/03/lo-que-no-se-ha-dicho-de-la-epidemia-de-coronavirus/>
- OECD (2019). Data. Organización for Economic Cooperation and Development. Disponible en: <https://data.oecd.org/healtheq/hospital-beds.htm>
- Organización Mundial de la Salud, 2008. La Atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Washington, DC: OMS.
- Wagner, E. (1993). Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2.
- WHO (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. World health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>
- WHO-Euro (2016). Integrated care models: an overview. WHO Regional Office for Europe. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
- World Bank. 2020. *Global Economic Prospects, June 2020*. Washington, DC: World Bank. DOI: 10.1596/978-1-4648-1553-9.
- Wu Z, McGoogan JM Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease2019 (COVID-19) Outbreakin China Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention JAMA April7,2020,323, Number13 Zunyou.
- Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020; 395: 1054–62.

VI. ANEXOS

a. Desglose de presupuesto

Cuadro 6: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 1.1

Subactividad es Actividad 1	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente Social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Presentar el modelo poblacional de Kaiser Permanente.	-Investigar modelo. -Factibilidad del modelo.	1 vez	44 horas	44 horas	-	\$408.672
Capacitar a los funcionarios sobre el modelo poblacional de Kaiser Permanente	-Invitar a funcionarios. -Invitar a los exponentes. -Reservar el lugar de exposición	1 vez	44 horas	44 horas	-	\$408.672
Clasificar a la población según modelo poblacional de Kaiser Permanente	-Registro de personas bajo control. -Clasificar según modelo	1 vez	44 horas	44 horas	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 7: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 1.1

Subactividades Actividad 1	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Presentar el modelo poblacional de Kaiser Permanente.	-Investigar modelo. -Factibilidad del modelo.	PC	2	\$500.000	\$1.000.000
Capacitar a los funcionarios sobre el modelo poblacional de Kaiser Permanente	-Invitar a funcionarios. -Invitar a los exponentes.	Proyector	1	\$500.000	\$500.000

	-Reservar el lugar de exposición				
Clasificar a la población según modelo poblacional de Kaiser Permanente	-Registro de personas bajo control. -Clasificar según modelo	-	-	-	-
Total					\$1.500.000

Cuadro 8: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 1.2

Subactividad des Actividad 2	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Creación de Circuitos asistenciales y administrativos.	-Utilización de software para crear. -Autorización por jefe o líder de departamento	1 vez	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Sensibilización a los funcionarios de los distintos niveles.	-Invitar a los funcionarios. -Organizar jornada con expertos/creadores y funcionarios para trabajo participativo.	10 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Implementar los circuitos creados.	-Sensibilizar a los funcionarios de APS. - Incluir mapas de derivación en CESFAM	10 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 9: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 1.2.

Subactividades Actividad 1.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Creación de Circuitos asistenciales y administrativos.	-Utilización de software para crear. -Autorización por jefe o líder de departamento	-	-	-	-
Sensibilización a los funcionarios de los distintos niveles.	-Invitar a los funcionarios. -Organizar jornada con expertos/creadores y funcionarios para trabajo participativo.	Coffee Break	10	\$50.000	\$500.000
Implementar los circuitos creados.	-Sensibilizar a los funcionarios de APS. - Incluir mapas de derivación en CESFAM	Coffee Break	10	\$50.000	\$500.000
Total					\$1.000.000

Cuadro 10: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 1.3.

Subactividades Actividad 1.3	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Reunirse con los líderes de departamento .	-Enviar invitación. -Entregar lineamientos en torno a la cronicidad.	10 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Plantear reportabilidad a los líderes.	-Plantear sistema de reportabilidad. -Mejorar para implementación en el territorio.	10 veces	44 hrs	44 hrs		\$408.672

Sensibilizar a equipos para reportabilidad.	-Reunión con funcionarios para reportabilidad. -Implementar reportabilidad.	10 veces	44 hrs	44 hrs		\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 11: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 1.3.

Subactividades Actividad 1.3	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Reunirse con los líderes de departamento.	-Enviar invitación. -Entregar lineamientos en torno a la cronicidad.	-	-	-	-
Plantear reportabilidad a los líderes.	-Plantear sistema de reportabilidad. -Mejorar para implementación en el territorio.	-	-	-	-
Sensibilizar a equipos para reportabilidad.	-Reunión con funcionarios para reportabilidad. -Implementar reportabilidad.	-	-	-	-
Total					-

Cuadro 12: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 2.1.

