



**“Disminuir las inasistencias a tratamientos de
rehabilitación ambulatoria en la Unidad de Medicina
Física y Rehabilitación del Complejo Hospitalario San
José”**

**Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**Alumno: Javiera Lorca Suárez
Profesor Guía: Cristian Rebolledo Díaz**

*“Un buen profesional no trata
una enfermedad, sino a la
persona que la padece”*

Moshé M.

Tabla de contenidos

1. Resumen Ejecutivo	5
2. Introducción	7
a. Contexto relevante del lugar de intervención	7
b. Evolución y características importantes de la situación actual	9
c. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual	11
d. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE	14
3. Metodología	14
a. Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada	14
b. Equipo Gestor	16
c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados	16
4. Fase Analítica	19
a. Descripción del problema	19
i. Identificación y priorización de problemas	19
ii-. Selección y justificación del problema	20
b. Análisis de los involucrados	21
i-. Identificación de actores involucrados	21
ii-. Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados	21
iii-. Identificación de intereses y mandatos que cada involucrado posee y defiende en relación con el problema central	21
iv-. Identificación de la capacidad de incidir que poseen los diferentes involucrados	22
v-. Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones	22
vi-. Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados	22
vii-. Construcción de Matriz de Involucrados	22
c. Análisis de Problemas	24
i-. Análisis usando árbol de problemas	24
ii-. Identificación de problemas principales	25

iii-. Identificación y caracterización del problema central	26
iv-. Análisis de relaciones causa-efecto	26
v-. Diagrama de árbol de problemas	27
d. Análisis de Objetivos	28
i-. Análisis utilizando Árbol de Objetivos	28
ii-. Análisis de Viabilidad	28
iii-. Diagrama árbol de objetivos	29
e. Análisis de Alternativas	29
f. Síntesis de la Fase Analítica	32
5. Fase de Planificación	34
a. Objetivos por jerarquía	34
b. Indicadores	37
c. Medios de verificación	38
d. Supuestos	39
e. Resumen de Matriz de Marco Lógico	43
f. Plan de Ejecución	45
g. Presupuesto	53
h. Control de calidad de la propuesta	61
6. Bibliografía	64
7. Anexos	64

1. Resumen Ejecutivo

En Chile, 1 de cada 5 personas no asiste a sus citas de atención médica. Los motivos descritos en la literatura son variados e incluyen desde el olvido y/o confusión por parte del usuario, la falta de transporte y el estado de salud del usuario, hasta los tiempos de espera, la calidad de la atención y la escasa comunicación entre pacientes y profesionales de la salud. Las consecuencias de este fenómeno afectan negativamente tanto a los centros de salud como a los usuarios. Por eso, múltiples estudios han buscado identificar las causas de estas ausencias y, por otro lado, diferentes centros de salud, tanto públicos como privados, han implementado diversas estrategias para mejorar la asistencia de los usuarios a sus citas médicas.

Este proyecto tiene como objetivo "contribuir a aumentar la adherencia y continuidad del tratamiento de los usuarios que asisten a tratamientos de rehabilitación ambulatoria, con el fin de incrementar su funcionalidad y participación, reducir su multimorbilidad y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida". Esto se logrará a través del propósito "bajo número de inasistencias de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria".

El lugar de intervención es la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del CDT Eloísa Díaz, que forma parte del Complejo Hospitalario San José y presta servicios a las personas del área norte de Santiago.

Para llevar a cabo este proyecto, se formó un equipo gestor compuesto por profesionales de la salud relacionados con la rehabilitación que trabajan en la Unidad en cuestión y son fundamentales en el desarrollo del proyecto. Luego, se siguió la Metodología de Marco Lógico, que incluyó los siguientes pasos:

- Se priorizó un problema a través de una lluvia de ideas, seguida de una Matriz de Priorización, donde el problema principal identificado fue el "Alto número de inasistencias de los usuarios a sus tratamientos de rehabilitación ambulatoria".
- Se creó un árbol de problemas para definir las causas y efectos del problema priorizado.

- Se elaboró un árbol de objetivos, transformando de manera positiva lo obtenido en el árbol de problemas. Luego, se definió el alcance del proyecto.
- Se propusieron 4 acciones viables a cargo de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación para abordar el problema.
- Se desarrolló la Matriz de Marco Lógico, que estableció los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos del proyecto.
- Se elaboró el Plan de Ejecución, conforme a la Metodología de Marco Lógico, definiendo la duración de la actividad, los responsables y los costos.

La importancia de este proyecto radica en la creación de una estrategia destinada a reducir una problemática generalizada en el ámbito sanitario. Esto contribuirá, entre otras cosas, a mejorar la utilización de los recursos humanos en el centro de salud y a elevar la calidad de vida de los usuarios

2. Introducción

Este proyecto presenta la Actividad Formativa Equivalente (AFE) para optar al grado de Magíster en Administración en Salud. Para esto se realizó un proyecto de mejora utilizando la metodología de Marco Lógico en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Complejo Hospitalario San José (CHSJ), lugar en el que me desempeño profesionalmente.

a. Contexto relevante del lugar de intervención

El Complejo Hospitalario San José (CHSJ) forma parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y se encuentra conformado por el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Dra. Eloísa Díaz y por el Hospital San José (HSJ). Corresponde a un establecimiento de alta complejidad que brinda atención a los adultos y recién nacidos provenientes de las comunas del área norte de la capital, tales como Independencia, Recoleta, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Colina, Lampa y Til Til. (1)

El funcionamiento del Hospital data de 1872 y comienza sus actividades sin estar terminado para enfrentar una epidemia de viruela en la capital. Desde esa fecha se atendieron pacientes de diversas enfermedades infectocontagiosas, siendo la tuberculosis la que lo llevó a convertirse en el hospital pionero en su manejo, llegando a tener una dotación de 400 camas solo para enfermos con tuberculosis. Posteriormente, y luego de años de crecimiento en cantidad y complejidad de la atención hospitalaria, en el año 1994 y en el contexto del proyecto de Reposición Hospitalaria, comienza el funcionamiento del nuevo HSJ y del CDT Eloísa Díaz, donde este último se hace cargo de las atenciones ambulatorias hasta la fecha. En el 2004 ambos establecimientos contiguos se unen formando el actual CHSJ. (2)

Este recinto asistencial cuenta con una superficie de 47.855 m², donde posee 65 box de atención en el CDT y 11 box de Urgencia, más 590 camas en el HSJ, divididas en camas de cuidados críticos, intermedios y básicas; obstetricia y neonatología. Según la cuenta pública del CHSJ del año 2021, trabajan 3616 funcionarios entre Administrativos, Técnicos, Auxiliares, Profesionales, Médicos, Odontólogos, Químicos y Bioquímicos. De estos, 651 se encontraron realizando

labores de teletrabajo durante el 2021. Además, durante ese año recibió 682 alumnos de diversas casas de estudio que mantienen una relación docente asistencial con el CHSJ. (3)

Durante el año 2021 el HSJ realizó 21.435 egresos hospitalarios con un promedio de 8,9 días por hospitalización. Por su parte, el CDT realizó 119.555 consultas de especialidad, 25.070 atenciones dentales y 35.698 atenciones de rehabilitación.

Actualmente, el CHSJ entrega 34 servicios descritos en el cuadro 1:

Cuadro N°1: Unidades que conforman el CHSJ separadas en unidades clínicas y de apoyo.

Unidades Clínicas	Unidades de Apoyo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurocirugía y Neurología ▪ Dental ▪ Otorrino ▪ Dermatología ▪ Medicina del Trabajo ▪ Dolor y Cuidados Paliativos ▪ UTI ▪ UCI ▪ ITS ▪ Reumatología ▪ Hematología ▪ Diabetes y Endocrino ▪ Broncopulmonar ▪ Emergencias ▪ Médico Quirúrgico ▪ Nefrología y Diálisis ▪ Medicina Física ▪ Urología ▪ Traumatología 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboratorio ▪ Esterilización ▪ Anatomía Patológica ▪ Imagenología ▪ Farmacia ▪ Alimentación ▪ ANI ▪ Banco de Sangre

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina ▪ Neonatología ▪ Oftalmología ▪ Geriatría ▪ Cardiovascular ▪ Cirugía ▪ Ginecología y Obstetricia 	
---	--

El Centro de Diagnóstico y Tratamiento Eloísa Díaz es un establecimiento de salud que en conjunto con el HSJ conforman el CHSJ. Este fue fundado en 1973 por la Doctora Eloísa Díaz, una reconocida ginecóloga y obstetra chilena, quien dedicó su vida a la promoción de la salud y el bienestar de las mujeres y los niños (2).

El CDT Eloísa Díaz se hace cargo de las atenciones ambulatorias de los usuarios pertenecientes al área norte de la capital. Este ofrece servicios de atención de consultas médicas de especialidad, exámenes de laboratorio, imagenología, farmacia, tratamientos de rehabilitación, atenciones en salud mental, atenciones dentales y la realización de algunos procedimientos ambulatorios.

b. Evolución y características importantes de la situación actual

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, ubicada en el CDT Eloísa Díaz, tiene como misión interna “Brindar servicios integrales de rehabilitación humanizados y de calidad a través de un equipo interdisciplinario especializado, a beneficiarios de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Para ello, se promueve el permanente desarrollo de sus funcionarios y de sus quehaceres con el fin de favorecer una mejor calidad de vida de nuestros usuarios” y su visión es “Ser un centro referente en el desarrollo, implementación e innovación de servicios de rehabilitación a nivel nacional”. Para esto, la Unidad cuenta con 3 médicos Fisiatras, 7 kinesiólogos, 1 psicóloga, 4 terapeutas ocupaciones en el contexto ambulatorio, 2 fonoaudiólogos en el contexto ambulatorio, 1 técnico en enfermería y 4 administrativos. Con esto ofrece los

servicios necesarios para que la rehabilitación y posterior reinserción de los usuarios sea lo más multidisciplinaria posible. Recibe interconsultas desde los servicios de Neurología, Neurocirugía, Geriátrica, Cirugía Vascular, Reumatología, entre otros. Además, la Unidad se hace cargo del Taller Ortopédico, quienes se encargan de la fabricación de elementos ortopédicos y protésicos como plantillas, prótesis de extremidad inferior, ortesis tobillo pie, trajes compresivos, entre otros, con el fin de complementar y optimizar el proceso de rehabilitación del usuario.

Desde finales del 2019, en consecuencia, del “Estadillo Social” y posteriormente a causa de la pandemia en 2020 y 2021, las atenciones ambulatorias se vieron reducidas en más de la mitad de las atenciones. En primera instancia, esto ocurrió debido a una disminución de horario en la jornada laboral ante problemas relacionados con el transporte y la seguridad de trabajadores y usuarios en los traslados hacia el centro de salud. Luego, influyeron otros factores vinculados a la pandemia que también ocasionaron la disminución de atenciones, como la disminución de los aforos en los recintos de salud, la disminución del personal habilitado para trabajar de manera presencial y la falta de un plan para mantener la atención de pacientes a distancia. Sin embargo, se intentó realizar atenciones vía correo electrónico o video llamadas entre teléfonos particulares de pacientes y profesionales, ambos desde sus hogares.

Actualmente, y progresivamente desde octubre de 2021, el CDT Eloísa Díaz, y en consecuencia la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, ha retomado sus horarios habituales con el personal completo manteniendo sus funciones de rehabilitación de manera presencial. Estas son realizadas por los siguientes profesionales detallado a continuación en el siguiente cuadro:

Cuadro N°2: Distribución física y carga de atención terapéutica según tipo de profesional.

Carga de atención terapéutica según tipo de profesional		
Profesional	Carga de atención terapéutica	Lugar de atención

6 kinesiólogos	2 pacientes por hora 7 horas al día	2 box 2 gimnasios
4 terapeutas ocupaciones	2 pacientes por hora 7 horas al día	2 gimnasios 1 box
2 fonoaudiólogos	1 paciente por hora 7 horas al día	1 box

No obstante, a pesar de que el hospital está atendiendo usuarios en su máxima capacidad, se han vislumbrado 2 situaciones que van en directo desmedro de la rehabilitación de los pacientes. En primer lugar, y debido al tiempo en que las atenciones ambulatorias de rehabilitación fueron significativamente reducidas, la demanda en la solicitud de estas se ha visto aumentada y con ello el ingreso de nuevos usuarios, dando a conocer la falta de espacio físico para que los profesionales puedan realizar su atención de manera adecuada. En segundo lugar, se ha podido ver que en el año 2022 el promedio de inasistencias a tratamientos de rehabilitación por parte de los usuarios es de un 30% aproximadamente, abriendo la inquietud de por qué los usuarios no están asistiendo a sus tratamientos de rehabilitación pese a que los funcionarios retomaron sus funciones habituales, abriendo la posibilidad a nuevas barreras desconocidas a la atención y continuidad de los tratamientos en rehabilitación en salud.

c. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual

El área norte de Santiago de Chile, que incluye las comunas de Til Til, Lampa, Colina, Huechuraba, Independencia, Recoleta, Conchalí y Quilicura, es una zona densamente poblada con una gran cantidad de habitantes. Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, esta zona alberga a más de un millón de personas, con una densidad poblacional promedio de alrededor de 2.900 habitantes por kilómetro cuadrado. El nivel socioeconómico de la población varía entre las diferentes comunas, aunque en general se caracteriza por ser de clase

media-baja. En cuanto a salud, la cantidad de gente que se atiende en el SSMN al año 2021 es de 786.827 personas, de ellos 630.157 son usuarios beneficiarios del CHSJ al ser pacientes mayores de 15 años. (3)

El CHSJ se ubica en la comuna de Independencia y según la comuna del área norte que se venga su acceso tiene diferentes alternativas, costos y tiempos de traslado. A continuación, el cuadro n°3, de elaboración propia, para visualizar la comparación de costos, distancias y tiempos según la comuna de procedencia. Cabe destacar que todos los datos son aproximaciones pues la variación va a depender de la hora del día, día de la semana, tráfico, tiempos de espera, distancias exactas, entre otros.

