



AFE APLICANDO METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO

Título del Proyecto:

“Disminuir lista de espera del Programa de Rehabilitación Integral de los centros de Atención Primaria de la comuna de San Miguel utilizando la Metodología de Marco Lógico”

Autoría: Cecilia Troncoso Torres.

Profesor Guía: Dr. Pedro Crocco.

Diciembre 2023

TABLA DE CONTENIDOS

1. Resumen Ejecutivo	5
2. Introducción	7
a. Contexto relevante del lugar de intervención	7
b. Evolución y características o atributos más importantes de la situación actual	10
c. Datos cualitativos y cuantitativos según lo disponible, aportando la información que ayude a caracterizar la situación actual	12
d. El objetivo que busca el desarrollo de la AFE	18
3. Metodología	19
a. Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada	19
b. Identificación actores claves: Equipo Gestor	20
c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados	21
• Etapa Analítica	21
i. Identificación y descripción del problema detectado	21
ii. Análisis de involucrados	22
iii. Análisis de Problemas	22
iv. Análisis de Objetivos	23
v. Análisis de Alternativas	24
• Etapa de Planificación	24
i. Matriz de Marco Lógico	24
ii. Plan de ejecución	25
iii. Verificación de la planificación del proyecto	25
4. Fase Analítica	26
a. Descripción del problema	26
i. Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas.	26

ii.	Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación con otros problemas y necesidades.	28
b.	Análisis de Involucrados	28
i.	Identificación de actores involucrados	28
ii.	Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados.	29
iii.	Identificación de intereses y mandatos que cada actor involucrado posee y defiende en relación con el problema central.	29
iv.	Identificación de las cuotas de poder o capacidad de incidir que poseen los diferentes actores involucrados.	30
v.	Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones.	30
vi.	Identificación de acuerdo o conflictos que se prevé que podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados.	30
vii.	Construcción de la Matriz de Involucrados.	31
c.	Análisis de Problemas	32
i.	Análisis usando árbol de problemas	32
ii.	Identificación de problemas principales	32
iii.	Identificación y caracterización del problema central.	34
iv.	Análisis de relaciones de causa – efecto.	34
v.	Diagrama de Árbol de Problemas.	35
d.	Análisis de Objetivos	36
i.	Análisis usando árbol de objetivos.	36
ii.	Análisis de viabilidad	36
iii.	Diagrama del Árbol de Objetivos	37
e.	Análisis de Alternativas	39
f.	Síntesis de Etapa Analítica	41
<hr/>		
5.	Fase de Planificación	45
a.	Objetivos por Jerarquía	45
b.	Indicadores	47

c. Medios de Verificación	48
d. Supuestos	49
e. Resumen de Matriz de Marco Lógico	52
f. Plan de Ejecución	55
g. Presupuesto	65
h. Control de Calidad de la Propuesta	69
<hr/>	
6. Anexos	71
a. Referencias	74

1. RESUMEN EJECUTIVO

La Organización Mundial de la Salud menciona que la “Rehabilitación Basada en la comunidad fue considerada como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en los países en desarrollo”(1). En Chile la estrategia se establece de acuerdo con la Ley 20.422, donde se menciona que El Estado fomentará la Rehabilitación con Base Comunitaria, por lo que, en la actualidad tenemos el Programa de Rehabilitación Integral, de manera de dar respuesta a lo establecido por ley y generar procesos de intervención hacia la Personas con Discapacidad, mejorando el acceso a la rehabilitación.

Los Equipos de rehabilitación integral de la comuna de San Miguel son dos, estos atienden a personas que se encuentra con discapacidad permanente o transitoria, con el objetivo de alcanzar una participación social, logrando la inclusión de manera plena en la comunidad. El programa con el pasar del tiempo ha adicionado más prestaciones, lo que ha generado un incremento en las derivaciones. Además, sumando que durante la Pandemia de COVID-19 los profesionales fueron destinados a otras acciones, por lo que al retomar las atenciones se encuentran con la presencia de una elevada lista de espera y esta se ha incrementado aún más debido al aumento en la demanda hacia el programa.

De acuerdo con la información antes mencionada se decide realizar la presente Actividad Formativa Equivalente (AFE), con el objetivo de contribuir con el equipo donde me desempeño laboralmente, por lo que a través del Fin del Proyecto se ha contribuido a que la población beneficiaria del programa disminuyera las secuelas y las complejidades de su enfermedad, debido al acceso oportuno a las prestaciones en salud.

Para iniciar se conformó el Equipo Gestor, donde los integrantes son los profesionales del programa de rehabilitación, además se cuenta con el apoyo de personas que trabajan directamente con el Programa. Para la construcción del proyecto se utilizó la metodología de Marco Lógico (ML), ya que las herramientas del ML permiten identificar el problema central y diseñar un plan de trabajo, este último facilita la implementación, el seguimiento y la evaluación del proyecto.

La metodología a utilizar está compuesta por etapas, iniciando con la fase analítica. A continuación se describen brevemente lo realizado en esta etapa:

- Descripción del Problema: Se identifican las principales problemáticas a través de la lluvia de ideas, para determinar el problema central se utiliza la Matriz de Priorización de Problemas, dando como resultado “Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”.
- Análisis de involucrados: Se determina que actores están involucrados con el proyecto, construyendo la Matriz de Involucrados, de esta manera se observó el nivel de interés, la capacidad de incidir, los acuerdos o conflictos puedan tener. Como resultado se obtiene cada uno de ellos están a favor del proyecto.
- Árbol de problemas: Se construyó al realizar la relación de causa y efecto del problema central.
- Árbol de objetivos: A partir del árbol de problemas, donde se transformó lo descrito en negativo a positivo, identificamos el campo de acción del proyecto, los cuales son: en conocimiento de las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación; y, menor cantidad de derivaciones hacia el programa de rehabilitación.
- Análisis de alternativas: Se propusieron acciones factibles de ejecutar, identificando tres actividades a realizar por equipo Gestor.

Continuando con la aplicación de la metodología de ML, se desarrolló la etapa de Planificación, construyendo la matriz de Marco lógico, el Plan de Ejecución y terminando con el esquema de verificación del diseño del proyecto, lo que nos permite tener un feedback de lo desarrollado. De acuerdo con el último, en el esquema se observa un resultado positivo sobre lo ejecutado en la etapa de planificación, demostrando que lo planteado en el documento permitirá que, con el Fin mencionado anteriormente, se favorecerá la inclusión social de las personas que participan en el programa de rehabilitación integral.

2. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad presentar un proyecto utilizando la Metodología de Marco Lógico, realizando una intervención en los Centros de Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de San Miguel, específicamente en el Programa de Rehabilitación Integral, con el objetivo de contribuir a disminuir la lista de espera.

En esta línea, se comienza exponiendo sobre el lugar de intervención, las características de la población comunal y la de los usuarios que se atienden los Centros de APS, el funcionamiento del programa de rehabilitación Integral, el problema a abordar y el impacto que tiene en la Salud Pública.

Para finalizar se detallará el desarrollo y la aplicación de la Metodología de Marco Lógico, mostrando todas las etapas y los resultados que se obtuvieron.

a. Contexto relevante del lugar de intervención.

La comuna de San Miguel se ubica en el centro sur de la conurbación de Santiago. Tiene una extensión territorial de 9.5 km², limita al norte con la comuna de Santiago, al este con San Joaquín, por el sur con San Ramón y la Cisterna y por el oeste con Pedro Aguirre Cerda. De acuerdo con el Censo del año 2017 la población comunal es de 107.954 habitantes (2) y de la población inscrita validada (PIV) por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para 2023 según corte en septiembre de 2022 serían 86.992 personas y al proyectar la población censal al 2023 la PIV correspondería al 61,03% (3). Se observa que los usuarios en los grupos etarios de 60 años y más, el número de inscritos supera el 75% de la población INE de la comuna.

La comuna cuenta con siete establecimientos de salud, estos son administrados por la Dirección de Salud quien dirige la red de salud de la comuna y este a su vez es regulado por la Corporación Municipal de San Miguel. Estos corresponden a: dos Centros de Salud Familiar (CESFAM), un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Atacama, un Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolutividad (SAR), una unidad de Atención Primaria Oftalmológica y Otorrinolaringología (UAPORRINO), una Droguería Comunal y una

Farmacia Comunal. Estos dispositivos pertenecen al Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). Los equipos de Rehabilitación de la comuna de San Miguel son dos, uno perteneciente al CESFAM Barros Luco y otro de dependencias del CESFAM Recreo.