Subactividades Actividad 2.1	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Generar intervención de los equipos.	-Programar intervención. -Citar a los equipos.	10 veces	44 hrs	44 hrs		\$408.672
Determinación de los líderes de equipo en	-Elección de los líderes.	10 veces	44 hrs	44 hrs		\$408.672

torno a la cronicidad	- Promulgación de los líderes					
Entrega de las funciones como líder en torno a la cronicidad.	-Definición de funciones. -Sensibilizar a los equipos	10 veces	44 hrs	44 hrs		\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 13: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 2.1

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Generar intervención de los equipos.	-Programar intervención. -Citar a los equipos.	-	-	-	-
Determinación de los líderes de equipo en torno a la cronicidad	-Elección de los líderes. - Promulgación de los líderes	-	-	-	-
Entrega de las funciones como líder en torno a la cronicidad.	-Definición de funciones. -Sensibilizar a los equipos	-	-	-	-
Total					-

Cuadro 14: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 2.2.

Subactividades Actividad 2.2	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Crear proyectos de políticas públicas.	-Invitar a los planificadores. -Acordar plazos y avances. Generar proyectos.	5 veces	44 hrs.	44 hrs.	-	\$408.672
Realizar intervenciones participativas	-Invitar a la comunidad. -Proponer proyecto.	5 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672

Realizar reuniones intersectoriales	-Con proyecto armado, invitar al intersector. -Implementar políticas con el intersector.	5 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 15: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 2.2

Subactividades Actividad 2.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Crear proyectos de políticas públicas.	-Invitar a los planificadores. -Acordar plazos y avances. -Generar proyectos.	-	-	-	-
Realizar intervenciones participativas	-Invitar a la comunidad. -Proponer proyecto.	Coffee Break	5	\$50.000	\$250.000
Realizar reuniones intersectoriales	-Con proyecto armado, invitar al intersector. -Implementar políticas con el intersector.	Coffee Break	5	\$50.000	\$250.000
Total					\$500.000

Cuadro 16: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 2.3.

Subactividades Actividad 2.3	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Creación del programa de capacitación	-Creación de los procesos y flujos. -Programar capacitación	1 vez	44 hrs.	44 hrs.	-	\$408.672

Invitación a los funcionarios involucrados en la red.	-Enviar a los equipos invitación. -Solicitar los espacios para capacitación.	10 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Realización de la capacitación.	-Entrega de insumos. -Ejecución de capacitación.	10 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 17: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 2.3

Subactividades Actividad 2.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Creación del programa de capacitación	-Creación de los procesos y flujos. -Programar capacitación.	-	-	-	-
Invitación a los funcionarios involucrados en la red.	-Enviar a los equipos invitación. -Solicitar los espacios para capacitación.	Coffee Break	10	\$50.000	\$500.000
Realización de la capacitación.	-Entrega de insumos. -Ejecución de capacitación.	Coffe Break	10	\$50.000	\$500.000
Total					\$1.000.000

Cuadro 18: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 3.1.

Subactividades Actividad 3.1	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)

Analizar programas en otros países/ciudades	-Analizar Políticas comparadas -Documentar investigaciones.	9 veces	44 hrs.	44 hrs.	-	\$408.672
Reformar programas para implementación.	-Configurar para realidad local. -Documentar documento científico final	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Realizar diseño final participativo con la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Diseño final participativo con la comunidad.	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 19: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 3.1

Subactividades Actividad 2.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Analizar programas en otros países/ciudades	-Analizar Políticas comparadas -Documentar investigaciones.	-	-	-	-
Reformar programas para implementación.	-Configurar para realidad local. -Documentar documento científico final	-	-	-	-
Realizar diseño final participativo con la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Diseño final participativo con la comunidad.	Coffe Break	9	\$50.000	\$450.000
Total					\$450.000

Cuadro 20: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 3.2.