Cuadro N°3: Distancia, costo y tiempo de duración de traslado según comuna perteneciente al área norte de la capital hasta el CHSJ

Comuna	Distancia (Km)	Costo en transporte público	Tiempo en transporte público	Costo en transporte particular *	Tiempo en transporte particular
Independencia	4	\$800	20 minutos	\$2000	15 minutos
Conchalí	5	\$800	30 minutos	\$2000	25 minutos
Recoleta	5	\$800	30 minutos	\$2000	25 minutos
Huechuraba	9	\$800	45 minutos	\$3000	30 minutos
Quilicura	14	\$800	1 hora	\$4500	45 minutos
Colina	17	\$1300	1,25 horas	\$5000	45 minutos
Lampa	23	\$1500	1,5 horas	\$7000	1 hora
Til Til	40	\$2000	2 horas	\$9000	1,5 horas

*El costo del transporte particular está basado en el gasto en gasolina más el cobro del TAG por el uso de autopistas. Contempla solo la ida.

En el año 2022, según la base de datos del Sistema SIDRA, las inasistencias a tratamientos de rehabilitación fue de un 30% en promedio

aproximadamente, lo que se traduce en que un 30% de las horas disponibles para atenciones en rehabilitación se están perdiendo por inasistencias de los usuarios, lo que hace que pierdan su continuidad en el tratamiento. A continuación, una figura de elaboración propia con los datos del sistema SIDRA, que permiten visualizar las inasistencias según profesión (kinesiología, fonoaudiología y terapia ocupacional).

Tabla N°1: Número de atenciones agendadas versus atenciones realizadas según profesión el año 2022.

Profesión	Atenciones agendadas	Atenciones realizadas
<i>Fonoaudiología</i>	1855	1448
<i>Kinesiología</i>	13698	9678
<i>Terapia Ocupacional</i>	7420	5465
TOTAL	22973	16591

*Fuente: Sistema SIDRA

La problemática de la gran inasistencia de los usuarios a las atenciones en salud no es solo de esta Unidad, la literatura menciona que los principales efectos de esta tónica son la infrautilización del recurso humano y los materiales necesarios para la atención, un esfuerzo adicional en la reprogramación de citas, un coste de oportunidad en los servicios entregados y un eventual desmedro en la salud del usuario que no asiste (5). Al mismo tiempo, se han descrito cuáles serían las principales causas de por qué ha debido ausentarse a sus citas de tratamiento, y se ha encontrado que desde el punto de vista del usuario los principales factores serían: el olvido, la confusión sobre la fecha/hora de la cita, la resolución del problema, las creencias de salud, la falta y dificultad de transporte, los problemas de programación, el estado de salud, la resistencia a la consulta, y la frustración con la organización manifestada por largos tiempos de espera y discontinuidad de la atención. Entre los factores relacionados con el sistema destacan: la falta de

comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes, los tiempos de espera, la calidad de consulta, la demora en la asignación de la cita, los problemas administrativos y/o de oficina y el lugar de la atención sanitaria (6).

d. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE

A través del desarrollo de la Actividad Formadora Equivalente (AFE) que busca ponerle fin al proceso de formación del Magister de Administración en Salud, se diseñó un proyecto de alto impacto para el CHSJ, institución en la cual me desempeño como profesional, mediante el uso de la metodología de Marco Lógico. El objetivo de este proyecto es identificar las causas de la falta de continuidad en los tratamientos de rehabilitación ambulatoria y proponer un proyecto de mejora para aumentar la adherencia y la continuidad de los pacientes al tratamiento, con el fin de optimizar el proceso de rehabilitación de los usuarios y promover el mejor uso del recurso humano existente.

3. Metodología

a. Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada

La metodología de Marco Lógico es una herramienta de gestión de planes, proyectos y/o programas que se aplica en un contexto de Salud Pública en el que, mediante la identificación de un problema o una necesidad, se establecen objetivos para posteriormente diseñar una intervención (4). Se compone de una matriz que presenta los objetivos, las actividades, los indicadores de seguimiento y evaluación, los riesgos y las suposiciones del proyecto. El objetivo principal de esta metodología es asegurar que los proyectos de salud sean efectivos, eficientes y sostenibles, y que se puedan evaluar y mejorar continuamente para garantizar que se cumplan las necesidades de la población y se logren los resultados esperados. (4)

En esta AFE se diseñó una intervención que pretende abordar la falta de continuidad en los tratamientos de rehabilitación de los usuarios pertenecientes al SSMN que se atienden de forma ambulatoria en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del CDT Eloísa Díaz. Para esto se elaboró una Carta Gantt con el fin de organizar las diferentes actividades a desarrollar.

Cuadro N°4: Carta Gantt del proyecto separado en sus diferentes etapas

Etapa Metodológica	Abril	Mayo			
	Del 24 al 30	Del 1 al 7	Del 8 al 14	Del 15 al 21	Del 21 al 31
<i>Identificación lugar intervención</i>					
<i>Caracterización lugar intervención</i>					
<i>Definición metodología</i>					
<i>Conformación Equipo Gestor</i>					
<i>Informe</i>					
Etapa Analítica	Junio				Julio
	Del 1 al 11	Del 12 al 18	Del 19 al 25	Del 25 al 30	Del 1 al 9
<i>Identificación problema</i>					
<i>Identificación involucrados</i>					
<i>Matriz problemas</i>					
<i>Matriz involucrados</i>					
<i>Árbol Problemas</i>					
<i>Árbol Objetivos</i>					
<i>Viabilidad</i>					
<i>Alternativas</i>					
<i>Informe</i>					
Etapa Planificación	Julio			Agosto	
	Del 10 al 17	Del 17 al 23	Del 24 al 31	Del 1 al 20	Del 20 al 31
<i>Objetivos MML</i>					
<i>Indicadores</i>					
<i>Medios de Verificación</i>					
<i>Supuestos</i>					
<i>Resumen MML</i>					
<i>Plan de Ejecución</i>					
<i>Presupuesto</i>					
<i>Esquema de identificación diseño</i>					
<i>Informe</i>					

Todas estas actividades fueron llevadas a cabo en compañía, asesoramiento y supervisión del equipo gestor, con el fin de aumentar la validez de la problemática, sus causas, efectos y posteriormente las alternativas de solución.

b. Equipo Gestor

El equipo gestor que acompañó la realización de esta actividad está constituido por funcionarios pertenecientes al CHSJ que desempeñan sus funciones en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Los integrantes son diversos profesionales del área de la rehabilitación que ofrecen servicios ambulatorios en la Unidad en cuestión; a saber:

- Andrés Blanco. Kinesiólogo. aablancoc@gmail.com
- Benjamín Calixto. Fonoaudiólogo. benjamin.calixto@gmail.com
- Monserrat Calleja. Kinesióloga. monserratcallejar@gmail.com
- Miguel Fuentes. Terapeuta Ocupacional. Miguel.fuentesg@redsalud.gov.cl
- Marcela Tapia. Terapeuta Ocupacional. Marcela.tapiac91@gmail.com

Además, se contempló consultas según pertinencia, a la jefa de la Unidad Dra. Carolina González, coordinador y coordinadora subrogante de kinesiología Klgo. Guillermo Saavedra y Klga. Nidia Carrasco, Coordinador y Coordinadora subrogante TO Eduardo Romero y TO Ximena Fuentes, Flga. Catalina Guerrero y por supuesto, a los usuarios de los servicios de rehabilitación del CDT Eloísa Díaz.

La importancia de estos participantes se verá reflejada en los resultados obtenidos desde la Fase Analítica para la construcción de la Matriz de Marco Lógico y posteriormente en la Fase de Planificación donde se propondrá la intervención a realizar.

c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

Las técnicas e instrumentos metodológicos usados varían según la etapa del proyecto de salud que se analice. A continuación, los diferentes tipos ordenados según la fase del proyecto (4):

1-. Fase Analítica

En esta fase, la primera técnica utilizada fue la **Lluvia de Ideas** que se aplicó en la primera reunión del grupo gestor con el objetivo de visualizar las diferentes

problemáticas percibidas. Luego, y con el fin de priorizar la pertinencia de los problemas en cuestión, se utilizó la **Matriz de Priorización de Problemas** (Anexo 1), que consiste en darle valor (3=Alto, 1=Medio, 0=Nulo) a los siguientes criterios:

- Características y magnitud de la población afectada
- Prioridad que representa en los lineamientos de política definidos por las máximas autoridades
- Gobernabilidad del equipo gestor
- Incidencia sobre otros problemas

Posteriormente, con el equipo gestor se construyó la nómina de actores involucrados y luego se contestó la **Matriz de Involucrados** (Anexo 2). Esta buscó indagar sobre los actores sociales que tienen o pueden tener una participación directa o indirecta en el problema que se busca abordar mediante el proyecto y su intervención. Los criterios utilizados en esta herramienta de análisis son:

- 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

Aquí los valores variarían entre -15 a +15, ambos extremos implican mucha incidencia, solo que el valor negativo se relaciona con la oposición y los valores positivos con aprobación.

Posterior al análisis de los involucrados, se procedió al análisis de los problemas. Este análisis se realizó, en conjunto con el equipo gestor, mediante el **Árbol de Problemas**; una técnica que permite visualizar de manera gráfica el problema central y establecer relaciones causales y de efecto. Una vez terminado este paso, corresponde hacer el análisis de los objetivos, que

permite describir la situación que existiría si se solucionaran los problemas, identificar las relaciones medios-fines de los objetivos y delimitar el ámbito de intervención del proyecto. La técnica utilizada en esta ocasión fue el **Árbol de Objetivos**, basado completamente en el árbol anterior.

Finalmente, en esta fase, y luego de haber realizado todo lo antes descrito, corresponde el turno del **Análisis de Alternativas**. Este se realizó sobre los objetivos definidos y permite identificar soluciones alternativas, seleccionar estrategias potenciales y definir la estrategia que adoptará el proyecto.

2-. Fase de Planificación

En esta etapa, lo primero que corresponde hacer es la **Matriz de Marco Lógico** (Anexo 3), que es un instrumento que contempla todos los elementos para la gestión del proyecto, incluyendo aquellos para su evaluación y seguimiento. La MML proporciona diversa información:

- Columnas
 - ✓ Resumen narrativo de los objetivos
 - ✓ Indicadores, mediciones del impacto de cada objetivo.
 - ✓ Medios de Verificación.
 - ✓ Supuestos, factores externos que implican riesgos.
- Filas
 - ✓ Fin, razón del proyecto a la cual contribuye.
 - ✓ Propósito, efecto logrado cuando el proyecto ha sido ejecutado.
 - ✓ Resultados, bienes y servicios producidos por el proyecto.
 - ✓ Actividades, acciones requeridas para producir los resultados.

Cabe señalar que una vez construida debe tener la validación del equipo gestor.

4. Fase Analítica

a. Descripción del problema

i. Identificación y priorización de problemas

Se realizaron reuniones con el equipo gestor, en las que, mediante conversaciones y usando la técnica “lluvia de ideas” se obtuvieron las siguientes

problemáticas relacionadas con el tema principal “Falta de continuidad de los tratamientos de rehabilitación ambulatorios en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del CHSJ”:

1. El traslado de los usuarios desde sus hogares hacia el CDT Eloísa Díaz es insuficiente, inconstante y costoso.
2. Alto número de inasistencias de los usuarios a las atenciones de rehabilitación ambulatoria.
3. Condiciones materiales inadecuadas: Los espacios físicos son reducidos, se encuentran en mal estado, carecen de áreas privadas y cuentan con escaso equipamiento.
4. Falta de comunicación entre los equipos médicos y los equipos de rehabilitación en relación con las decisiones del plan terapéutico.
5. Escasa disponibilidad de la Red de Apoyo de los usuarios para acompañarlos a sus tratamientos de rehabilitación.
6. No se utiliza de forma adecuada los sistemas de atención remota para llevar a cabo las sesiones de rehabilitación.
7. No existe un sistema de recordatorio o confirmación de asistencia a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria.

A continuación, y de manera remota, todos los participantes contestaron el instrumento “Matriz de priorización de problemas” obteniendo los siguientes resultados.