La organización territorial Según el plan Comunal de Salud de la comuna de San Miguel (3) se encuentra organizada territorialmente en 20 unidades vecinales (U.V.) y cada CESFAM tiene bajo cobertura lo indicado por la Corporación de Municipal de Salud, por lo que los Centros de APS se encuentran sectorizados, identificados por colores, para el CESFAM Barros Luco corresponde: sector rojo, verde y azul, y para CESFAM Recreo: verde, rojo, azul y amarillo (este último comparte geografía con CECOSF Atacama). En cuadro N°1 se observa la distribución por UV y en el cuadro N°2 se aprecia el mapa con la distribución geográfica de la comuna (4). Si bien los Centros de Salud se encuentran divididos por sectores y cada uno tiene un equipo de cabecera, los equipos de rehabilitación atienden de manera transversal a los usuarios inscritos, además al equipo del CESFAM Recreo se le suma la población del CECOSF Atacama, ya que este pertenece administrativamente del Centro de Salud Familiar.

Cuadro N° 1. Distribución de Unidades Vecinales.

CESFAM	Sector	U.V.
Barros Luco	Azul	22-24-25-26-54
	Verde	19-20-21
	Rojo	23-51-52-53
Recreo	Azul	48
	Verde	46-47
	Rojo	49-50
	Amarillo/CECOSF	17 ^a - 17b- 18

Fuente: Plan Comunal de Salud Comunal 2019-2021

Cuadro N° 2. Mapa de la distribución geográfica de la comuna.



Fuente: Plan Comunal de Salud Comunal 2019-2021

Cada CESFAM debe atender a la población según la distribución mencionada anteriormente y debe entregar prestaciones de salud según los usuarios inscritos en cada centro, en el cuadro a continuación se muestra los usuarios inscritos para el año 2023 en el CESFAM Recreo, CESFAM Barros Luco y en CECOSF Atacama.

Cuadro N°3. Población inscrita validada por centro de salud para el año 2023.

Total validades	inscritos San Miguel	CECOSF Atacama	CESFAM Barros Luco	CESFAM Recreo
86.992		6835	41806	38351

Fuente: Plan Comunal de Salud Comunal 2023-2024

El Programa de Rehabilitación Integral corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), estos tienen como objetivo mejorar la Resolutividad en APS(5), entregar prestaciones de calidad, en forma accesible y oportuna a las personas con discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutividad a nivel primario de atención (6).

Para la implementación del PRAPS en la comuna se realiza un convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Este programa tiene cuatro componentes para ejecutar: el primero, las Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), en el cual se atienden a las personas con problemas en su salud física y sensorial en los centros de APS, además se realiza un importante trabajo a nivel comunitario; segundo, las salas de Rehabilitación Integral (RI), cuyas atenciones están dirigidas al manejo del dolor de síndromes musculoesqueléticos; tercero, el Equipo de Rehabilitación Rural (ERR), donde las atenciones son destinadas a las zonas rurales; y, por último, el programa de artrosis leve o moderada, las personas reciben canasta GES y se contempla con atención de Kinesiólogo (7).

b. Evolución y características o atributos más importantes de la situación actual.

La ratificación en Chile de la convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo en el año 2008, genera la incorporación de la Ley 20.422 donde se establecen las Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de Personas con Discapacidad, en el artículo N° 22 indica que “El Estado fomentará preferentemente la rehabilitación con base comunitaria, así como la creación de centros públicos o privados de prevención y rehabilitación integral” (8).

El programa de Rehabilitación Integral o mejor conocido como Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) se fomenta a nivel primario en el año 2009(9), cuando el Ministerio de Salud (MINSAL) lo introduce en Centros de APS, ya que los CESFAM mantienen cercanía con la población y son considerados la puerta de entrada al sistema de salud chileno. Para la implementación del programa se realizaron alianzas con el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS).

El programa se guía bajo los Modelos de RBC, Modelo de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Biopsicosocial. Tiene como objetivo “entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas con problemas en la funcionalidad de manera permanente o transitoria, mejorando la Resolutividad a nivel de la atención primaria de salud”(7) . Se encuentra dirigido a la población desde los 20 años de edad y que se encuentra inscrita en el CESFAM correspondiente según ubicación geográfica, los principales diagnósticos que se atienden son: artrosis de cadera y rodilla leve o moderada, Accidente Cerebrovascular, síndrome de dolor lumbar, lesión medular, Traumatismo encéfalocraneano, Enfermedad de Parkinson, usuarios con amputación en algún segmento de su cuerpo, síndromes dolorosos de origen traumático y no traumáticos, secuelas post COVID-19, y usuarios que tengan el rol de cuidador.

El convenio del programa en la comuna tiene varios objetivos a cumplir, lo cuales son: evaluación integral y plan de tratamiento integral a las personas ingresadas; valorar el impacto de la intervención; Consejería individual y familiar; realizar un diagnóstico comunitario participativo; y, actividades de promoción de salud y prevención de la discapacidad a nivel individual y grupal. Además de lo mencionado anteriormente, el equipo debe cumplir con las metas establecidas para evitar la reliquidación, estas son dos, una con corte de 31 de agosto y la segunda con corte 31 de diciembre del año en curso, en anexo N°1 se aprecia las metas a cumplir.

El convenio del programa costea 2 profesionales por CESFAM, por lo que la corporación municipal realiza el financiamiento de los demás profesionales, en la actualidad los equipos se encuentran constituidos de la siguiente forma:

- El equipo de RBC perteneciente al CESFAM Barros Luco, cuenta con dos Kinesiólogos con 44 horas cada uno, una Terapeuta ocupacional con 44 horas y una Fonoaudióloga con 11 horas.
- El equipo de RBC perteneciente al CESFAM Recreo, cuenta con dos Kinesiólogos con 44 horas cada uno, una Terapeuta ocupacional con 44 horas, una Fonoaudióloga con 11 horas, una TENS con funciones clínico-administrativas con 44 horas y un médico con 8 horas.

Los dispositivos de rehabilitación al atender de manera transversal a la población de cada CESFAM, no logra ingresar a todos los usuarios de manera oportuna, generando una brecha en el acceso a la rehabilitación, y si le sumamos que los equipos durante la pandemia por COVID-19 fueron destinados a otras funciones desencadenando un aumento en la lista de espera del programa. Si bien los equipos de ambos Centros de salud han desarrollado estrategias en conjunto para abordar la problemática, pero al tener insuficiente cantidad de Recurso Humano estas no han logrado que todos los usuarios puedan acceder de manera oportuna.

c. Datos cualitativos y cuantitativos según lo disponible, aportando la información que ayude a caracterizar la situación actual.

Según el informe mundial sobre la discapacidad, la OMS indica que alrededor de 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad, en este mismo informe se señala que las personas con discapacidad están aumentando, producto de varios factores, dentro de los cuales encontramos: el envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (10). En Chile, según la segunda Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC II) del año 2015 mencionan que la población de 2 años y más que se encuentra con discapacidad corresponde a un 16,7%, equivalente a 2.836.818 personas, el mismo estudio indica que a medida que aumenta la edad aumenta significativamente la discapacidad, por lo que la población adulta mayor es la que presenta un porcentaje más alto de personas con discapacidad, siendo de 38,3%. Si observamos solamente a la población mayor a 18 años se aprecia que esta alcanza una prevalencia de un 20%, de las cuales un 8,3% corresponde a personas con discapacidad severa y 11,7% presentan una discapacidad leve a moderada(11).

La ENDISC II también muestra que, del total nacional las personas que accedieron a rehabilitación en los últimos 12 meses equivalen a un 8,8%, de estos 6,2% corresponden a usuarios sin discapacidad y un 19,1% a las personas con discapacidad, de las cuales un 15,1% corresponde a personas con discapacidad leve a moderada y un 24,7% a discapacidad severa.

La dificultad en acceso a la rehabilitación puede generar limitaciones importantes en la funcionalidad de cada persona, lo que genera deterioro en su calidad de vida y un impacto negativo en su familia. Según el informe final del estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, la principal causa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) es dada por enfermedades no transmisibles, siendo un 73% del total de las personas. Las principales enfermedades son las correspondientes al grupo II: enfermedades cardiovasculares, enfermedades musculoesqueléticas, condiciones neuropsiquiátricas, diabetes mellitus y anomalías congénitas(12).

En la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, indica que la principal carga de enfermedad está dada por enfermedades no transmisibles con un 86%, siendo los trastornos musculoesqueléticos, las enfermedades de órganos de los sentidos y los desórdenes neurológicos los que tienen mayor peso de los años vividos con discapacidad a nivel país(13). De acuerdo con lo anterior, OMS considera que la rehabilitación es la estrategia sanitaria clave para este siglo, ya que, tiene un impacto directo en que las personas con discapacidad puedan mantener o mejorar su independencia, disminuyendo a su vez la carga sobre el cuidador y el gasto en el sistema de salud. Igualmente lo indica el Modelo de Gestión Red de Rehabilitación, mencionado que los beneficios de la rehabilitación tienen un impacto que va más allá del sector salud, ya que al aumentar la inclusión social en todos los ámbitos de la vida se contribuye a que las personas con discapacidad mantengan por más tiempo la independencia (14).