Subactividades Actividad 3.2	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)

Diseño de actividad saludable.	-Analizar naturaleza de política -Establecer actividad óptima	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Proponer actividad saludable.	-Evaluar la implementación de la actividad. -Documentar actividad.	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Implementar actividad saludable.	-Realizar actividad planificada. -Documentar experiencia	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 21: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 3.2

Subactividades Actividad 3.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Diseño de actividad saludable.	-Analizar naturaleza de política -Establecer actividad óptima	-	-	-	-
Proponer actividad saludable.	-Evaluar la implementación de la actividad. -Documentar actividad.	-	-	-	-
Implementar actividad saludable.	-Realizar actividad planificada. -Documentar experiencia	-Stand - Equipamiento deportivo	9	\$100.000	\$900.000
Total					\$900.000

Cuadro 22: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 3.3.

Subactividades Actividad 3.3	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (Publicista)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)

Lluvia de ideas con temáticas de promoción	-Invitar a expertos y a comunidad. - Documentar experiencia	1 vez	44 hrs	44 hrs	44 hrs	\$613.008
Planificar año y campañas	-Recoger experiencia de la lluvia de idea. - Calendarizar campañas	1 vez	44 hrs	44 hrs	44 hrs	\$613.008
Publicar campañas	-Generar material para difusión en RRSS. -Publicar en RRSS comunales.	9 veces	44 hrs	44 hrs	44 hrs	\$613.008
Total						\$1.839.024

Cuadro 23: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 3.3

Subactividades Actividad 3.3	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Lluvia de ideas con temáticas de promoción	-Invitar a expertos y a comunidad. -Documentar experiencia	Coffee Break	1 vez	\$50.000	\$50.000
Planificar año y campañas	-Recoger experiencia de la lluvia de idea. -Calendarizar campañas	-	-	-	-
Publicar campañas	-Generar material para difusión en RRSS. -Publicar en RRSS comunales.	-	-	-	-
Total					\$50.000

Cuadro 24: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 4.1.

Subactividades Actividad 4.1	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Empoderar del rol a la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Comunicar rol en la identificación de casos.	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Registrar a la comunidad	-Recorrer territorio. -Identificar casos.	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Derivar casos a APS	-Categorizar casos según necesidades. -Derivar casos al APS.	9 veces	44 hrs.	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 25: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 4.1

Subactividades Actividad 2.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Empoderar del rol a la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Comunicar rol en la identificación de casos.	Coffee Break	9	\$50.000	\$450.000
Registrar a la comunidad	-Recorrer territorio. -Identificar casos.	-	-	-	-
Derivar casos a APS	-Categorizar casos según necesidades. -Derivar casos al APS.	-	-	-	-
Total					\$450.000

Cuadro 26: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 4.2.

Subactividades Actividad 4.2	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Reunir a la comunidad territorial	-Invitar a la comunidad por territorio. -Gestionar lugar. -Presentar rol.	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Capacitar en la formación formal de organizaciones sociales	-Invitar a la comunidad. -Exposición de expertos.	9 veces	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Formar Organizaciones sociales	-Reunir a los participantes. -Registrar Organización social	9 veces	44 hrs.	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 27: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 4.2

Subactividades Actividad 2.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Reunir a la comunidad territorial	-Invitar a la comunidad por territorio. -Gestionar lugar. -Presentar rol.	Coffe Break	9	\$50.000	\$450.000
Capacitar en la formación formal de organizaciones sociales	-Invitar a la comunidad. -Exposición de expertos.	Coffe Break	9	\$50.000	\$450.000

Formar Organizaciones sociales	-Reunir a los participantes. -Registrar Organización social	-	-	-	-
Total					\$900.000

Cuadro 28: Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 4.3.

Subactividad des Actividad 4.3	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Profesional de la salud)	N° Horas RRHH 2 (Asistente social)	N° Horas RRHH 3 (identificar)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
-Armar contenidos programáticos.	-Seleccionar a expositores. -Elegir temas a tratar.	1 vez	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Reunir a la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Elegir temas a entregar participativamente.	1 vez	44 hrs	44 hrs	-	\$408.672
Realizar capacitación a comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Expositor entrega capacitación.	9 veces	44 hrs.	44 hrs	-	\$408.672
Total						\$1.226.016

Cuadro 29: Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 4.3

Subactividades Actividad 2.2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
-Armar contenidos programáticos.	-Seleccionar a expositores. -Elegir temas a tratar.	-	-	-	-
Reunir a la comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Elegir temas a entregar participativamente.	Coffe Break	1	\$50.000	\$50.000

Realizar capacitación a comunidad.	-Invitar a la comunidad. -Expositor entrega capacitación.	Coffe Break	9	\$50.000	\$450.000
Total					\$500.000