Cuadro N°5: Matriz de Priorización de Problemas

Criterios	Problemas						
	Traslado	Inasistencias	Condiciones Materiales	Falta de comunicación	Red de Apoyo	Sistema de atención remota	Sistema recordatorio

Características y magnitud	2	2	2.3	1.8	1.5	1.3	2.3
Prioridad	1.6	2	1.6	1.3	0.5	0.8	0.6
Gobernabilidad	0.5	2	0.8	2	1.1	2.3	2
Incidencia sobre otros problemas	3	2.3	1.3	1.6	1.3	0.8	2
Total	7.1	8.3	6	6.7	4.4	5.2	6.9

Las tres primeras prioridades fueron:

- Alto número de inasistencias de los usuarios a las atenciones de rehabilitación ambulatoria. (8.3 puntos)
- El traslado de los usuarios desde sus hogares hacia el CDT Eloísa Díaz es insuficiente, inconstante y costoso. (7.1 puntos)
- No existe un sistema de recordatorio o confirmación de asistencia a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria. (6.9 puntos)

ii-. Selección y justificación del problema

El problema que obtuvo la puntuación más alta fue “Alto número de inasistencias de los usuarios a las atenciones de rehabilitación ambulatorias” con 8.3 puntos de 12 como máximo. Este enunciado escogido por el equipo gestor es importante porque:

- Para el 2023 existe una nueva meta desde el MINSAL donde se describe un rendimiento en atenciones óptimo de un 95%, siendo un 85% la línea de corte inferior.
- Es una problemática que afecta transversalmente a todos los servicios de rehabilitación
- Abarca a otros de los problemas mencionados en el listado
- Implica una subutilización del recurso humano disponible
- El equipo gestor puede intervenir en algunas de sus causas

b. Análisis de los involucrados

i-. Identificación de actores involucrados

El equipo gestor determinó que los actores involucrados son los siguientes:

- Instituciones: MINSAL, SSMN, CHSJ, APS y Municipalidades.
- Grupos: Médicos especialistas, Equipo Gestor y Profesionales de rehabilitación.
- Individuos: Jefa de Unidad de Medicina Física, Red de apoyo del usuario y Usuarios.

ii-. Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados

La percepción del problema central de los involucrados va a depender del nivel de jerarquización, en el que, por ejemplo, al SSMN le van a preocupar las inasistencias de los usuarios, debido a las metas que se deben rendir al MINSAL para poder justificar recursos de acuerdo con el rendimiento de sus profesionales. Por otro lado, los Profesionales de Rehabilitación van a percibir el problema desde el desmedro que conlleva en la pronta recuperación de los usuarios el no tener una continuidad adecuada en su tratamiento.

iii-. Identificación de intereses y mandatos que cada involucrado posee y defiende en relación con el problema central

Los intereses y mandatos van a depender de qué tan involucrados estén con el proceso de rehabilitación según la jerarquía del involucrado. Por ejemplo, para el MINSAL, el interés principal es que se cumpla con el rendimiento de un 95%. Sin embargo, para la Jefa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación su interés principal es buscar e implementar estrategias para facilitar la asistencia de los usuarios a sus tratamientos de rehabilitación.

iv-. Identificación de la capacidad de incidir que poseen los diferentes involucrados

La capacidad de incidir de los involucrados va a depender, al igual que en los puntos anteriores, por el nivel jerárquico de cada institución, grupo o individuo involucrado, pues a mayor jerarquía mayor poder de acción. Sin embargo, en este

problema en particular, el usuario adquiere una importante capacidad de incidir, pues son ellos quienes finalmente deciden si asisten o no a tratamiento, facilitando, o no, su continuidad en la rehabilitación.

v-. Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones

En este punto, todos los actores involucrados tienen alto interés en que disminuyan los niveles de inasistencias de los usuarios a sus tratamientos de rehabilitación por distintos motivos. Sin embargo, se reconoce el beneficio para todos ante la resolución de la problemática.

vi-. Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados

Debido a que todos los actores involucrados poseen un interés positivo en que la problemática “Alto nivel de inasistencia de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatorios” se resuelve que no deberían desarrollarse conflictos entre ellos.

vii-. Construcción de Matriz de Involucrados

Cuadro N°6: Matriz de Involucrados

Actores	Problema Percibido	Intereses y Mandatos	Poder	Interés	Valor
MINSAL, Redes Asistenciales	Aumento de morbimorbilidad y, en consecuencia, el gasto en salud per cápita	Mantener un óptimo Estado de Salud de la población	5	+2	10
SSMN, Subdirección de Gestión Asistencial	Aumento de la morbilidad de los Usuarios Ineficiencia en el uso del RRHH Difícil acceso a los tratamientos de rehabilitación	Eficiente uso del RRHH y económico Mejorar el Estado de Salud de los usuarios del área norte	5	+2	10
CHSJ, CDT Eloísa Díaz	Ineficiencia en el uso del RRHH por gran cantidad de horas pérdidas	Mejorar el Estado de Salud de los usuarios mediante la rehabilitación	4	+2	8

	Complejización de los tratamientos a los usuarios por aumento de la Morbilidad				
APS	Complejización de los usuarios por aumento de la morbilidad	Fomentar la asistencia de los usuarios a los servicios de rehabilitación para mejorar su estado de salud	1	+2	2
Municipalidades, Dirección de Salud	Empobrecimiento de la población Difícil acceso de los usuarios al transporte para asistir a sus tratamientos de rehabilitación	Brindar mejor acceso y oportunidad al traslado a los servicios de rehabilitación	4	+2	8
Médicos Especialistas	Aumento en el periodo de resolución de ciertas patologías de pacientes Disminución funcionalidad de usuarios	Fomentar la asistencia de los usuarios a los servicios de rehabilitación para mejorar su estado de salud	3	+2	6
Equipo Gestor	Aumentos en los tiempos de resolución de las patologías de los usuarios Aumento de la morbilidad de los usuarios Falta de continuidad de tratamiento	Fomentar la asistencia de los usuarios a los servicios de rehabilitación para mejorar su estado de salud	3	+3	9
Profesionales de Rehabilitación	Perdida de alianza terapéutica Disminución de la adherencia al tratamiento Aumento de la complejización de los usuarios	Entregar un buen servicio para favorecer la rehabilitación del usuario	3	+2	6
Director	Ineficiencia en el uso del RRHH Aumento de la complejización de los usuarios	Eficiente uso del RRHH Favorecer la recuperabilidad de los usuarios de los	4	+2	8

		servicios de rehabilitación			
Jefa Unidad de Medicina Física	Gran número de horas de atención perdidas Aumento del deterioro de los Usuarios	Eficiente uso del RRHH Favorecer la recuperabilidad de los usuarios de los servicios de rehabilitación	3	+3	9
Red de Apoyo del Usuario	Disminución funcionalidad del Usuario Sobrecarga del cuidador Empobrecimiento del Usuario y su Red de Apoyo	Acompañar al usuario en su proceso de rehabilitación Aumento de la funcionalidad del usuario	1	+3	3
Usuario	Disminución funcionalidad Disminución en su calidad de vida Aumento de la dependencia No resolución de su patología	Asistir a sus horas de rehabilitación Mejorar su Estado de Salud	3	+2	6

c. Análisis de Problemas

i-. Análisis usando árbol de problemas

Después de establecer el problema central “Alto número de inasistencias de los usuarios a sus atenciones de rehabilitación ambulatorias” se procedió en conjunto con el equipo gestor a establecer las causas directas, correspondientes a aquellas que en conjunto explican el porqué del problema principal. Luego las causas indirectas y finalmente las causas estructurales que tienen que ver con razones más profundas asociadas a políticas públicas u otros temas donde las autoridades más importantes, como el MINSAL, son a las que le corresponde intervenir.

El siguiente paso fue establecer los efectos del problema central, los que en general están asociados a un aumento de la morbilidad de los usuarios y una disminución de su funcionalidad y participación en la sociedad, llevando

consecuentemente a un mayor gasto en salud y una disminución en la calidad de vida de los usuarios.

ii-. Identificación de problemas principales

Desde la metodología de marco lógico se pueden separar las causas o problemas principales desde 3 categorías: Directos, Indirectos y Estructurales. Las primeras dos categorías son aquellas en las que la estrategia a desarrollar puede intervenir, sin embargo, en los problemas estructurales no es posible elaborar una intervención puesto que están relacionadas con políticas públicas que escapan del poder de acción del equipo gestor y las autoridades del lugar de intervención.

A continuación, se presenta el detalle de las tres clasificaciones de problemas:

1. Causas Directas:

- Olvido del Usuario
- Superposición de horas de atención en salud
- Desmotivación de los usuarios con el tratamiento
- Dificil acceso al centro de rehabilitación
- Incompatibilidad con labores de cuidado
- Horas disponibles coinciden con horario laboral del usuario

2. Causas Indirectas:

- Ausencia de sistema de refuerzo recordatorio de horas de atención en salud
- Desorganización de las horas de atención en salud
- Desconocimiento del beneficio de la rehabilitación
- Dependencia del centro de salud para pedir y recibir atenciones en salud
- Pérdida de alianza terapéutica
- Transporte (público, privado o municipal) deficiente, costoso e inconstante
- Redes de apoyo comunitarias insuficientes
- Franja horaria de atención restringida

3. Causas Estructurales:

- Sistema Informático sin versiones evolutivas

- Falta de Capital Cultural
- Multimorbilidad de los Usuarios
- Nivel socioeconómico medio bajo
- Rigidez en horarios de atención y carga terapéutica

iii-. Identificación y caracterización del problema central

Para el problema central “Alto número de inasistencias a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria” definido en la Matriz de Problemas se puede definir la siguiente línea de base:

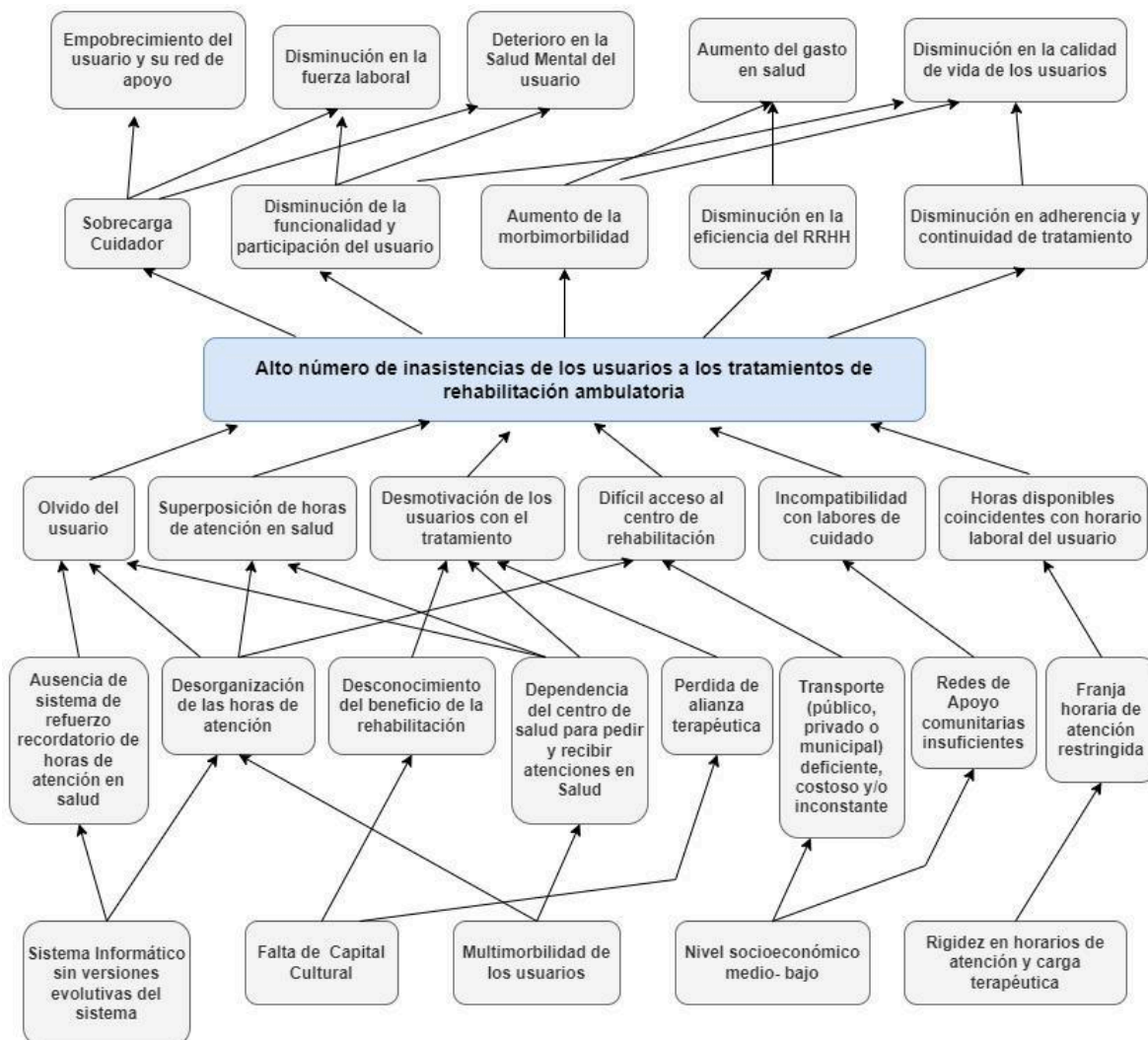
- Un promedio de un 30% de inasistencias a las horas agendadas a tratamientos o evaluaciones en rehabilitación.
- Deficiente uso del RRHH existente por pérdida de sesiones ambulatorias de rehabilitación.
- Aumento de la morbilidad de los usuarios.
- Disminución de la funcionalidad y participación de los usuarios por aumento de su discapacidad.
- Insatisfacción de los usuarios por no poder mejorar su condición de salud.
- Desmotivación de los profesionales al no poder resolver de manera adecuada y constante la problemática del usuario.

iv-. Análisis de relaciones causa-efecto

Al realizar las líneas desde las causas estructurales, pasando por las directas e indirectas, luego el problema central hasta llegar a los efectos, podemos notar que hay dos aristas importantes: La primera desde el efecto hacia el usuario, en la que la mayoría de las causas llevan hacia un desmedro en la calidad de vida del usuario, ya sea por un aumento de su morbilidad, una complejización en su diagnóstico, una disminución de su funcionalidad y/o un empobrecimiento del usuario y su red de apoyo. La segunda, vinculada con los efectos provocados hacia el sistema de salud que hacen alusión al deterioro físico y mental del usuario por no poder rehabilitarse de manera oportuna y adecuada, lo que lleva a un aumento en la complejización del usuario con un consecuente aumento del gasto en salud.