Si hablamos de la discapacidad, la rehabilitación y las listas de espera, según la literatura, estos conceptos relacionados entre sí han sido poco estudiados y no se ha logrado visualizar cual es el real impacto que tiene el no poder acceder de manera oportuna a prestaciones de rehabilitación, si bien hay mayor evidencia en alteraciones neurológicas, donde explica que la atención temprana a los usuarios tiene un impacto positivo, disminuyendo las secuelas o generando una buena recuperación en la funcionalidad.

Para acceder al programa de rehabilitación integral de los centros de APS en la comuna de San Miguel, los equipos confeccionaron un Solicitud de Interconsulta (SIC) interna (anexo N°2), de esta forma los médicos del CESFAM pueden realizar las derivaciones según

patología, escala de dolor y funcionalidad, con esa información el equipo puede otorgar una prioridad más adecuada a cada solicitud.

De acuerdo con la literatura analizada, se observa que varias instituciones hablan de la importancia del acceso oportuno a los programas de rehabilitación, pero son pocos los que indican como realizar la priorización o cuales son los tiempos de espera que se deberían tener. Las orientaciones metodológicas para el desarrollo del programa de rehabilitación integral en la atención primaria(7), detalla una sugerencia de prioridad según diagnóstico médico:

1. Prioridad uno, las personas que son derivadas desde los hospitales con diagnóstico de ACV recientes, etapas agudas y subagudas.
2. Prioridad dos, personas con cuadros agudos o subagudos diagnosticadas con lesión medular y traumatismos encéfalo craneano.
3. Prioridad tres, personas que de acuerdo con su cuadro clínico presenten enfermedades degenerativas o problemas crónicos, personas con discapacidad leve y moderada, cuidadores de personas dependientes.

Por otra parte, están las guías clínicas que indican cual sería el manejo que se debería tener frente a usuarios con ciertos diagnósticos, a continuación, se describe algunas guías con las patologías que presentan mayor frecuencia de derivación al programa de rehabilitación: la guía clínica del Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico, donde se indica que las personas de 15 años y más deben comenzar la rehabilitación dentro de las primeras 24 horas desde la hospitalización e ingresar a programas específicos cuando se encuentre estable desde el aspecto médico, ya que la recuperación global de la persona sucede dentro de los primeros 6 meses ocurrido el ACV (15), además, el Modelo de Gestión de la Red Neurológica en la atención de las personas con Ataque Cerebrovascular refiere que esta patología es altamente tiempo dependiente, por lo que el acceso oportuno a las intervenciones en salud pueden disminuir las alteraciones funcionales en las personas (16); de acuerdo a la guía clínica de Enfermedad de Parkinson Tratamiento No Farmacológico de Rehabilitación, refiere que no existe evidencia del momento en el cual la persona con diagnóstico de Parkinson debe iniciar rehabilitación, sin embargo, los expertos recomiendan que esta debe estar presente desde las primeras etapas de la enfermedad

(17); La guía de Traumatismo craneoencefálico, menciona que se sugiere comenzar con la terapia de rehabilitación de manera temprana (18).

Sobre las patologías musculoesqueléticas, no existe información concreta que determine los tiempos de espera para la intervención de los usuarios, sin embargo, encontramos bibliografía principalmente asociados a los estados de salud, como es la ENS 2016-2017 que nos aporta datos sobre la intensidad del dolor, mencionado que la prevalencia de dolor independiente de la intensidad es de un 28,6% en la población. En el mismo documento se indica que según autorreporte sobre artrosis de cadera, esta tiene una prevalencia del 3,1% de la población total, de los cuales 80,2% presentan alteración moderada-severa de la capacidad funcional, siguiendo la misma línea, en el autorreporte sobre artrosis de rodilla la prevalencia es de 5,7%, encontrando que el 81,2% presentan una alteración moderada-severa de la capacidad funcional(13). Por otra parte, la estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030, señala que los trastornos musculoesqueléticos corresponden a la principal causa de discapacidad en el mundo, siendo la más frecuente el dolor lumbar, seguida por diagnósticos de artrosis, otros traumatismo, dolor cervical, amputaciones y artritis reumatoide, además, se indica que estas alteraciones hacen que las personas presenten una jubilación anticipada, generando un impacto negativo a nivel económico en los sistemas de salud y en la productividad en el país (19).

De acuerdo con lo descrito previamente, para la derivación al equipo de rehabilitación de los CESFAM de San Miguel, se debe realizar a través de una SIC interna que facilita el registro de datos para la priorización de la atención del usuario, para luego categorizarlas en 3 niveles de prioridad, esto se confecciona en relación con lo descrito en las orientaciones metodológicas, a continuación, se muestra el cuadro con la información mencionada:

Cuadro N°4. Priorización SIC del Programa de Rehabilitación

Prioridad	Criterios
1 Alta (Agendar dentro de los primeros 20 días)	- Usuarios con patologías Sistema nervioso central y/o periférico. * No aplica screening funcional y evaluación de dolor

2 Media (Agendar dentro de 30 días)	- Usuarios con diagnóstico de artrosis de Cadera o Rodilla leve o Modera - Usuarios con patologías de origen musculoesqueléticos. *Puntaje de screening funcional + evaluación de dolor ≥ 10 puntos *Laboralmente activos
3 Baja (Agendar dentro de los 60 días)	-Usuarios con patologías de origen musculoesqueléticos. *Puntaje de screening funcional + evaluación de dolor ≤ 9 puntos

Fuente: Documento de priorización interna equipos de RBC de San Miguel

Si bien los equipos de rehabilitación de la comuna han realizado estrategias para priorizar las IC, de manera de atender oportunamente a los usuarios según su condición de salud actual, estos no han sido tan fructíferos como se esperaba, ya que ha aumentado la demanda, el recurso humano es escaso, el sistema de priorización es confeccionado por el equipo de RBC y no se encuentra integrado en el sistema informático del CESFAM.

El siguiente cuadro se muestra la cantidad de derivaciones realizadas al programa de rehabilitación integral por cada centro de salud entre los años 2021 y 2023, esta información es obtenida a través del drive de cada equipo, ya que no hay registros en sistema informático que indique la cantidad de interconsultas, por lo que se carece de registros detallados de años anteriores a los descrito a continuación.

Cuadro N°5. Cantidad de interconsultas hacia el programa de rehabilitación.

Equipo por CESFAM	2021	2022	2023 (hasta 30 de octubre)
CESFAM Barros Luco	315	1031	931
CESFAM Recreo	229	651	762

Elaboración propia, información extraída en documento interno

Debido a la falta de sistema informático en los centros de salud que permita extraer toda la información sobre las atenciones del programa, se utiliza el sistema de la reportería del

Programa de Rehabilitación, nivel primario y hospitalario, sector público. Años 2014-2019 (20) y los reportes REM de la página de internet del MINSAL (21), de esta manera se logra obtener los datos sobre la cantidad de usuarios ingresados por equipo de rehabilitación, los cuales se detallan a continuación:

Cuadro N° 6. Total de ingresos por equipo de rehabilitación

Año/CESFAM	Equipo CESFAM Barros Luco	Equipo CESFAM Recreo
2014	453	287
2015	933	745
2016	654	681
2017	498	670
2018	474	626
2019	387	460
2020	67	160
2021	305	253
2022	552	494
2023 (corte a julio)	318	302

Fuente: Elaboración propia, según información del sistema de reportería y REM.

Para analizar de mejor manera la información del cuadro anterior es importante estar en conocimiento de la siguiente información: en el año 2014 el CESFAM Recreo contaba con un kinesiólogo para el programa, ya que correspondía a estrategia de sala RIO; durante el año 2015 el equipo del CESFAM Barros Luco, tenía tres kinesiólogos; desde mediados del año 2016 hasta 2021 equipo RBC de Recreo tuvo apoyo de un fisioterapeuta; en el año 2021 las atenciones comenzaron de manera paulatina y con atenciones de algunos profesionales.

Si analizamos la cantidad de derivaciones en el cuadro N° 5 y el total de ingresos capaz de realizar por el equipo de rehabilitación en el cuadro N°6, observamos que para el año 2022 el equipo del CESFAM Barros Luco recibe 1031 IC y realiza 552 ingresos, por lo que queda un delta de 479 IC, por otra parte, el equipo del CESFAM Recreo para el mismo año recibe 651 IC y logra realizar 494 ingresos, quedando 157 derivaciones para el año 2023.

De acuerdo con la información entregada anteriormente, se percibe que el acceso a rehabilitación no logra ser oportuno, por lo que los equipos de rehabilitación aumentan la lista de espera con el pasar del tiempo, como se observa para el año 2023, ya que si sumamos las derivaciones a la fecha y las pendientes del años anterior: el equipo de Barros Luco tiene a la fecha 1410 derivaciones y el equipo del centro de Recreo tiene 919 derivaciones, teniendo los equipos una capacidad promedio de atención de 523 interconsultas anuales, según reflejado en los reportes REM.

d. El objetivo que busca el desarrollo de la AFE.