Por ejemplo, un sistema informático sin versiones evolutivas trae consigo una desorganización de las horas de atención en salud, provocando que las horas de diferentes tipos de atenciones, ya sea médica, dental o de rehabilitación coincidan. En consecuencia, se genera también una inasistencia del usuario a sus tratamientos de rehabilitación, lo que se traduce en una disminución en la funcionalidad y participación del usuario por no poder rehabilitarse de manera correcta provocando una disminución en su calidad de vida.

v-. Diagrama de árbol de problemas



d. Análisis de Objetivos

i-. Análisis utilizando Árbol de Objetivos

Para construir el árbol de objetivos se convirtieron los enunciados del árbol de problemas que estaban en negativo a positivos. Esta transformación permite visualizar los objetivos necesarios para resolver la problemática “Alto número de inasistencias de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria” y así posteriormente elaborar las estrategias correspondientes para resolver el problema en cuestión.

Por ejemplo, para el medio “Conocimiento del beneficio de la rehabilitación” que se relacionó con el objetivo “Motivación del usuario en el tratamiento de rehabilitación”, el que a su vez influyo directamente en el propósito “Bajo número de inasistencias de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria”. Luego se pudieron conectar con fines más directos al momento de elaborar un proyecto, como “Aumento de la funcionalidad y participación del usuario” el que lleva al propósito ideal de “Aumentar la Calidad de Vida del usuario”.

Como en este ejemplo, se trazaron diversos caminos desde el medio, cruzando por los objetivos, propósito, hasta llegar a los fines. Desde este punto, se pretendió elaborar alternativas viables para conseguir el propósito “Bajo número de inasistencias de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria”.

ii-. Análisis de Viabilidad

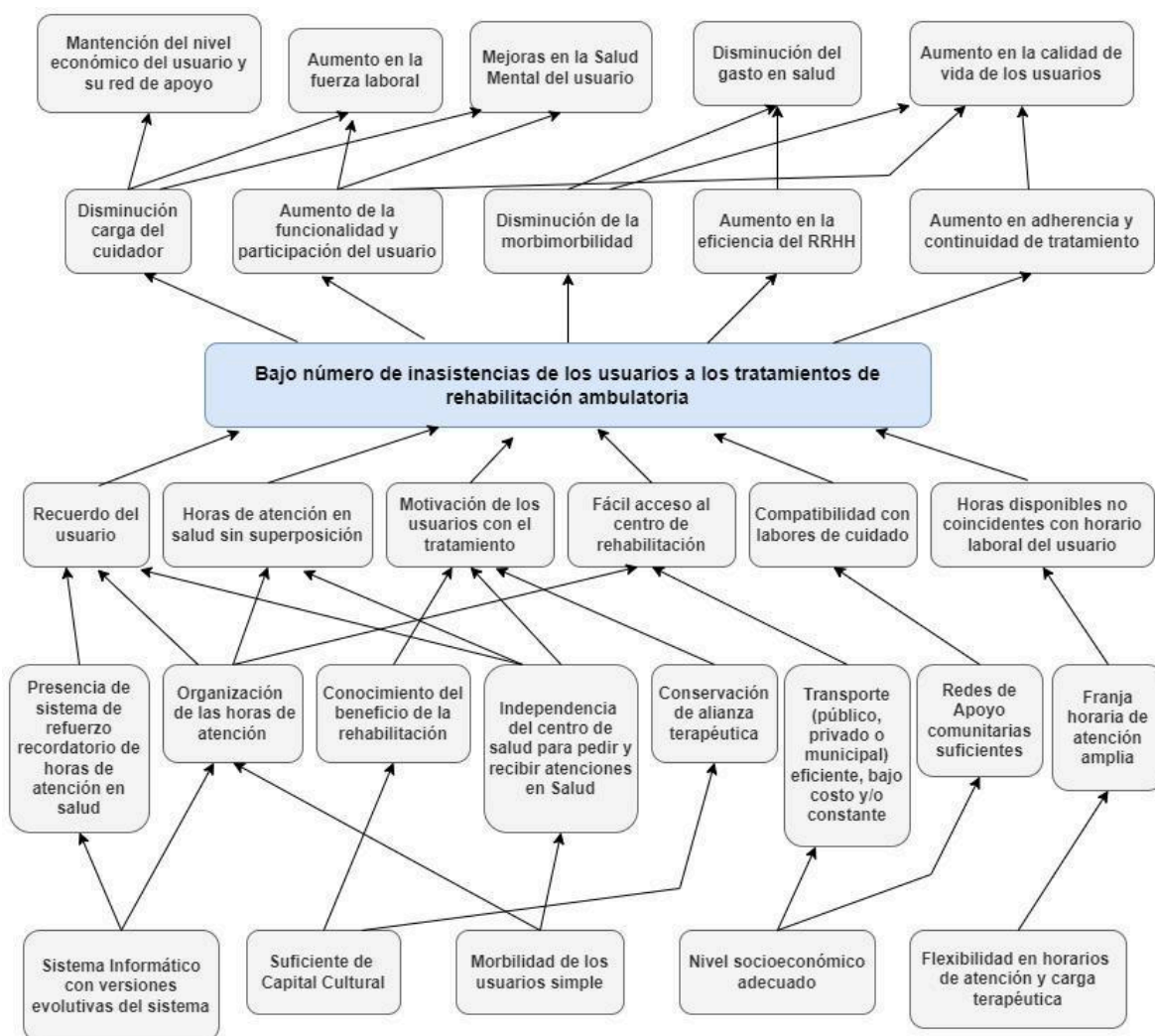
Al analizar la viabilidad de los objetivos o medios para alcanzar el objetivo principal, se identificó en conjunto con el equipo gestor que estos poseen diferente grado de intervención, por lo que se escogió intervenir en los siguientes objetivos:

- Organización de las horas de atención
- Conocimiento del beneficio de la rehabilitación
- Independencia del centro de salud para recibir atenciones en salud
- Conservación de la alianza terapéutica

Se decidió trabajar en estos objetivos puesto que están alineados con el Plan de Rehabilitación 2021-2030 que busca garantizar la rehabilitación y las ayudas

técnicas a la población (7), no implica gastos monetarios elevados para la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, se puede utilizar el recurso humano ya existente, se aborda el problema desde la arista de acciones que pueden realizar los mismos profesionales que ofrecen el servicio de rehabilitación y, finalmente, porque los otros objetivos en cuestión están a cargo de instituciones jerárquicamente superiores al CHSJ, tales como el SSMN y las Municipalidades.

iii-. Diagrama árbol de objetivos



e. Análisis de Alternativas

Luego de haber definido en el análisis de viabilidad que se tratarían 4 de los 8 objetivos desarrollados en el árbol de objetivos, en conjunto con el equipo gestor, se procedió a enlistar las acciones más adecuadas para el cumplimiento de

estos tomando en consideración la experiencia de cada integrante, el Plan de Rehabilitación 2021-2030 (7) y las condiciones materiales y de recurso humano ya existentes en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Lo analizado se resume en el cuadro n°7:

Cuadro N°7: Actividades propuestas para llevar a cabo los objetivos seleccionados del árbol de objetivos.

AMBITO DE ACCIÓN	
OBJETIVO: Organización de las horas de atención	
Acciones	1-. Capacitación a profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red
	2-. Capacitación a admisionistas en SIDRA y coordinación de horas en red
OBJETIVO: Conocimiento del beneficio de la rehabilitación	
Acciones	3-. Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación
	4-. Jornadas de difusión acerca de la rehabilitación en el área norte
OBJETIVO: Independencia del servicio de salud para recibir atenciones en salud	
Acción	5-. Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación
OBJETIVO: Conservación de la alianza terapéutica	
Acción	6-. Realizar las evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno.

Del listado de acciones recién descritas, y tomando en consideración las habilidades del grupo gestor, el poder de acción de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y el recurso humano y técnico disponible se decidió trabajar en las siguientes acciones:

- Acción 1: **“Capacitación a profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red”**. Capacitar a los funcionarios encargados de dar horas de atención en cómo poder visualizar las atenciones en otros servicios para así evitar la superposición de horas y entregar horas de

atención que le permitan optimizar el tiempo que el usuario permanece en el centro de salud.

- Acción 3: **“Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación”**. Realizar sesiones de atención a grupos pequeños de usuarios que se centren en informar y educar sobre la importancia de la rehabilitación para las diversas condiciones de salud que se tratan en el servicio.
- Acción 5: **“Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación”**. Habilitar el servicio de telerehabilitación para las atenciones en rehabilitación de los usuarios. Definir modalidad, pertinencia, actores, frecuencia y recursos necesarios para llevarla a cabo y con eso permitir que los usuarios no dependan de venir al CDT Eloísa Díaz necesariamente para poder rehabilitarse.
- Acción 6: **“Realizar las evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno”**. Definir que los ingresos a los tratamientos de rehabilitación sean en evaluaciones individuales para así abrir la opción de crear objetivos terapéuticos en conjunto con el usuario en busca de favorecer la alianza terapéutica y con eso mejorar la adherencia a los tratamientos de rehabilitación.

El resto de las acciones no fueron consideradas pertinentes para trabajar por motivos técnicos, de recurso humano o porque ni el equipo gestor ni la Unidad de Medicina Física poseen las facultades para poder intervenir. A continuación, el detalle de cada una:

- Acción 2: **“Capacitación a admisionistas en SIDRA y coordinación de horas en red”**. Se descartó esta acción puesto que la Unidad de Admisión es independiente de la Unidad de Medicina Física, lo que hace que sea la primera quien tenga las facultades para poder gestionar y realizar capacitaciones a quienes pertenecen a su unidad.
- Acción 4: **“Jornadas de difusión acerca de la rehabilitación en el área norte”**. Pese a que esta acción es pertinente de realizar por la relevancia

que posee en educar e informar a los usuarios, requiere de la coordinación en red de los diversos centros de salud del área norte, acción que esta por fuera del alcance del equipo gestor y de la Unidad de Medicina Física, ya que es labor del SSMN realizar este tipo de gestiones para llevar a cabo estas actividades.

f. Síntesis de la Fase Analítica

Cuadro N°8: Resumen de la fase analítica

Identificación y descripción del problema central
<p>Problemas enunciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El traslado de los usuarios desde sus hogares hacia el CDT Eloísa Díaz es insuficiente, inconstante y costoso. ▪ Alto número de inasistencias de los usuarios a las atenciones de rehabilitación ambulatoria. ▪ Condiciones materiales inadecuadas: Los espacios físicos son reducidos, se encuentran en mal estado, carecen de áreas privadas y cuentan con escaso equipamiento. ▪ Falta de comunicación entre los equipos médicos y los equipos de rehabilitación en relación con las decisiones del plan terapéutico. ▪ Escasa disponibilidad de la Red de Apoyo de los usuarios para acompañarlos a sus tratamientos de rehabilitación. ▪ No se utiliza de forma adecuada los sistemas de atención remota para llevar a cabo las sesiones de rehabilitación. ▪ No existe un sistema de recordatorio o confirmación de asistencia a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria. <p>Problema priorizado según Matriz: “Alto número de inasistencias de los usuarios a las atenciones de rehabilitación ambulatoria”</p>
Análisis de Involucrados
<p>Actores Involucrados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituciones: MINSAL, SSMN, CHSJ, APS y Municipalidades. ▪ Grupos: Médicos especialistas, Equipo Gestor y Profesionales de rehabilitación. ▪ Individuos: Jefa de Unidad de Medicina Física, Red de apoyo del usuario y Usuarios. <p>Matriz de Involucrados Todos los involucrados incidieron positivamente en la intervención que se podría realizar para la problemática.</p>
Análisis de Problemas

Problemas principales

Causas Directas:

- Olvido del Usuario
- Superposición de horas de atención en salud
- Desmotivación de los usuarios con el tratamiento
- Difícil acceso al centro de rehabilitación
- Incompatibilidad con labores de cuidado
- Horas disponibles coinciden con horario laboral del usuario

Causas Indirectas:

- Ausencia de sistema de refuerzo recordatorio de horas de atención en salud
- Desorganización de las horas de atención en salud
- Desconocimiento del beneficio de la rehabilitación
- Dependencia del centro de salud para pedir y recibir atenciones en salud
- Pérdida de alianza terapéutica
- Transporte (público, privado o municipal) deficiente, costoso e inconstante
- Redes de apoyo comunitarias insuficientes
- Franja horaria de atención restringida

Causas Estructurales:

- Sistema Informático sin versiones evolutivas
- Falta de Capital Cultural
- Multimorbilidad de los Usuarios
- Nivel socioeconómico medio bajo
- Rigidez en horarios de atención y carga terapéutica

Ejemplo de relación Causa-Efecto

- Causa indirecta: Ausencia de un sistema recordatorio de refuerzo para las atenciones en salud
- Causa directa: Olvido del usuario
- Problema principal: Alto número de inasistencias de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria
- Efecto directo: Aumento de la morbimorbilidad
- Efecto indirecto: Aumento del gasto en salud

Análisis de Objetivos

Situación final

El equipo gestor validó el árbol de objetivos y posteriormente decidió cuál sería el ámbito a intervenir.