Como se refleja en la información mencionada en los puntos anteriores, los Equipos de Rehabilitación Integral de la Comuna de San Miguel presentan una brecha en el acceso a las prestaciones por parte de la población beneficiaria, lo que se traduce una alta lista de espera. Es por eso por lo que a través del desarrollo de la Actividad Formadora Equivalente (AFE), tiene como objetivo finalizar el proceso académico del Magíster en Salud Pública, a través de la aplicación de la Metodología de Marco Lógico a los equipos del programa donde me desempeño laboralmente, de esta manera contribuir con estrategias a implementar en el programa si así lo estima la Dirección de Salud de la corporación Municipal de San Miguel.

3. METODOLOGÍA

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

La Metodología de Marco Lógico (ML)(22) posibilita identificar el problema central que se requiere abordar en la Gestión de Salud Pública, estableciendo relaciones de causa efecto con el objetivo de diseñar una intervención cuya gestión sea integral, la cual nos permitirá su implementación, seguimiento y evaluación. En el presente caso analizado, se determinó un problema propuesto a intervenir: la Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel.

A continuación, se presenta la carta Gantt que considera las etapas para el abordaje integral de la problemática. Esta se confeccionó en conjunto con el Equipo Gestor y permite presentar las actividades y en los plazos que se deben realizar.

Cuadro N° 7. Carta Gantt de las etapas de Análisis y Planificación

Etapa de Análisis	Septiembre				Octubre		
	06 al 10	13 al 17	20 al 24	27 al 01	04 al 08	11 al 15	18 al 22
Autorización del proyecto							
Conformación del Equipo Gestor							
Identificación del problema							
Matriz priorización de problemas							
Identificación de involucrados							
Matriz de involucrados							
Árbol de Problemas							
Árbol de Objetivos							
Viabilidad							
Alternativas							
Informe							

Etapa de Planificación	Octubre	Noviembre				Diciembre	
	25 al 29	01 al 05	08 al 12	15 al 19	22 al 26	29 al 03	06 al 10
Objetivos Matriz Marco Lógico							
Indicadores							
Medios de verificación							
Supuestos							
Resumen Matriz Marco Lógico							
Plan de Ejecución							
Presupuesto							
Esquema verificación del diseño							
Informe							

Fuente: Elaboración propia del Equipo Gestor.

b. Identificación actores claves: Equipo Gestor.

Para iniciar el proceso se determinan los actores claves que participaran en el proceso, es por eso por lo que se incluyen a las personas que están directamente relacionadas con el Programa de Rehabilitación Integral de los Centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel. A continuación, detalla los funcionarios que son parte del equipo gestor:

- Mónica Vanni, Kinesióloga y coordinadora del equipo de rehabilitación del CESFAM Barros Luco.
- Guillermo Moya, Kinesiólogo del equipo de rehabilitación del CESFAM Barros Luco.
- Eileen Toro, Terapeuta Ocupacional del equipo de rehabilitación del CESFAM Barros Luco.
- Stephanie Lefevre, Fonoaudióloga del equipo de rehabilitación del CESFAM Barros Luco.
- Nefi Pezoa, Kinesiólogo del equipo de rehabilitación del CESFAM Recreo.
- Alejandra Lobos, Kinesióloga del equipo de rehabilitación del CESFAM Recreo.
- María Francisca Becerra, Fonoaudióloga del equipo de rehabilitación del CESFAM Recreo.
- Luis Galarza, médico del equipo de rehabilitación del CESFAM Recreo.

Además, se contará con la participación de la Asesora Técnica de la Dirección de Salud y la encargada del área informática médica, quien coordina las derivaciones entre los distintos niveles de atención del CESFAM. También se contará en algunos momentos con el apoyo de médicos del CESFAM y encargada de OIRS.

c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados.

Esta metodología cuenta con etapas y momentos (22), los cuales se presentan a continuación:

- **Etapas Analíticas**

- i. Identificación y descripción del problema detectado.**

El problema detectado por los integrantes del equipo está relacionado a la alta lista de espera de usuarios al Programa de Rehabilitación. Para identificar el problema se ejecutó la técnica de Lluvia de ideas, lo que generó un listado de los principales problemas identificados. Posterior a esto, se aplicó la Matriz de Priorización de Problemas, que consiste en ponderar los problemas identificados, para esto a cada uno se le otorga un valor de: nulo es 0, medio es 1 y 3 es alto, cabe señalar, a que mayor puntaje obtenido por problema, mayor será su prioridad. Los criterios utilizados, son los siguientes:

- Características y magnitud de la población afectada.
- Prioridad en los lineamientos de las políticas establecidas por las autoridades.
- Gobernabilidad, este concepto indica la capacidad del equipo para incidir en el problema.
- Incidencia sobre la generación de otros problemas.

Tras la aplicación de la metodología en conjunto con el equipo, se logró establecer el problema central.

ii. Análisis de involucrados

Se realiza un análisis sobre cuáles son los actores sociales que tienen directa o indirectamente una participación en el problema central, una vez identificados en conjunto con equipo se realiza una nómina y se completa la Matriz de Involucrados.

A través de la Matriz podemos valorar, sobre cada actor, cuánta es la capacidad de incidir sobre el problema. Con lo anterior se permite determinar cuáles son los involucrados que apoyan el proyecto y quienes lo rechazan. Los criterios utilizados en su construcción son:

- Problemas percibidos: cómo cada actor percibe el problema desde su punto de vista.
- Intereses y mandatos: cuáles son los intereses de cada actor.
- Poder: cuál es capacidad de incidir de cada actor, se debe otorgar un valor a significados conceptuales (1= bajo, 2= medio bajo, 3= medio, 4= medio alto 5= alto)
- Interés: cuál y cómo es la posibilidad de apoyo de cada actor, para esto se le asignará un valor a significados conceptuales dependiendo si efecto de la intervención es positivo (+1= bajo, +2= medio y +3= alto), negativo (-1= bajo, -2= medio y -3= alto) o indiferente (=0).
- Valor: permite el poder o magnitud de los acuerdos o conflictos que cada actor puede tener, para esto se debe multiplicar el valor del Poder por el valor del interés.

De esa manera se construyó la Matriz de los involucrados en conjunto con el equipo y otros actores relevantes.

iii. Análisis de Problemas

Con esta estrategia se establecen e indagan los factores explicativos del problema central. De acuerdo a lo anterior el equipo gestor realizó un análisis, el cual finalizó con la construcción del Árbol de Problemas, esta técnica que permite identificar y organizar gráficamente los problemas más relevantes y las relaciones de causa- efecto. En su construcción se consideró lo siguiente:

- Identificar los problemas principales que actúan como factores explicativos de la situación. Estos se categorizan en factores directos, factores indirectos y factores estructurales y deben formular en negativo.
- Identificar sólo los problemas existentes.
- Enfocar el análisis a través del problema central.
- Ubicar los problemas de acuerdo con las relaciones de causa y efecto y la gráfica muestra estas relaciones.
- El esquema completo del árbol permite explicar y entender el origen del problema central.

De esta manera se construyó en conjunto con el equipo el diagrama del Árbol de Problemas.

iv. Análisis de Objetivos

Durante esta etapa se observaron los problemas para convertirlos en objetivos, de esta manera guiar hacia la acción e incidir en el problema central. Es por eso, que el Árbol de Problemas se transformó en el Árbol de Objetivos, para eso se realizó lo siguiente:

- Los problemas en negativo se reformularon de arriba hacia abajo a objetivos (expresiones en positivo).
- Las Causas se convierten en Medios.
- Los Efectos se convierten en Fines
- El Equipo Gestor verificó la coherencia en las relaciones Medios-Fines.

Para finalizar, el equipo realizó un análisis de viabilidad con el propósito de identificar los objetivos que sean posible de alcanzar, siendo parte de la planificación puesto que determinarán el ámbito de acción del proyecto.

v. Análisis de Alternativas

En este paso se consideraron los objetivos identificados anteriormente, con la finalidad de determinar las potenciales soluciones, las que nos llevarán al logro de los mismos.

Para realizar la selección de las alternativas más viables, se consideraron los criterios tales como: costo, disponibilidad de Recurso Humano, capacidad técnica para la implementación y mayor factibilidad de alcanzar el objetivo.

El Análisis de Alternativas se realizó con cada uno de los objetivos del ámbito de acción, de esta manera se eligió la alternativa más viable de concretar para alcanzar los Fines y Propósitos de proyecto.

- **Etapas Planificación**

- i. Matriz del Marco Lógico.**

La matriz del ML contempla todos los elementos de la gestión del proyecto, para esto presenta de una manera resumida a lo que aspira, los supuestos claves y la evaluación y seguimiento de los productos. Se estructura es una matriz de cuatro por cuatro, lo que significa que posee 4 columnas y 4 filas que consideran los siguientes criterios:

- Columnas
 - Resumen narrativo de los objetivos y actividades
 - Indicadores, son los resultados específicos a alcanzar
 - Medios de Verificación
 - Supuestos, son los factores externo que implican riesgo
- Filas
 - Fin al cual el proyecto contribuye de manera significativa
 - Propósito logrado cuando el proyecto ha sido ejecutado
 - Resultados completados en el transcurso de la ejecución del proyecto
 - Actividades requeridas para producir los resultados

De esta manera se construyó en conjunto con el equipo la Matriz de Marco Lógico

ii. Plan de ejecución

A partir de las actividades planteadas en la Matriz de ML se construyó el Plan de Ejecución, para su desarrollo se establecieron los siguientes criterios:

- Tareas y subtareas
- Fecha de inicio y finalización de cada tarea y subtarea
- Presupuesto
- Responsables

iii. Verificación de la planificación del proyecto

Para finalizar, se evaluó la coherencia y calidad del proyecto, revisando su diseño y planificación. Para esto se utilizó el Esquema de Verificación propuesto en el Manual para el Diseño de Proyectos en Salud OPS (22).

4. FASE ANALÍTICA

a. Descripción del problema

i. Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas.

Utilizando la técnica de lluvia de ideas el equipo gestor identificó las siguientes problemáticas:

- Centros de Salud Familiar con escasa accesibilidad de transporte público.
- Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación.
- Poca continuidad de actividades de los equipo de rehabilitación tras cambio de directivos en los CESFAM.
- Insuficiente comunicación con en Servicio de Salud correspondiente, por lo que la información no transmite de manera adecuada.
- Insuficientes espacios en la comunidad que sean accesibles para realizar las actividades con los usuarios en situación de discapacidad.
- Insatisfacción del equipo gestor sobre la evaluación del Modelo de Salud Familia, ya que este se asocia más a lo cuantitativo que los cualitativo, limitando las acciones.
- Escaso conocimientos sobre funcionamiento equipo de rehabilitación por parte de asesores técnicos en la Dirección de Salud.
- Escasos recursos para el programa de rehabilitación.
- Alta sobrecarga de los equipos del programa.
- Escasa inclusión de los equipos en la programación de las actividades.

Posterior a identificar los principales problemas, se aplicó la Matriz de Priorización de Problemas, la cual fue construida por el equipo gestor (cuadro N°8).

Cuadro N°8. Matriz de Priorización de Problemas.

Criterios	Centros de Salud Familiar con escasa accesibilidad de transporte público	Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación	Poca continuidad de actividades del equipo de rehabilitación tras cambio de directivos en los CESFAM	Insuficiente comunicación con en Servicio de Salud correspondiente, por lo que la información no transmite de manera adecuada	Insuficientes espacios en la comunidad que sean accesibles para realizar las actividades con los usuarios en situación de discapacidad	Insatisfacción del equipo gestor sobre la evaluación del Modelo de Salud Familia, ya que este se asocia más a lo cuantitativo que lo cualitativo, limitando las acciones	Escaso conocimiento sobre funcionamiento equipo de rehabilitación por parte de asesores técnicos en la Dirección de Salud	Escasos recursos para el programa de rehabilitación	Alta sobrecarga de los equipos del programa	Escasa inclusión de los equipos en la programación de las actividades
Características y magnitud de la población afectada	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Prioridad en los lineamientos de las políticas establecidas por las autoridades	0	2	1	0	0	0	0	1	1	1
La capacidad del equipo para incidir en el problema (Gobernabilidad)	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1
Incidencia sobre la generación de otros problemas	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3
TOTAL	4	9	7	5	6	7	7	7	8	8

Elaboración propia. La información fue obtenida a través de actividad grupal con el equipo gestor.

De acuerdo con los datos obtenidos se observa que las tres primeras prioridades son:

- Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación.
- Alta sobrecarga de los equipos del programa.
- Escasa inclusión de los equipos en la programación de las actividades

ii. Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación con otros problemas y necesidades.

De acuerdo a la Matriz, el problema que obtuvo la mayor puntuación fue “Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”, con 9 puntos de un total de 12 puntos como máximo, por lo que es considerado como el problema central. De acuerdo a analizado por el equipo gestor, el enunciado priorizado es relevante por las siguientes razones:

- El equipo gestor puede realizar algunas estrategias para incidir en el problema central.
- Abarca a la mayoría de los problemas mencionados.
- La Pandemia de COVID-19 impactó en las atenciones del sector público, por lo que aumentó la lista de espera.
- El tiempo de espera incide directamente en la condición de salud de la población, ya que a mayor tiempo de espera el usuario puede presentar mayores complicaciones asociado al diagnóstico de derivación.

b. Análisis de involucrados

i. Identificación de actores involucrados.

Para el problema central el equipo gestor identifico a los siguientes actores involucrados:

- Instituciones: Dirección de Salud (DIRSAL) de la comuna, Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Ilustre Municipalidad de San Miguel.
- Grupos: Profesionales del programa de rehabilitación, funcionarios administrativos de SOME, Oficinas de información, reclamo y sugerencias (OIRS), estamento médico.
- Individuos: Asesora técnica de DIRSAL, Directoras de los Centros de APS, población usuaria, familiares de usuarios.

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

De acuerdo al análisis realizado, se observa que los actores que se encuentran en contacto directo con la población usuaria afectada tiene mayor preocupación por la problemática mencionada, refiriendo: “la escasa información sobre la lista de espera del programa y el atraso en la habilitación de las agendas de los profesionales dificulta citar a los usuarios”. Por otra parte, a niveles jerárquicos más altos se infiere que la problemática se percibe de manera más general, ya que lo manifestado en reuniones fue: “existe una alta demanda hacia el programa de rehabilitación, por lo que aumenta la lista de espera”. (cuadro N°10 matriz de involucrados)

A su vez se analizó a los involucrados de acuerdo a quienes tiene relación directa o indirecta con el problema central, como se observa en el cuadro a continuación:

Cuadro N°9. Relación con el problema central

Relación Directa	Relación Indirecta
<ul style="list-style-type: none">- Profesionales del programa de rehabilitación.- Funcionarios administrativos de SOME.- Asesora técnica de DIRSAL- Directoras de los centros de APS- Población usuaria- Familiares- Dirección de Salud de la comuna.	<ul style="list-style-type: none">- Universidades en convenio- Hospital Barros Luco Trudeau- Servicio de Salud Metropolitano Sur- Servicio Nacional de Discapacidad

Elaboración propia. La información fue obtenida a través de actividad grupal con el equipo gestor.

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

De acuerdo a lo analizado se observa que los intereses y mandatos mantienen la misma lógica mencionada anteriormente, por lo que mayor es la relación directa con el problema, teniendo un mayor interés. Un ejemplo de ello es el mandato de la Asesora técnica de DIRSAL: “velar por el acceso oportuno a rehabilitación y cumplir con las metas del

programa”, a diferencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur quien tiene una relación indirecta y su mandato es “Cumplir con el convenio establecido” (cuadro N°10 matriz de involucrados).

iv. Identificación de las cuotas de poder o capacidad de incidir que poseen los diferentes actores involucrados.

Analizando los recursos de poder estos están relacionados principalmente con aspectos de tipo administrativo, como lo es convenio del programa de rehabilitación, el cual ha modificado algunos aspectos, pero otros se han mantenido con el pasar de los años lo que ha hecho que las prestaciones aumenten, sin embargo la cantidad de recursos humanos se mantienen. Por otra parte, los centros de salud tienen dificultades para dejar un administrativo de SOME que esté encargado de las citaciones de los usuarios, conllevando a una alta rotación en la que se debe, constantemente, capacitar a las personas. De acuerdo a lo anterior, observamos que los recursos de poder de los actores involucrados mantienen la lógica jerárquica (cuadro N°10 matriz de involucrados).

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

Se observó que todos los actores involucrados tienen interés en resolver el problema identificado, por lo que existe apoyo frente a las estrategias de intervención para que los usuarios accedan de manera oportuna al programa (cuadro N°10 matriz de involucrados).

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

De acuerdo a lo analizado en la Matriz de involucrados, ésta ratifica que no existen conflictos que dificulten la implementación de estrategias para resolver el problema central que es “Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”, ya que todos los resultados son positivos, eso quiere decir que los actores involucrados se encuentra a favor de la intervención. (cuadro N°10 matriz de involucrados)

vii. Construcción de la Matriz de Involucrados.

Cuadro N°10. Matriz de Involucrados.