Ejemplo relación Medios- Fines

- Medio indirecto: Conocimiento del Beneficio de la rehabilitación
- Medio directo: Motivación de los usuarios con el tratamiento
- Propósito: Bajo número de inasistencias de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria

- Fin directo: Aumento en la funcionalidad y participación del usuario
- Fin indirecto: Mejoras en la salud mental del usuario

Ámbito de intervención del proyecto

En conjunto con el equipo gestor se decidió trabajar en el ámbito que incluye la organización de las horas de atención, el conocimiento de la rehabilitación, la conservación de la alianza terapéutica y la modalidad de atención terapéutica.

Análisis de Alternativas

Acciones propuestas

1. Capacitación a profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red
 2. Capacitación a admisionistas en SIDRA y coordinación de horas en red
 3. Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación
 4. Jornadas de difusión acerca de la rehabilitación en el área norte
 5. Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación
 6. Realizar las evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno.
- El equipo gestor determinó que las acciones pertinentes a realizar serían las acciones 1, 3, 5 y 6.

5. Fase de Planificación

En esta fase corresponde la elaboración de la Matriz de Marco Lógico. Esta permite precisar los objetivos de un proyecto en todos sus niveles. Además, contempla todos los elementos para la gestión del proyecto, que incluye indicadores, medios de verificación y supuestos, todos necesarios para alcanzar los objetivos. Una vez construida la MML se procede a la elaboración del Plan de Ejecución, el que permite determinar las tareas (y subtareas) que serán necesarias para la elaboración del proyecto, cuanto tiempo tomará llevarlas a cabo, cómo se coordinan entre ellas y quiénes son sus responsables.

a. Objetivos por jerarquía

En conjunto con el equipo gestor se procedió a escribir los objetivos por jerarquía según la MML y en relación con el Árbol de Objetivos. A continuación, el cuadro de resumen narrativo de esto:

Cuadro N°9: Resumen narrativo de los objetivos derivados del árbol de objetivos y las actividades propuestas

Proyecto: “Reducir las inasistencias de los usuarios a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria en el CDT Eloísa Díaz”

Resumen Narrativo de Objetivos

FIN

Se contribuyó a aumentar la adherencia y continuidad de tratamiento de los usuarios que asisten a tratamientos de rehabilitación ambulatoria, para así aumentar su funcionalidad y participación, disminuir su multimorbilidad, y, en consecuencia, aumentar su calidad de vida.

PROPÓSITO

Bajo número de inasistencias a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria

RESULTADOS

1. Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación
2. Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación
3. Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red
4. Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno

ACTIVIDADES

Actividad 1

- 1.1 Conformar equipo que estará a cargo de los talleres
- 1.2 Diseñar programa de los talleres
- 1.3 Determinar lugar físico donde se realizarán los talleres
- 1.4 Crear contenido audiovisual a presentar en los talleres
- 1.5 Seleccionar a profesionales que impartirán los talleres
- 1.6 Realizar la citación de los usuarios a los talleres

- 1.7 Confirmar asistencia de los usuarios al taller
- 1.8 Realizar taller
- 1.9 Realizar prueba formativa al final de taller
- 1.10 Analizar resultados de las pruebas después de 3 meses y redactar informe

Actividad 2

- 2.1 Definir qué tipo de atenciones en rehabilitación se podrían realizar a través de la telerehabilitación
- 2.2 Diseñar programa de atenciones remotas a través de la telerehabilitación
- 2.3 Definir lugar donde se realizarán las atenciones en telerehabilitación
- 2.4 Habilitar prestación de telerehabilitación en profesionales involucrados
- 2.5 Agendar usuarios que recibirán atenciones en rehabilitación
- 2.6 Confirmar asistencia de los usuarios a las atenciones en telerehabilitación
- 2.7 Realizar atenciones en rehabilitación
- 2.8 Luego de 3 meses, reevaluar demanda de los servicios de telerehabilitación, realizar pre informe y determinar los ajustes correspondientes
- 2.9 Después de otros 3 meses, evaluar asistencia a tratamientos y altas exitosas de tratamiento
- 2.10 Redactar informe

Actividad 3

- 3.1 Conformar equipo a cargo de la capacitación
- 3.2 Diseñar programa de la capacitación
- 3.3 Elaborar material audiovisual para la capacitación
- 3.4 Presentar capacitación a jefa de unidad
- 3.5 Realizar capacitaciones a profesionales y administrativos
- 3.6 Supervisar aprendizaje de involucrados
- 3.7 Luego de 3 meses, supervisar aplicación del aprendizaje
- 3.8 Redactar informe

Actividad 4

- 4.1 Instruir a coordinadores en nueva modalidad de evaluación
- 4.2 Diseñar programa de evaluación individual

- 4.3 Instruir a admisionistas en nueva modalidad de evaluación
- 4.4 Realizar evaluaciones en nueva modalidad
- 4.5 Luego de 3 meses comenzar a realizar encuesta de satisfacción a usuarios post evaluación por 1 mes
- 4.6 Analizar resultados, redactar pre informe
- 4.7 Luego de 3 meses, reevaluar y redactar informe

b. Indicadores

Como lo indica la MML, se continuó con la elaboración de indicadores según nivel de objetivos. Para las actividades el indicador corresponde al presupuesto de cada una.

Cuadro N°10: Indicadores según nivel de objetivos

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores
<p>FIN: Se contribuyó a aumentar la adherencia y continuidad de tratamiento de los usuarios que asisten a tratamientos de rehabilitación ambulatoria, para así aumentar su funcionalidad y participación, disminuir su multimorbilidad, y, en consecuencia, aumentar su calidad de vida.</p>	<p>El 75% de los usuarios que finalizan su tratamiento de rehabilitación ambulatorio en un periodo de 6 meses presentan un aumento en su calidad de vida.</p>
<p>PROPÓSITO: Bajo número de inasistencias a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria</p>	<p>El porcentaje de inasistencias de los usuarios a tratamientos de rehabilitación ambulatoria será igual o menor al 15% evaluado en un periodo de 6 meses luego de iniciado el proyecto</p>

<p>RESULTADOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación 2. Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación 3. Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red 4. Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno 	<ul style="list-style-type: none"> - Los talleres tienen una asistencia del 80% luego de los 3 meses comenzado el proyecto - Un 80% de los profesionales habilitados tiene disponible como prestación la atención remota al cabo de 3 meses comenzado el proyecto - Un 80% de los profesionales y administrativos han sido capacitados en un periodo de 3 meses comenzado el proyecto - Un 85% de las evaluaciones de ingreso son individuales luego de 3 meses iniciado el proyecto
<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad 1 ▪ Actividad 2 ▪ Actividad 3 ▪ Actividad 4 	<p>\$4.055.812</p>

c. Medios de verificación

Una vez definidos los indicadores, a cada uno se le asignó un medio de verificación con el propósito de evaluar sus cumplimientos de acuerdo con los objetivos planteados. A continuación, se exponen los medios de verificación según los indicadores de acuerdo con la MLL:

Cuadro N°11: Medios de Verificación de los Indicadores de la MML

Indicadores	Medios de Verificación
-------------	------------------------

<p>El 75% de los usuarios que finalizan su tratamiento de rehabilitación ambulatorio en un periodo de 6 meses presentan un aumento en su calidad de vida según test aplicado al final de tratamiento.</p>	<p>Encuesta de calidad de vida relacionada a la salud aplicada a una muestra representativa de usuarios de tratamientos de rehabilitación ambulatoria al inicio y al final de su tratamiento.</p>
<p>El porcentaje de inasistencias de los usuarios a tratamientos de rehabilitación ambulatoria será igual o menor al 15% evaluado en un periodo de 6 meses luego de iniciado el proyecto.</p>	<p>% de asistencia de los usuarios a tratamientos de rehabilitación ambulatoria según informes de asistencia generados por SIDRA</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Los talleres tienen una asistencia del 80% luego de los 3 meses comenzado el proyecto - Un 80% de los profesionales habilitados tiene disponible como prestación la atención remota al cabo de 3 meses comenzado el proyecto - Un 80% de los profesionales y administrativos han sido capacitados en un periodo de 3 meses comenzado el proyecto - Un 85% de las evaluaciones de ingreso son individuales luego de 3 meses iniciado el proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - % de asistencia de los usuarios a los talleres en 3 meses generados por SIDRA - % de profesionales con la prestación de "atención remota" habilitada en un periodo de 3 meses según SIDRA - % de profesionales y administrativos que hayan finalizado la capacitación en un periodo de 3 meses - % de evaluaciones a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria realizadas de manera individual en un periodo de 3 meses según SIDRA
<p>\$4.055.812</p>	<p>Sistema de rendición de cuentas adoptadas por el proyecto</p>

d. Supuestos

A continuación, se elaboraron los supuestos necesarios, acordes a los objetivos, para que se pudiese cumplir exitosamente el proyecto. En el siguiente cuadro se muestra la construcción de estos:

Cuadro N°12: Supuestos del proyecto

Resumen Narrativo de Objetivos	Supuestos
FIN Se contribuyó a aumentar la adherencia y continuidad de tratamiento de los usuarios que asisten a tratamientos de rehabilitación ambulatoria, para así aumentar su funcionalidad y participación, disminuir su multimorbilidad, y, en consecuencia, aumentar su calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none">● La adhesión al tratamiento permitirá mejorar su funcionalidad y generará mejoras en su salud
PROPÓSITO Bajo número de inasistencias a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria	<ul style="list-style-type: none">● Las inasistencias tienen causas conocidas e intervenirles
RESULTADOS: <ol style="list-style-type: none">1. Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación2. Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación3. Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red4. Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno	<ul style="list-style-type: none">● Se logra coordinar espacio para realizar la actividad● Suficiente cantidad de computadores disponibles. Buena conexión a internet de los usuarios● Tiempo protegido de los funcionarios autorizado para realizarles la capacitación● Tiempo y espacio protegido para realizar este tipo de atención

<p>Actividad 1</p> <p>1.1 Conformar equipo que estará a cargo de los talleres</p> <p>1.2 Diseñar programa de los talleres</p> <p>1.3 Determinar lugar físico donde se realizarán los talleres</p> <p>1.4 Crear contenido audiovisual a presentar en los talleres</p> <p>1.5 Seleccionar a profesionales que impartirán los talleres</p> <p>1.6 Realizar la citación de los usuarios a los talleres</p> <p>1.7 Confirmar asistencia de los usuarios al taller</p> <p>1.8 Realizar taller</p> <p>1.9 Realizar prueba formativa al final de taller</p> <p>1.10 Analizar resultados de las pruebas después de 3 meses y redactar informe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Consentimiento de las autoridades del CHSJ ● Tiempo protegido de los funcionarios que estén encargados para realizar la preparación y coordinación de las actividades ● Participación de los funcionarios involucrados en la actividad ● Motivación de los profesionales que participan en la realización de la actividad ● Interés de los usuarios por asistir a los talleres ● Tiempo protegido de administrativos para confirmar asistencia a los talleres
<p>Actividad 2</p> <p>2.1 Definir qué tipo de atenciones en rehabilitación se podrían realizar a través de la telerehabilitación</p> <p>2.2 Diseñar programa de atenciones remotas a través de la telerehabilitación</p> <p>2.3 Definir lugar donde se realizarán las atenciones en telerehabilitación</p> <p>2.4 Habilitar prestación de telerehabilitación en profesionales involucrados</p> <p>2.5 Agendar usuarios que recibirán atenciones en rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tiempo protegido para los funcionarios encargados de determinar lineamientos de la atención remota a través de la telerehabilitación ● Tiempo protegido para capacitar a los profesionales que prestaran este servicio ● Expedita comunicación con agendas para realizar los cambios

<p>2.6 Confirmar asistencia de los usuarios a las atenciones en telerehabilitación</p> <p>2.7 Realizar atenciones en rehabilitación</p> <p>2.8 Luego de 3 meses, reevaluar demanda de los servicios de telerehabilitación, realizar pre informe y determinar los ajustes correspondientes</p> <p>2.9 Después de otros 3 meses, evaluar asistencia a tratamientos y altas exitosas de tratamiento</p> <p>2.10 Redactar informe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Interés de admisionistas por capacitarse para conocer la nueva prestación ● Tiempo protegido a administrativos para confirmar asistencia a sesiones telerehabilitación ● Motivación de los funcionarios responsables
<p>Actividad 3</p> <p>3.1 Conformar equipo a cargo de la capacitación</p> <p>3.2 Diseñar programa de la capacitación</p> <p>3.3 Elaborar material audiovisual para las capacitaciones</p> <p>3.4 Presentar capacitación a jefa de unidad</p> <p>3.5 Realizar capacitaciones a profesionales y administrativos</p> <p>3.6 Supervisar aprendizaje de involucrados</p> <p>3.7 Luego de 3 meses, supervisar aplicación del aprendizaje</p> <p>3.8 Redactar informe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tiempo protegido para los funcionarios a cargo de la actividad ● Autorización jefa de Unidad en contenido de capacitación ● Participación y motivación de profesionales y administrativos en la capacitación
<p>Actividad 4</p> <p>4.1 Instruir a coordinadores en nueva modalidad de evaluación</p> <p>4.2 Diseñar programa de evaluación individual</p> <p>4.3 Instruir a admisionistas en nueva modalidad de evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Autorización del CHSJ a este tipo de modalidad de atención ● Motivación de los funcionarios encargados de la actividad ● Comunicación fluida con agenda para cambios en prestaciones

4.4 Realizar evaluaciones en nueva modalidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Admisión aplica nueva modalidad de atención en las citas ● Buen uso de los profesionales en nueva modalidad de atención
4.5 Luego de 3 meses comenzar a realizar encuesta de satisfacción a usuarios post evaluación por 1 mes	
4.6 Analizar resultados, redactar pre informe	
4.7 Luego de 3 meses, reevaluar y redactar informe	

e. Resumen de Matriz de Marco Lógico

A continuación, se resume de forma gráfica la Matriz de Marco Lógico:

Cuadro N°13: Matriz de Marco Lógico

Resumen Narrativo de los Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FIN Se contribuyó a aumentar la adherencia y continuidad de tratamiento de los usuarios que asisten a tratamientos de rehabilitación ambulatoria, para así aumentar su funcionalidad y participación, disminuir su multimorbilidad, y, en consecuencia, aumentar su calidad de vida.	El 75% de los usuarios que finalizan su tratamiento de rehabilitación ambulatorio en un periodo de 6 meses presentan un aumento en su calidad de vida.	Encuesta de calidad de vida relacionada a la salud aplicada a una muestra representativa de usuarios de tratamientos de rehabilitación ambulatoria al inicio y al final de su tratamiento.	La adhesión al tratamiento permitirá mejorar su funcionalidad y generará mejoras en su salud
PROPÓSITO Bajo número de inasistencias a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria	El porcentaje de inasistencias de los usuarios a tratamientos de rehabilitación ambulatoria será igual o menor al 15% evaluado en un periodo de 6 meses luego de iniciado el proyecto	% de asistencia de los usuarios a tratamientos de rehabilitación ambulatoria según informes de asistencia generados por SIDRA	Las inasistencias tienen causas conocidas e intervenirles
Resultado 1 Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación	Los talleres tienen una asistencia del 80% luego de los 3 meses comenzado el proyecto	% de asistencia de los usuarios a los talleres en 3 meses según SIDRA	Se logra coordinar espacio para realizar la actividad
Resultado 2 Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación	Un 80% de los profesionales habilitados tiene disponible como prestación la atención	% de profesionales con la prestación de "atención remota" habilitada en un	Suficiente cantidad de computadores disponibles. Buena conexión a internet de los usuarios

	remota al cabo de 3 meses comenzado el proyecto	periodo de 3 meses según SIDRA	
Resultado 3 Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red	Un 80% de los profesionales y administrativos han sido capacitados en un periodo de 3 meses comenzado el proyecto	% de profesionales y administrativos que hayan finalizado la capacitación en un periodo de 3 meses	Tiempo protegido de los funcionarios autorizado para realizarles la capacitación
Resultado 4 Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno	Un 85% de las evaluaciones de ingreso son individuales luego de 3 meses iniciado el proyecto	% de evaluaciones a los tratamientos de rehabilitación ambulatoria realizadas de manera individual en un periodo de 3 meses según SIDRA	Tiempo y espacio protegido para realizar este tipo de atención
Actividad 1 1.1 Conformar equipo que estará a cargo de los talleres 1.2 Diseñar programa de los talleres 1.3 Determinar lugar físico donde se realizarán los talleres 1.4 Crear contenido audiovisual a presentar en los talleres 1.5 Seleccionar a profesionales que impartirán los talleres 1.6 Realizar la citación de los usuarios a los talleres 1.7 Confirmar asistencia de los usuarios al taller 1.8 Realizar taller 1.9 Realizar prueba formativa al final de taller 1.10 Analizar resultados de las pruebas después de 3 meses y redactar informe	\$888.576	Sistema de rendición de cuentas adoptadas del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento de las autoridades del CHSJ • Tiempo protegido de los funcionarios que estén encargados para realizar la preparación y coordinación de las actividades • Participación de los funcionarios involucrados en la actividad • Motivación de los profesionales que participan en la realización de la actividad • Interés de los usuarios por asistir a los talleres • Tiempo protegido de administrativos para confirmar asistencia a los talleres
Actividad 2 2.1 Definir qué tipo de atenciones en rehabilitación se podrían realizar a través de la telerehabilitación 2.2 Diseñar programa de atenciones remotas a través de la telerehabilitación 2.3 Definir lugar donde se realizarán las atenciones en telerehabilitación 2.4 Habilitar prestación de telerehabilitación en profesionales involucrados 2.5 Agendar usuarios que recibirán atenciones en rehabilitación 2.6 Confirmar asistencia de los usuarios a las atenciones en telerehabilitación 2.7 Realizar atenciones en rehabilitación	\$1.937.016	Sistema de rendición de cuentas adoptadas del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo protegido para los funcionarios encargados de determinar lineamientos de la atención remota a través de la telerehabilitación • Tiempo protegido para capacitar a los profesionales que prestaran este servicio • Expedita comunicación con agendas para realizar los cambios • Interés de admisionistas por capacitarse para conocer la nueva prestación • Tiempo protegido a administrativos para confirmar asistencia a sesiones telerehabilitación

<p>2.8 Luego de 3 meses, reevaluar demanda de los servicios de telerehabilitación, realizar pre informe y determinar los ajustes correspondientes</p> <p>2.9 Después de otros 3 meses, evaluar asistencia a tratamientos y altas exitosas de tratamiento</p> <p>2.10 Redactar informe</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Motivación de los funcionarios responsables
<p>Actividad 3</p> <p>3.1 Conformar equipo a cargo de la capacitación</p> <p>3.2 Diseñar programa de la capacitación</p> <p>3.3 Elaborar material audiovisual para las capacitaciones</p> <p>3.4 Presentar capacitación a jefa de unidad</p> <p>3.5 Realizar capacitaciones a profesionales y administrativos</p> <p>3.6 Supervisar aprendizaje de involucrados</p> <p>3.7 Luego de 3 meses, supervisar aplicación del aprendizaje</p> <p>3.8 Redactar informe</p>	\$763.171	Sistema de rendición de cuentas adoptadas del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo protegido para los funcionarios a cargo de la actividad • Autorización jefa de Unidad en contenido de capacitación • Participación y motivación de profesionales y administrativos en la capacitación
<p>Actividad 4</p> <p>4.1 Instruir a coordinadores en nueva modalidad de evaluación</p> <p>4.2 Diseñar programa de evaluación individual</p> <p>4.3 Instruir a admisionistas en nueva modalidad de evaluación</p> <p>4.4 Realizar evaluaciones en nueva modalidad</p> <p>4.5 Luego de 3 meses comenzar a realizar encuesta de satisfacción a usuarios post evaluación por 1 mes</p> <p>4.6 Analizar resultados, redactar pre informe</p> <p>4.7 Luego de 3 meses, reevaluar y redactar informe</p>	\$717.646	Sistema de rendición de cuentas adoptadas del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización del CHSJ a este tipo de modalidad de atención • Motivación de los funcionarios encargados de la actividad • Comunicación fluida con agenda para cambios en prestaciones • Admisión aplica nueva modalidad de atención en las citas • Buen uso de los profesionales en nueva modalidad de atención

f. Plan de Ejecución

El Plan de Ejecución se realizó desagregando cada tarea correspondiente a los resultados obtenidos según la MML con el fin de poder organizar y guiar de mejor manera la ejecución del proyecto. A continuación, se muestran los cuadros de cada resultado separando las actividades y su carta Gantt correspondiente.

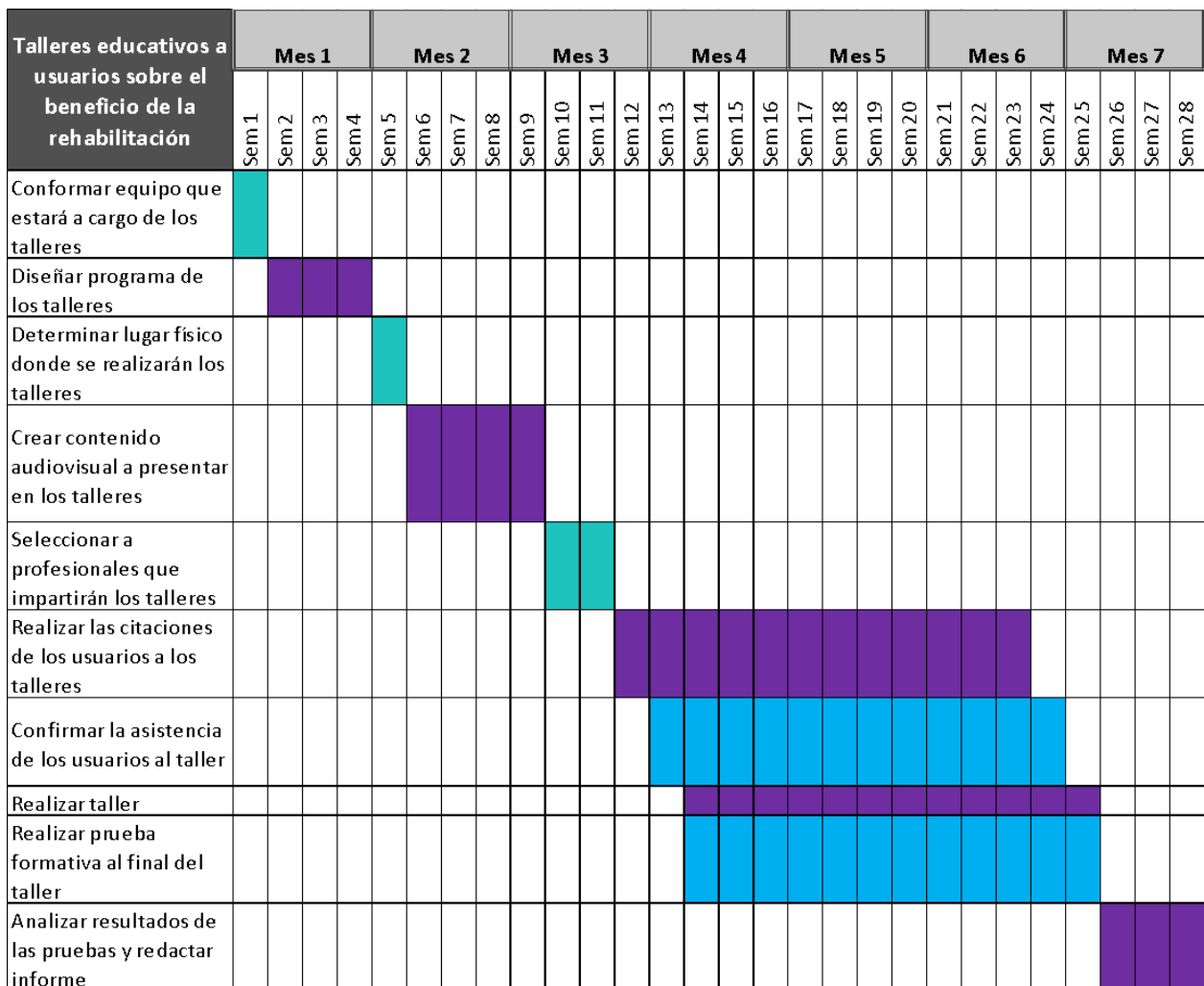
- Resultado 1: Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación.