Actores	Problemas Percibidos	Intereses y Mandatos	Poder	Interés (+) (-)	Valor
DIRSAL	Alta demanda hacia el programa de rehabilitación, por lo que aumenta la lista de espera e insatisfacción usuaria.	Entregar servicio oportuno a los usuarios y cumplir con las metas establecidas	5	3	+12
HBLT	Respuesta tardía a las necesidades de los usuarios derivados.	Satisfacer necesidades de los usuarios.	3	1	+3
SSMS	Aumento de demanda hacia el programa de rehabilitación, generando alta lista de espera.	Satisfacer las necesidades de los usuarios y cumplimiento de las metas del convenio.	4	1	+4
Municipalidad de San Miguel	Insatisfacción de los usuarios por tiempo de espera para acceder al programa de rehabilitación.	Satisfacer las necesidades de la población	5	1	+5
Profesionales del programa de rehabilitación	Sobrecarga por las escasas horas de profesionales para satisfacer la alta demanda hacia el programa.	Entregar de manera oportuna las prestaciones a toda población beneficiaria, dando cumplimiento a lo establecido en convenio.	4	3	+12
SOME	Escasa información sobre la lista de espera del programa, insuficientes horas y el atraso en la habilitación de las agendas de los profesionales dificulta el citar a los usuarios.	Entregar servicio oportuno según disponibilidad de agendas	1	3	+3
OIRS	Reclamos reiterados de los usuarios por alto tiempo de espera para acceder al programa	Satisfacer al usuario	1	3	+3
Estamento médico	Reiteras atenciones a los usuarios que se encuentra en espera de atención, por la insuficiente cantidad de horas de los profesionales del programa.	Satisfacer las necesidades del usuario	3	3	+9
Asesora técnica de DIRSAL	Aumento de demanda al programa generando lista de espera, por lo que afecta en atención oportuna de los usuarios.	Velar por el cumplimiento de las metas establecidas en convenio y que se entreguen las prestaciones de manera oportuna a la población usuaria.	4	3	+12
Directoras de centros de APS	Alta lista de espera en el programa de rehabilitación, generando insatisfacción de población usuaria.	Satisfacer necesidades del usuario, disminuyendo la lista de espera y, además, que metas establecidas se cumplan.	4	3	+12
Población usuaria	Incertidumbre sobre tiempo de espera y como resolver su problema de salud.	Solucionar el problema de salud que presenta	2	3	+6
Familiares de usuario	Incertidumbre sobre tiempo de espera para solucionar problema de familiar.	Resolver el problema de salud que afecta a su familiar	2	3	+6

Elaboración propia. La información fue obtenida a través de actividad grupal con el equipo gestor.

c. Análisis de Problemas

i. Análisis usando árbol de problemas

De acuerdo al problema central identificado “Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”, se construyeron las causas Directas, ya que estas permiten determinar las causas inmediatas del problema central de la población beneficiaria del programa de rehabilitación. Posteriormente, se continuó con las ramificaciones más descendentes en las raíces del árbol, las causas indirectas, estas son relevantes, ya que inciden a través de las causas directas y por último, en lo más profundo, las causas estructurales que tienen relación con el modelo de salud chileno, principalmente al Modelo de APS, ya que la unidad de rehabilitación es un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS), puesto que los equipos son insuficientes para la alta demanda de la población.

Por otra partes, los efectos del problema central están asociados al aumento de la sobrecarga de los profesionales y a las insatisfacción de la población usuaria por la falta de acceso oportuno a prestaciones del sistema de salud.

ii. Identificación de problemas principales

A continuación, se reconocen los problemas principales en torno al problema central, estableciendo relaciones de causa y efecto de los que actúan como factores explicativos. A continuación se mencionan los problemas directos, indirectos y estructurales de acuerdo a la metodología de ML.

Problemas Directos:

- Aumento de derivaciones hacia el programa de rehabilitación.
- Escasa coordinación con el SSMS y HBLT.
- Desconocimiento de las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación.
- Insuficiente sistema informático para el Centro de Salud Familiar.

Problemas Indirectos:

- Escasa coordinación con estamento médico.
- Aumenta cartera prestaciones en el convenio.
- Aumenta casos de usuarios con secuelas post COVID.
- Mala derivación desde HBLT.
- Flujos internos deficientes sobre prestaciones del programa.
- Prolongado tiempo desde que se emite IC y cita en programa.
- Insuficiente coordinación entre equipo de rehabilitación y Asesora Técnica de DIRSAL.
- Escasa participación del equipo de rehabilitación en programación del centro de APS.
- Escaso personal capacitado.
- Inexistencia de funcionario para confirmación de citas de control.
- Apertura parcial de agendas de profesionales del programa

Problemas Estructurales:

- Escaso desarrollo y actualización del programa de rehabilitación integral desde MINSAL
- Centro de salud de atención primaria con prioridad en otras prestaciones.
- Insuficiente recurso humano, infraestructura y tecnología en los centros de APS.

De acuerdo mencionado anteriormente, se observa que las Estructurales no son factibles de abordar, ya que se asocian a lineamientos de las políticas públicas y a los acuerdos locales entre las autoridades de la comuna. Por otra parte, las causas Indirectas y Directas tiene mayor injerencia el equipo gestor, por lo que se pueden desarrollar en el proyecto.

iii. Identificación y caracterización del problema central.

El problema central priorizado mediante la Matriz de priorización de Problemas es “Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”. Las principales características se explican a continuación:

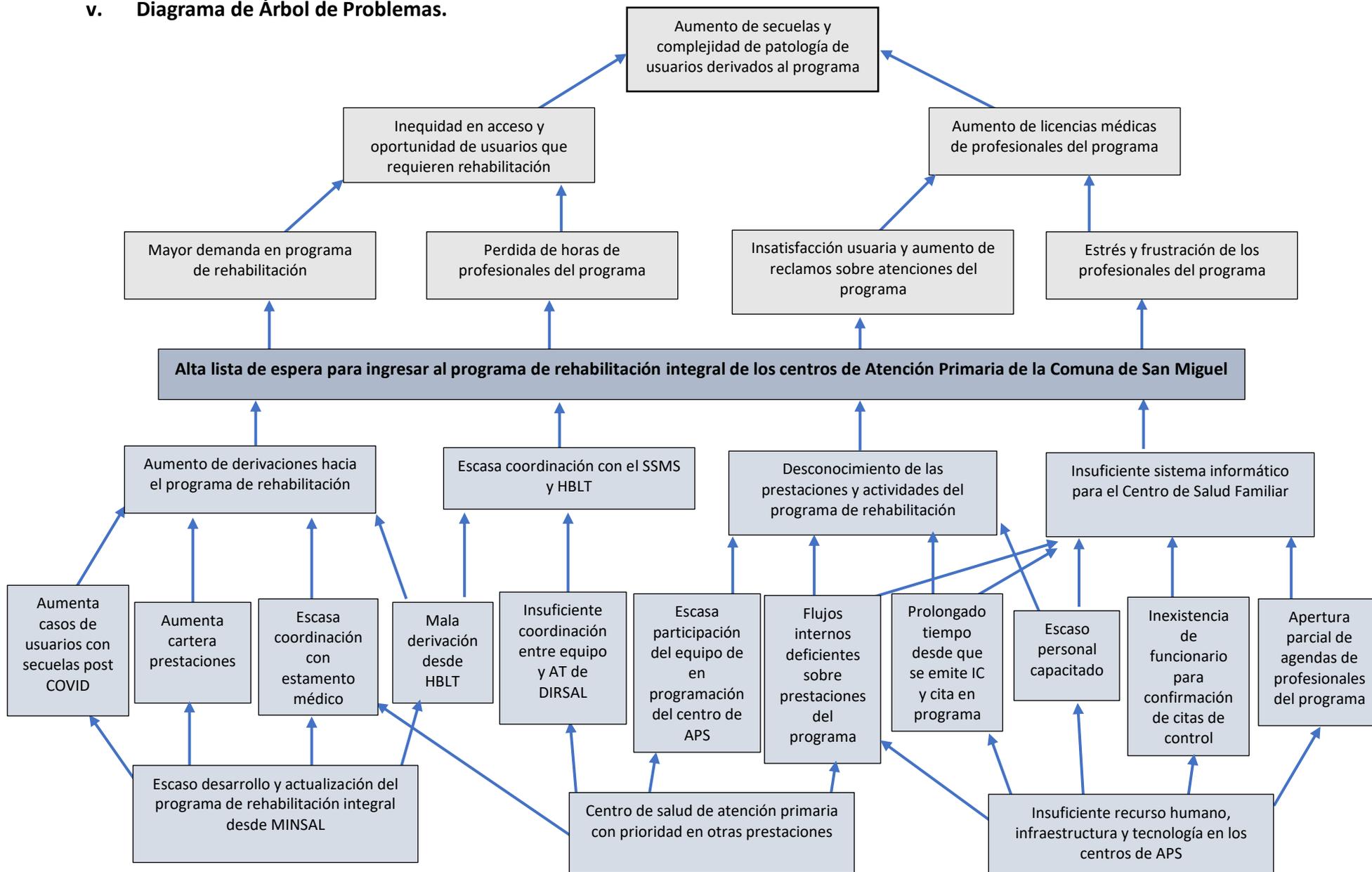
1. Insuficientes hora de los profesionales del programa para satisfacer la demanda del programa.
2. Aumento de reclamos de usuarios por tiempo prologando de espera.
3. Errores reiterados con confección de agenda.
4. Dificultades en apertura de agendas de los profesionales
5. Sistema informático deficiente y poco integrado con los programas de salud
6. Insatisfacción y frustración de los profesionales por no dar respuesta oportuna al usuario.

iv. Análisis de relaciones de causa – efecto.

Al momento de iniciar el análisis de las relaciones de causa - efecto se observa que las causas que explican el problema central muestran una realidad multifactorial, donde las causas estructurales tienen relación directa con las creación de los programas desde el Ministerio de Salud y como es la realidad a nivel de la comuna, ya que los tomadores de decisiones priorizan otros aspectos que ellos consideran relevantes.

El árbol de problemas refleja que el problema central se produce por diferentes causas, como es el aumento en la prestaciones, generando un desequilibrio entre la oferta y la demanda del programa, lo que conlleva a la insatisfacción de la población usuaria al poder resolver su problema de salud de manera oportuna, evidenciando la inequidad de acceso y oportunidades del sistema de salud.

v. Diagrama de Árbol de Problemas.



d. Análisis de Objetivos

i. Análisis usando árbol de objetivos.

De acuerdo a lo que indica la Metodología de Marco Lógico, el árbol de problemas se transforma a un árbol de objetivos, mediante la conversión de los enunciados de negativo a positivos. De esta manera la problemática central se convirtió en el objetivo central “Baja lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”. La conversión de las expresiones nos permite visualizar los medios para alcanzar el objetivo, de esta manera la población beneficiaria accedería de manera oportuna al programa de rehabilitación.

De esta manera se pudo observar las distintas vías para lograr el fin último, como por ejemplo: el medio de tener un **Alto desarrollo y actualización del programa de rehabilitación integral desde el MINSAL**, los equipos que se encuentra en los centros de atención primaria tendrían una **cartera de prestaciones adecuada a la capacidad del programa**, de esta manera la población usuaria accedería de manera oportuna a la prestación de rehabilitación, además se lograría tener una **buena derivación desde el HBLT**, lo que produciría tener una **menor cantidad de derivaciones hacia el programa de rehabilitación**, logrando de esta manera tener una **baja lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centro de atención primaria de la Comuna de San Miguel**. Posteriormente se identifican los fines más directos como es la **menor demanda en el programa de rehabilitación**, generando **equidad en acceso y oportunidad de usuarios que requieren rehabilitación**, para lograr el fin último de **disminuir las secuelas y complejidad de patología de usuarios derivados al programa**.

Para delimitar el ámbito de acción posible del proyecto se debe realizar el análisis de viabilidad, de esta manera cada medio se relacionó a alternativas posibles de implementar, las cuales serán parte de la planificación del proyecto.

ii. Análisis de viabilidad

El equipo gestor que para los problemas estructurales tiene nula acción, ya que estas se encuentran relacionadas a políticas y lineamientos desde el Ministerio de Salud, donde

podría tener una leve injerencia es en visualizar las problemáticas del programa, para que se consideren alguno de los aspectos como prioritario.

Según lo analizado con el equipo Gestor, se determina actuar con los aspectos relacionados con los servicios liderados por el CESFAM y en la articulación con la Dirección de Salud, ya que estos pueden generar un mayor impacto y tienen una factibilidad alta de realizar, siendo los ámbitos a trabajar la alta participación de los equipos en la programación del centro, la perfecta coordinación del equipo con la asesora técnica de DIRSAL, la buena coordinación con el estamento médico, tener flujos internos adecuados sobre las prestaciones y el conocimiento de las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación, debido a que:

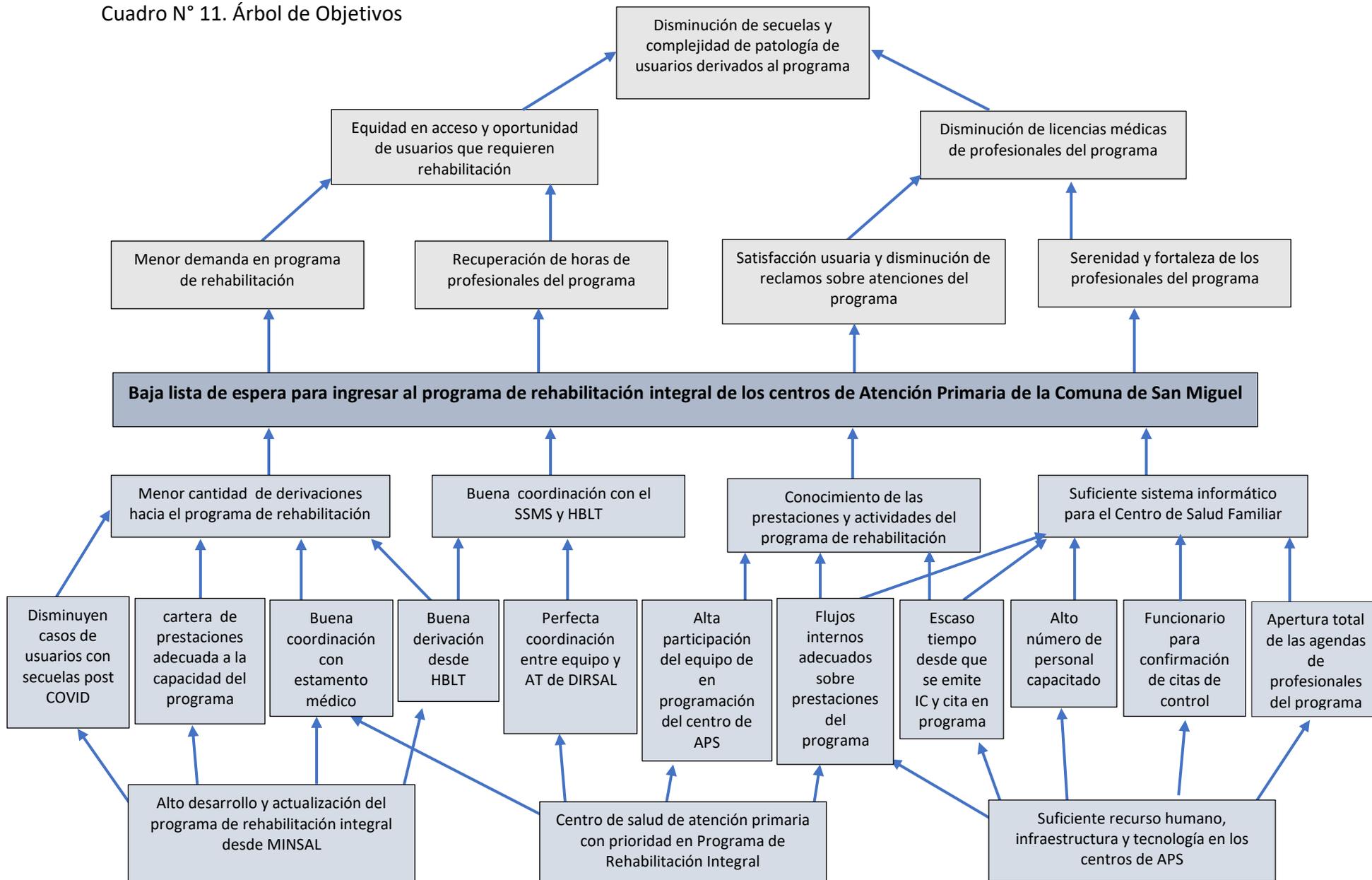
- Los objetivos están estrechamente relacionados, ya que dependen de coordinación nivel local.
- Aumenta la motivación del equipo al mejorar flujos con funcionarios del CESFAM.
- El equipo considera importante el aumentar el conocimiento sobre las prestaciones y actividades del programa.
- Se han iniciado procesos para mejorar la coordinación con la asesora técnica de Dirsal.
- Se debe entregar la programación para el próximo año y los equipos están considerados en este proceso.
- Para el equipo de rehabilitación es de suma importancia abordar el problema central, para mejorar el acceso a la rehabilitación y aumentar la satisfacción usuaria

Sintetizando, el ámbito de acción del proyecto se centra en aspectos locales, de coordinación entre diferentes estamentos y directivos, de esta manera los objetivos planteados son factibles de realizar.

iii. Diagrama del Árbol de Objetivos

El Cuadro N°11 refleja el Árbol de Objetivos y ámbito de acción que es “Baja lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los Centro de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”.