Cuadro N°14: Plan de Ejecución de Actividad 1 “Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación”

Actividad 1	Tarea y Subtarea	Inicio/ Termino	Presupuesto	Responsable
Conformar equipo que estará a cargo de los talleres	1-. Proponer intervención a jefa de Unidad de Medicina Física 2-. Determinar quienes formaran el equipo a cargo de los talleres	Semana 1	\$888.576	Coordinadora de Proyecto
Diseñar programa de los talleres	1-. Definir contenido de los talleres 2-. Determinar beneficiarios a los talleres 3-. Definir frecuencia y duración de los talleres	Semana 2 – Semana 4		Coordinadores de terapia ocupacional, fonoaudiología y kinesiología
Determinar lugar físico donde se realizarán los talleres	1-. Coordinar uso de espacio físico en horario determinado	Semana 5		Jefa de Unidad de Medicina Física
Crear contenido audiovisual a presentar en los talleres	1-. Crear material para presentar en los talleres 2-. Convocar a reunión para presentarlo a jefa de unidad y coordinadores de profesionales	Semana 6 – Semana 9		Equipo a cargo de los talleres
Seleccionar a profesionales que impartirán los talleres	1-. Notificar a profesionales idóneos para la actividad 2-. Presentarles material confeccionado y recibir retroalimentación	Semana 10 – Semana 11		Coordinadora y Coordinadores de terapia ocupacional, fonoaudiología y kinesiología
Realizar las citaciones de los usuarios a los talleres	1-. Habilitar agendas de profesionales que impartirán los talleres 2-. Realizar citaciones a los talleres	Semana 12 – Semana 23		Jefa de Unidad de Medicina Física
Confirmar asistencia de los usuarios al taller	1-. Confirmar asistencia 2 días hábiles antes mediante contacto telefónico	Semana 13 – Semana 24		Secretaria Unidad de Medicina Física
Realizar taller	1-. Realizar intervención según lo programado	Semana 14 – Semana 25		Coordinadora de proyecto, Equipo a cargo de los talleres

Realizar prueba formativa al final del taller	1-. Aplicar prueba a usuarios una vez finalizado el taller	Semana 14 – Semana 25	Equipo a cargo de los talleres
Analizar resultados de las pruebas y redactar informe	1-. Analizar resultados de las pruebas 2-. Analizar cifras de asistencia a tratamientos de rehabilitación 3-. Elaborar informe y presentárselo a jefa de unidad	Semana 26 – Semana 28	

Cuadro N°15: Carta Gantt del Plan de Ejecución de Actividad 1: “Talleres educativos a usuarios sobre el beneficio de la rehabilitación”



- Resultado 2: Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación.

Cuadro N°16: Plan de Ejecución de Actividad 2: “Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación”

Actividad 2	Tarea y Subtarea	Inicio/ Termin	Presupuesto	Responsable
Definir qué tipo de atenciones en rehabilitación se podrían realizar a través de la telerehabilitación	1-. Proponer nueva modalidad de atención a jefa de unidad 2-. Definir pertinencia de la atención remota para cada tipo de atención	Semana 1 – Semana 3	\$1.937.016	Coordinadora de proyecto, Jefa de Unidad de Medicina Física, Coordinadores de Terapia Ocupacional, Kinesiología y Fonoaudiología
Diseñar programa de atenciones remotas a través de la telerehabilitación	1-. Determinar duración y frecuencia de la atención en telerehabilitación 2-. Definir cantidad de atenciones semanales que se impartirían a través de la telerehabilitación en los diferentes profesionales existentes 3-. Determinar flujo para atenciones remotas	Semana 3 – Semana 6		Coordinadora de proyecto y Coordinadores de Terapia Ocupacional, Kinesiología y Fonoaudiología
Definir lugar donde se realizarán las atenciones en telerehabilitación	1-. Seleccionar lugar equipado tanto física como tecnológicamente para realizar las atenciones remotas 2-. Coordinar uso de espacio físico	Semana 6 – Semana 7		Jefa de Unidad de Medicina Física
Habilitar prestación de telerehabilitación en profesionales involucrados	1-. Coordinar agendas de profesionales que realizarán atenciones remotas 2-. Coordinar con “agenda” implementación de atenciones remotas para uso de salas virtuales	Semana 7 – Semana 8		Coordinadores de Terapia Ocupacional, Kinesiología y Fonoaudiología
Agendar usuarios que recibirán atenciones en rehabilitación	1-. Citar a usuarios que calcen en el perfil para recibir atención remota	Semana 9 – Semana 20 / Semana 25 – Semana 36		Coordinadora de proyecto
Confirmar asistencia de los usuarios a las atenciones en telerehabilitación	1-. Realizar confirmación de asistencia a atenciones remotas un día hábil antes de la atención	Semana 10 – Semana 21 / Semana 26 – Semana 37		Secretaria de Unidad de Medicina Física

Realizar atenciones remotas en rehabilitación	1-. Realizar ingreso de usuarios a salas virtuales 2-. Realizar atenciones remotas según lo programado	Semana 11 – Semana 22 / Semana 27 – Semana 38	Jefa de SOME, Coordinadora de proyecto
Luego de 3 meses, reevaluar demanda de los servicios de telerehabilitación, realizar pre informe y determinar los ajustes correspondientes	1-. Evaluar asistencia y progreso de los usuarios que reciban atenciones remotas 2-. Realizar informe y presentárselo a la jefa de unidad 3-. Realizar ajustes correspondientes según resultados	Semana 23 – Semana 24	Coordinadora de proyecto, Coordinadores de Terapia Ocupacional, Kinesiología y Fonoaudiología
Después de otros 3 meses, evaluar asistencia a tratamientos y altas exitosas de tratamiento	1-. Reevaluar asistencia y progreso de los usuarios que reciban atenciones remotas	Semana 39 – Semana 40	Coordinadora de proyecto
Redactar Informe	1-. Realizar informe y presentarlo a la jefa de unidad	Semana 41 – Semana 42	Jefa de Unidad de Medicina Física

Cuadro N°17: Carta Gantt del Plan de Ejecución de Actividad 2 “Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación”

Implementación de la atención remota a través de la telerehabilitación	Mes 1			Mes 2			Mes 3			Mes 4			Mes 5			Mes 6			Mes 7			Mes 8			Mes 9			Mes 10			Mes 11											
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16	Sem 17	Sem 18	Sem 19	Sem 20	Sem 21	Sem 22	Sem 23	Sem 24	Sem 25	Sem 26	Sem 27	Sem 28	Sem 29	Sem 30	Sem 31	Sem 32	Sem 33	Sem 34	Sem 35	Sem 36	Sem 37	Sem 38	Sem 39	Sem 40	Sem 41	Sem 42
Definir que tipo de atenciones en rehabilitación se podrán realizar a través de la telerehabilitación	■	■	■																																							
Diseñar programa de atenciones remotas a través de la telerehabilitación				■	■	■																																				
Definir lugar donde se realizarán las atenciones en telerehabilitación						■	■																																			
Habilitar prestación de telerehabilitación en profesionales involucrados						■	■																																			
Agendar usuarios que recibirán atenciones en rehabilitación										■	■	■	■	■	■	■	■	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Confirmar asistencia de los usuarios a las atenciones en telerehabilitación										■	■	■	■	■	■	■	■	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Realizar atenciones remotas en rehabilitación													■	■	■	■	■	■							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Luego de 3 meses, reevaluar demanda de los servicios de telerehabilitación, realizar preinforme y determinar los ajustes correspondientes																						■	■	■																		
Despues de otros 3 meses, evaluar asistencia a tratamientos y altas exitosas																																										
Redactar Informe																																										

- Resultado 3: Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red.

Cuadro N°18: Plan de Ejecución de Actividad 3: “Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red”

Actividad 3	Tarea y Subtarea	Inicio/ Termino	Presupuesto	Responsable
Conformar equipo a cargo de la capacitación	1-. Informar de la propuesta a la jefa de unidad 2-. Definir quienes conformaran el equipo a cargo de la capacitación	Semana 1 – Semana 2	\$763.171	Coordinadora del proyecto

Diseñar programa de la capacitación	1-. Determinar contenido de las capacitaciones 2-. Solicitar apoyo a Unidad de Informática 3-. Determinar duración y participantes	Semana 3 – Semana 6		Equipo a cargo de la capacitación
Elaborar material audiovisual para la capacitación	1-. Confeccionar material audiovisual para la capacitación 2-. Confeccionar apuntes escritos	Semana 7 – Semana 9		Equipo a cargo de la capacitación
Presentar capacitación a jefa de unidad	1-. Coordinar reunión para presentar capacitación a jefa de unidad	Semana 10		Coordinadora del proyecto
Realizar capacitación a profesionales y administrativos	1-. Informar a los funcionarios de la realización de la capacitación y sus objetivos 2-. Coordinar fechas y horarios en que ira cada funcionario 3-. Brindar tiempo protegido para asistencia a capacitación	Semana 11 – Semana 16		Jefa de Unidad de Medicina Física
Supervisar aprendizaje de involucrados	1-. Confeccionar material de evaluación para medir aprendizaje en la capacitación 2-. Aplicar evaluación	Semana 12 – Semana 17		Equipo a cargo de la capacitación
Luego de 3 meses, supervisar aplicación del aprendizaje	1-. Reevaluar aprendizaje de capacitación 2-. Evaluar asistencia de usuarios a tratamiento	Semana 29 – Semana 30		Coordinadora del proyecto
Redactar informe	1-. Elaborar informe de análisis 2-. Presentar resultados a jefa de unidad	Semana 31 – Semana 32		Coordinadora del proyecto

Cuadro N°19: Carta Gantt del Plan de Ejecución de Actividad 3 “Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en red”

Capacitación de profesionales y administrativos en SIDRA y coordinación de horas en Red	Mes 1			Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 8				
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16	Sem 17	Sem 18	Sem 19	Sem 20	Sem 29	Sem 30	Sem 31	Sem 32
Conformar equipo a cargo de la capacitación	■	■																						
Diseñar programa de la capacitación			■	■	■	■																		
Elaborar material audiovisual para la capacitación							■	■	■															
Presentar capacitación a jefa de unidad										■														
Realizar capacitación a profesionales y administrativos										■	■	■	■	■	■									
Supervisar aprendizaje de involucrados											■	■	■	■	■	■								
Luego de 3 meses, supervisar aplicación del aprendizaje																					■	■		
Redactar informe																							■	

- Resultado 4: Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno.

Cuadro N°20: Plan de Ejecución de Actividad 4: “Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno”

Actividad 4	Tarea y Subtarea	Inicio/ Termino	Presupuesto	Responsable
Instruir a coordinadores en nueva modalidad de evaluación	1-. Presentar proyecto a jefa de unidad 2-. Incorporar a coordinadores en el diseño de nueva modalidad de evaluación	Semana 1 – Semana 2	\$717.646	Jefa de Unidad de Medicina Física
Diseñar programa de evaluación individual	1-. Analizar demanda de ingresos y determinar número de evaluaciones semanales según profesional 2-. Coordinar espacio físico para realizar evaluaciones individuales 3-. Modificar agendas de profesionales abriendo prestación de “evaluación” de manera individual	Semana 3 – Semana 6		Coordinadores de terapia ocupacional, kinesiología y fonoaudiología

Instruir a admisionistas en nueva modalidad de evaluación	1-. Notificar a jefa de agenda de nueva modalidad de evaluación de la unidad de medicina física 2-. Instruir a admisionistas en nueva modalidad de ingresos	Semana 7 – Semana 8		Jefa de Unidad de Medicina Física
Realizar evaluaciones en nueva modalidad	1-. Notificar a profesionales de nueva modalidad de atención 2-. Realizar los ingresos según lo programado 3-. Confirmar asistencia de usuarios a evaluación 2 días hábiles antes de la atención	Semana 9 – Semana 40		Jefa de Unidad de Medicina Física, Coordinadores de terapia ocupacional, kinesiología y fonoaudiología
Luego de 3 meses comenzar a realizar encuesta de satisfacción a usuarios post evaluación por 1 mes	1-. Elaborar material de evaluación 2-. Realizar encuesta de satisfacción durante 1 mes con número significativo de participantes	Semana 21 – Semana 24		Coordinadora del proyecto
Analizar resultados, redactar pre informe	1-. Analizar resultados de encuesta 2-. Elaborar pre informe proponiendo ajustes	Semana 25 – Semana 26		Coordinadora del proyecto
Luego de 3 meses, reevaluar y redactar informe	1-. Analizar resultados de encuesta y cruzar con asistencia de usuarios 2-. Presentar resultados a jefa de unidad	Semana 39 – Semana 40		Coordinadora del proyecto

Cuadro N°21: Carta Gantt del Plan de Ejecución de Actividad 4 “Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno”

Realizar evaluaciones de ingreso en modalidad de atención uno a uno	Mes 1			Mes 2				Mes 3			Mes 4				Mes 5			Mes 6			Mes 7			Mes 10								
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16	Sem 17	Sem 18	Sem 19	Sem 20	Sem 21	Sem 22	Sem 23	Sem 24	Sem 25	Sem 26	Sem 27	Sem 28	Sem 37	Sem 38	Sem 39	Sem 40
Instruir a coordinadores en nueva modalidad de evaluación	■	■																														
Diseñar programa de evaluación individual			■	■	■																											
Instruir a admisionistas en nueva modalidad de evaluación							■	■																								
Realizar evaluaciones en nueva modalidad									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Luego de 3 meses, comenzar a realizar encuesta de satisfacción a usuarios post evaluación por 1 mes																					■	■	■									
Analizar resultados, redactar pre informe																									■	■						
Luego de 3 meses, reevaluar y redactar informe																															■	■

g. Presupuesto

El presupuesto considerado para este proyecto considera 3 puntos. El primero asociado a infraestructura, el segundo asociado a materiales, y el tercero asociado al recurso humano.

i. Infraestructura

Para este proyecto se consideró que la infraestructura estará disponible por parte del CHSJ. El lugar por ocupar debe contar con:

- Conexión a internet
- Teléfono fijo con salida a celular
- Box privado de atención
- Sala de reunión

ii. Materiales

Se consideró un computador fijo con sus accesorios y materiales de escritorio. Estos materiales son transversales a todas las actividades diseñadas y de una

adquisición única para todo el desarrollo del proyecto. A continuación, el desglose de los costos (8, 9, 10):

Cuadro N°22: Composición y precios de materiales

Material	Cantidad	Precio (\$)	Total (\$)
Computador de escritorio	1	452.370	452.370
Webcam	1	19.980	19.980
Audífonos con micrófono inalámbrico	1	55.990	55.990
Impresora	1	39.990	39.990
Termolaminador	1	16.140	16.140
Resma tamaño carta	3	2.900	8.700
Resma tamaño oficio	3	3.740	11.220
Pack de micas oficio	1	10.780	10.780
Cartucho de tinta negra	5	13.990	69.950
Cartucho de tinta a color	2	21.900	43.800
Caja lápiz mina (12u)	5	611	3.055
Caja bolígrafo (50u)	2	5.460	10.920
Cuaderno Universitario	10	904	9.040
Marcador de pizarra	10	286	2.860
Total			754.795

El costo total en materiales para el proyecto es de **\$754.795**

iii. Recurso Humano

El costo del recurso humano se calculó en base al tiempo requerido para cada tarea por el valor hora de los participantes. Este valor se consideró según el valor hora bruto del CHSJ para cada estamento. Estos son:

- Médico especialista 44 horas con 4 trienios: \$19880
- Profesional diurno 44 horas grado 14: \$6795

- Profesional con cargo de coordinación 44 horas grado 6: \$13740
- Administrativo 44 horas grado 18: \$3855

A continuación, se detalla el costo del recurso humano, primero por cada actividad, y luego el total del proyecto:

Cuadro N°23: Desglose de presupuesto de RRHH de Actividad 1

Tarea y Subtarea	N° horas Médico Especialista	N° horas Coordinador	N° horas Profesional	N° horas Administrativo	Total
Proponer intervención a jefa de Unidad de Medicina Física	1	0	1	0	\$26.775
Determinar quiénes formaran el equipo a cargo de los talleres	0	3	0	0	\$41220
Definir contenido de los talleres	0	0	3	0	\$20385
Determinar beneficiarios a los talleres	0	0	1.5	0	\$10193
Definir frecuencia y duración de los talleres	0	0	3	0	\$20385
Coordinar uso de espacio físico en horario determinado	0.5	0	0	1	\$13795
Crear material para presentar en los talleres	0	0	9	0	\$61155
Convocar a reunión para presentarlo a jefa de unidad y coordinadores de profesionales	1	3	3	0	\$81485
Notificar a profesionales idóneos para la actividad	0	1.5	3	0	\$40995

Presentarles material confeccionado y recibir retroalimentación	0	1.5	3	0	\$40995
Habilitar agendas de profesionales que impartirán los talleres	0	1.5	0	0	\$20610
Realizar citaciones a los talleres	0	0	0	2	\$7710
Confirmar asistencia 2 días hábiles antes mediante contacto telefónico	0	0	0	2	\$7710
Realizar intervención según lo programado	0	0	18	0	\$122310
Aplicar prueba a usuarios una vez finalizado el taller	0	0	3	0	\$20385
Analizar resultados de las pruebas	0	0	3	0	\$20385
Analizar cifras de asistencia a tratamientos de rehabilitación	0	3	0	0	\$41220
Elaborar informe y presentárselo a jefa de unidad	1	0	3	0	\$40265
TOTAL					\$637978

Cuadro N°24: Desglose de presupuesto del RRHH de Actividad 2

Tarea y Subtarea	N° horas Médico Especialista	N° horas Coordinador	N° horas Profesional	N° horas Administrativo	Total
Proponer nueva modalidad de	1	0	1	0	\$26775

atención a jefa de unidad					
Definir pertinencia de la atención remota para cada tipo de atención	0	1.5	0	0	\$20610
Determinar duración y frecuencia de la atención en telerehabilitación	0	1.5	0	0	\$20610
Definir cantidad de atenciones semanales que se impartirían a través de la telerehabilitación en los diferentes profesionales existentes	0	1.5	0	0	\$20610
Determinar flujo para atenciones remotas	0	1.5	0	0	\$20610
Seleccionar lugar equipado tanto física como tecnológicamente para realizar las atenciones remotas	0	1.5	0	0	\$20610
Coordinar uso de espacio físico	0	0.5	0	1	\$10725
Coordinar agendas de profesionales que realizarán atenciones remotas	0	1.5	0	0	\$20610
Coordinar con "agenda" implementación de atenciones remotas para uso de salas virtuales	0	1.5	0	1.5	\$22538
Citar a usuarios que calcen en el perfil para recibir atención remota	0	0	0	2	\$7710
Realizar confirmación de asistencia a	0	0	0	2	\$7710

atenciones remotas un día hábil antes de la atención					
Realizar ingreso de usuarios a salas virtuales	0	0	0	60	\$231300
Realizar atenciones remotas según lo programado	0	0	54	0	\$1100790
Evaluar asistencia y progreso de los usuarios que reciban atenciones remotas	0	3	0	0	\$41220
Realizar informe y presentárselo a la jefa de unidad	0	1.5	0	0	\$20610
Realizar ajustes correspondientes según resultados	0	1.5	0	0	\$20610
Reevaluar asistencia y progreso de los usuarios que reciban atenciones remotas	0	1.5	0	0	\$20610
Realizar informe y presentarlo a la jefa de unidad	0.5	3	0	0	\$51160
TOTAL					\$1685418

Cuadro N°25: Desglose de presupuesto de RRHH de Actividad 3

Tarea y Subtarea	N° horas Médico Especialista	N° horas Coordinador	N° horas Profesional	N° horas Administrativo	Total
Informar de la propuesta a la jefa de unidad	0.5	0	0.5	0	\$13388
Definir quienes conformaran el equipo a cargo de la capacitación	0.5	0	0.5	0	\$13380

Determinar contenido de las capacitaciones	0	0	3	0	\$20385
Solicitar apoyo a Unidad de Informática	0	0	1	0	\$6795
Determinar duración y participantes	0	1.5	0	0	\$20610
Confeccionar material audiovisual para la capacitación	0	0	3	0	\$20385
Confeccionar apuntes escritos	0	0	1.5	0	\$10193
Coordinar reunión para presentar capacitación a jefa de unidad	1	3	1	0	\$67895
Informar a los funcionarios de la realización de la capacitación y sus objetivos	0.5	1.5	6	2	\$79030
Coordinar fechas y horarios en que ira cada funcionario	0	3	0	0	\$41220
Brindar tiempo protegido para asistencia a capacitación	0	0	0	2	\$7710
Confeccionar material de evaluación para medir aprendizaje en la capacitación	0	0	3	0	\$20385
Aplicar evaluación	0	0	8	0	\$54360
Reevaluar aprendizaje de capacitación	0	0	8	0	\$54360
Evaluar asistencia de usuarios a tratamiento	0	3	0	0	\$41220
Elaborar informe de análisis	0	0	2	0	\$13590
Presentar resultados a jefa de unidad	1	0	1	0	\$26675
TOTAL					\$511573

Cuadro N°27: Desglose de presupuesto de RRHH de Actividad 4

Tarea y Subtarea	N° horas Médico Especialista	N° horas Coordinador	N° horas Profesional	N° horas Administrativo	Total
Presentar proyecto a jefa de unidad	0.5	0	0.5	0	\$13338
Incorporar a coordinadores en el diseño de nueva modalidad de evaluación	0.5	1.5	0	0	\$30550
Analizar demanda de ingresos y determinar número de evaluaciones semanales según profesional	0	3	0	0	\$41220
Coordinar espacio físico para realizar evaluaciones individuales	0	1.5	0	0	\$20610
Modificar agendas de profesionales abriendo prestación de "evaluación" de manera individual	0	1.5	0	1	\$24465
Notificar a jefa de agenda de nueva modalidad de evaluación de la unidad de medicina física	0.5	0	0	0	\$9940
Instruir a admisionistas en nueva modalidad de ingresos	0	1	0	2	\$21450
Notificar a profesionales de nueva modalidad de atención	0	1.5	6	0	\$61380
Realizar los ingresos según lo programado	0	0	0	3	\$11565
Confirmar asistencia de usuarios a evaluación 2 días	0	0	0	3	\$11565

hábiles antes de la atención					
Elaborar material de evaluación	0	0	2	0	\$13590
Realizar encuesta de satisfacción durante 1 mes con número significativo de participantes	0	0	0	20	\$77100
Analizar resultados de encuesta	0	0	2	0	\$13590
Elaborar pre informe proponiendo ajustes	0	1.5	2	0	\$34200
Analizar resultados de encuesta y cruzar con asistencia de usuarios	0	0	2	0	\$13590
Presentar resultados a jefa de unidad	1	3	1	0	\$67895
TOTAL					\$466048

El costo total del proyecto se ve resumido en el siguiente cuadro:

Cuadro N°28: Presupuesto proyecto

Categoría	Valor (\$) Actividad 1	Valor (\$) Actividad 2	Valor (\$) Actividad 3	Valor (\$) Actividad 4	Total
Infraestructura	0	0	0	0	\$0
Materiales	754.795				\$754.795
Recurso Humano	637.978	1.685.418	511.573	466.048	\$3.301.017
TOTAL					\$4.055.812

Es así como se obtiene que el costo total del proyecto es de **\$4.055.812**. Cabe destacar que si el proyecto resulta exitoso y se desea mantener en el tiempo se deberían considerar los costos asociados a la evaluación constante de las actividades y su realización en el tiempo.

h. Control de calidad de la propuesta

Para realizar un control de calidad de la propuesta, es necesario verificar el diseño y la planificación del proyecto a través de un Esquema de Verificación. Este

esquema cuenta con criterios definidos por el Manual de Diseño de Proyectos de Salud de la OPS con el fin de verificar el buen diseño del proyecto.

El Esquema de Verificación fue contestado por 5 personas pertenecientes a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del CHSJ más mi propia autoevaluación. Su aplicación permitió realizar ajustes en la construcción final de la MML.

Cuadro N°29: Esquema de Verificación del Proyecto

Criterios		SI	NO
Re sp ect o al Fin	El Fin responde al problema central identificado	X	
	Presenta una justificación suficiente para el proyecto	X	
	Esta claramente expresado como una situación ya alcanzada	X	
	Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios	X	
	Los indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	X	
Re sp ect o al pro pó sit o	El proyecto tiene un solo propósito	X	
	El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado	X	
	Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto	X	
	Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	X	
	Los Indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los Resultados	X	
	Los Indicadores del Propósito solo miden lo que es importante	X	
	Los Indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto	X	
	Los Indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo	X	
Re sp ect o a los	Los Resultados están expresados como logros	X	
	Los Resultados del proyecto están claramente expresados	X	
	Todos los resultados son necesarios para cumplir el Propósito	X	

Resultados	Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo gestor del proyecto	X	
	Los Indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	X	
Respecto de las Actividades	Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada Componente	X	
	Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Resultados	X	
	Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los Indicadores	X	
	Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar	X	
	La relación entre las Actividades, el tiempo y el Presupuesto son realistas	X	
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes	La relación si/entonces entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes	X	
	La relación entre los Resultados y el Propósito es realista	X	
	La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad	X	
	El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aun cuando no sean suficientes, para lograr el Fin	X	
	Los Resultados, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito	X	
	Los Supuestos al nivel de Actividad, no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades	X	
Otras	La columna de medios de verificación identifica donde puede hallarse la información para verificar cada indicador	X	
	El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto	X	

6. Bibliografía

- 1) Historia CHSJ. <https://complejohospitalariosanjose.cl/historia/>
- 2) Historia Hospital San José. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/HISTORIA-HOSPITAL-SAN-JOSE.pdf>
- 3) Cuenta pública CHSJ año 2021. https://complejohospitalariosanjose.cl/wp-content/uploads/2022/06/cuenta-publica-2021_baja.pdf
- 4) Manual para el Diseño de Proyectos de Salud. OPS
- 5) Alcolea M, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras. Rev Adm Sanit 2009; 7: 715-728.
- 6) Jabalera M., Morales J. y Rivas F. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Anales Sis San Navarra vol.38 no.2 Pamplona may./ago. 2015
- 7) Plan Nacional de Rehabilitación 2021-2030. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/Plan-nacional-de-rehabilitacion-en-consulta-publica-2022.pdf>
- 8) <https://conveniomarco2.mercadopublico.cl/escritorio2023>
- 9) <https://computadores.mercadopublico.cl/computadores202201>
- 10) <https://www.mercadolibre.cl/>

7. Anexos

Anexo 1

Matriz de Priorización de Problemas

Criterios	Problemas			
	1	2	3	4
Características y magnitud				
Prioridad				
Gobernabilidad				
Incidencia sobre otros problemas				
<i>Total</i>				

Anexo 2

Matriz de Análisis de los Involucrados

Actores	Problemas percibidos	Intereses y mandatos	Poder	Interés	Valor
1					
2					
3					
4					
5					

Anexo 3

Matriz de Marco Lógico

Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin			
Propósito			
Resultados			
Actividades			