Cuadro N° 11. Árbol de Objetivos



Elaboración propia. La información fue obtenida a través de actividad grupal con el equipo gestor.

e. Análisis de Alternativas

Continuando con la metodología y al tener el ámbito de acción del proyecto, el equipo gestor analiza e identifica las posibles soluciones y acciones más adecuadas a trabajar para el proyecto y así llegar al logro de los objetivos. A continuación, se muestra el resultado del análisis:

Cuadro N°12. Listado de actividades propuestas por el Equipo Gestor.

Objetivo: Tener flujos internos adecuados sobre las prestaciones del programa
Acciones: 1.- Creación de nuevos flujos asociados a incorporación patologías en cartera de prestaciones. 2.- Realizar presentación en asamblea general del CESFAM sobre los flujos de derivación.
Objetivo: Conocimiento de las prestaciones y actividades del programa
Acciones: 3.- Realizar difusión de la IC interna detallando las prestaciones del programa. 4.- Realizar capacitación sobre prestaciones y actividades del programa en las reuniones de Salud Familiar de cada sector.
Objetivo: Buena coordinación con el estamento médico
Acciones: 5.- Realizar presentación en reunión de médicos sobre la Interconsulta, flujos y registro en agenda electrónica para realizar derivación de usuario. 6.- Confeccionar y entregar a cada médico un informativo sobre la cartera de prestaciones.
Objetivos: Perfecta coordinación del equipo con Asesora Técnica de DIRSAL
Acciones: 7.- Coordinar reunión entre equipo y asesora para determinar modalidad de trabajo. 8.- Confeccionar carta Gantt de trabajo para el próximo año entre el equipo y la asesora.
Objetivo: La alta participación del equipo en la programación del centro
Acciones: 9.- Coordinar reunión con encargados de programación para definir acciones y plazos a realizar por el equipo. 10.- Determinar y registrar datos del programa en planilla de programación, para posterior ser incluida en el consolidado del centro de APS.

Elaboración propia. La información fue obtenida a través de actividad grupal con el equipo gestor.

De acuerdo a las acciones mencionadas anteriormente, el equipo gestor las analizó de acuerdo a mayor factibilidad para alcanzar el objetivo, costo de cada alternativa, capacidad técnica e institucional para la implementación y la disponibilidad de recurso humano. Por lo que las tres acciones seleccionadas a desarrollar son:

1. La acción n°1: “Creación de nuevos flujos de cartera de prestaciones y realizar presentación sobre esto en asamblea general”, se analizó que en la actualidad el documento existente fue creado en el año 2015, por lo que no incluye las prestaciones que se han incorporado desde el convenio y por otra parte los flujos de derivación no se explican de manera clara.

De acuerdo a lo anterior, el equipo gestor considera que esta acción logrará que los funcionarios se encuentren en conocimiento, logrando así mejorar los flujos de derivación.

2. La acción n°4: “Realizar capacitación sobre prestaciones y actividades del programa en las reuniones de Salud Familiar de cada sector”, con el equipo gestor se consensuó que es importante que todos los funcionarios se encuentren en conocimiento sobre las prestaciones y actividades, es por eso que se decide realizar una presentación y exponerlas en cada reunión del sector, de esta manera se lograría abarcar a la totalidad de los funcionarios del CESFAM, por otra parte la instancia permite resolver dudas, mejorar los canales de comunicación y conocer cuál es la percepción de los funcionarios del programa.
3. La acción n°8: “Confeccionar carta Gantt de trabajo para el próximo año entre el equipo y la asesora”, de acuerdo a los análisis realizados con el equipo gestor, se considera que es importante mejorar la coordinación entre estas dos figuras, ya que las acciones de una afectan directamente a la otra, es por eso que al realizar una carta Gantt se podrá coordinar de mejor manera las actividades a realizar en el año.

Las otras 7 acciones no fueron descartadas, pero se inicia con estas 3 primeras acciones, ya que nos permiten generar una base de trabajo al Equipo Gestor, por lo que las demás acciones se ejecutarán a continuación de estas, mejorando así la coordinación con la asesora técnica de DIRSAL, incluir al equipo en los procesos de programación y los funcionarios de cada CESFAM se encuentran en conocimiento de la interconsulta y las actividades del programa.

f. Síntesis de la Etapa Analítica

Identificación y descripción del problema central
<p>Identificación de problemáticas a través de lluvia de ideas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Centros de Salud Familiar con escasa accesibilidad de transporte público.- Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación.- Poca continuidad de actividades de los equipo de rehabilitación tras cambio de directivos en los CESFAM.- Insuficiente comunicación con en Servicio de Salud correspondiente, por lo que la información no transmite de manera adecuada.- Insuficientes espacios en la comunidad que sean accesibles para realizar las actividades con los usuarios en situación de discapacidad.- Insatisfacción del equipo gestor sobre la evaluación del Modelo de Salud Familia, ya que este se asocia más a lo cuantitativo que los cualitativo, limitando las acciones.- Escaso conocimientos sobre funcionamiento equipo de rehabilitación por parte de asesores técnicos en la Dirección de Salud.- Escasos recursos para el programa de rehabilitación.- Alta sobrecarga de los equipos del programa.- Escasa inclusión de los equipos en la programación de las actividades. <p>El problemas priorizado de acuerdo a la Matriz (cuadro N°8), se identifica: “Alta lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel”.</p>
Análisis de involucrados
<p>Para el problema central el equipo gestor identifico a los siguientes actores involucrados:</p> <ul style="list-style-type: none">- Instituciones: Dirección de Salud (DIRSAL) de la comuna, Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Ilustre Municipalidad de San Miguel.- Grupos: Profesionales del programa de rehabilitación, funcionarios administrativos de SOME, Oficinas de información, reclamo y sugerencias (OIRS), estamento médico.

- Individuos: Asesora técnica de DIRSAL, Directoras de los Centros de APS, población usuaria, familiares de usuarios.

Se construye Matriz de involucrados cuadro N°10.

De acuerdo al análisis se identifica que todos los actores tienen un interés para desarrollar una intervención del problema central.

Análisis de Problemas

Los problemas se agrupan en directos, indirectos y estructurales:

Problemas Directos:

- Aumento de derivaciones hacia el programa de rehabilitación.
- Escasa coordinación con el SSMS y HBLT.
- Desconocimiento de las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación.
- Insuficiente sistema informático para el Centro de Salud Familiar.

Problemas Indirectos:

- Escasa coordinación con estamento médico.
- Aumenta cartera prestaciones en el convenio.
- Aumenta casos de usuarios con secuelas post COVID.
- Mala derivación desde HBLT.
- Flujos internos deficientes sobre prestaciones del programa.
- Prolongado tiempo desde que se emite IC y cita en programa.
- Insuficiente coordinación entre equipo de rehabilitación y Asesora Técnica de DIRSAL.
- Escasa participación del equipo de rehabilitación en programación del centro de APS.
- Escaso personal capacitado.
- Inexistencia de funcionario para confirmación de citas de control.
- Apertura parcial de agendas de profesionales del programa.

Problemas Estructurales:

- Escaso desarrollo y actualización del programa de rehabilitación integral desde MINSAL.
- Centro de salud de atención primaria con prioridad en otras prestaciones.
- Insuficiente recurso humano, infraestructura y tecnología en los centros de APS.

Para generar el árbol de problemas se realizan las relaciones de causa-efecto, ejemplo de esto es:

1. Los flujos internos inadecuados sobre las prestaciones del programa.
2. Genera un aumento en las derivaciones hacia el programa.
3. Esto produce una alta lista de espera del programa de rehabilitación.
4. Causando una alta demanda hacia el equipo.
5. Ocasionado inequidad en acceso y oportunidad de usuario que requiere rehabilitación.
6. Produciendo un aumento en las secuelas y complejidad de patologías de los usuarios derivados al programa.

Análisis de Objetivos

Para la construcción del árbol de objetivos, el equipo transformo las expresiones negativas en positivas, por lo que las causas pasan a ser medios y las consecuencias pasan a ser objetivos para lograr un fin, ejemplo de esto es:

1. Los flujos internos adecuados sobre prestaciones del programa.
2. Genera mayor conocimiento de los funcionarios sobre las prestaciones y actividades del programa.
3. Lo que conlleva al objetivo, con una baja lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel.
4. Logrando una satisfacción usuaria.
5. Disminución de los reclamos.
6. Disminuyendo las licencias médicas de los profesionales.
7. Obteniendo la disminución de secuelas y complejidad de la patología del usuario derivado al programa.

Análisis de alternativas

A través del árbol de objetivos se visualizan los medios, donde estas posibles acciones fueron analizadas de acuerdo a costo de cada alternativa, capacidad técnica e institucional para la implementación y la disponibilidad de recurso humano. A continuación, se detallan las alternativas que se consensuaron:

1. Creación de nuevos flujos de cartera de prestaciones y realizar presentación sobre esto en asamblea general.
2. Realizar presentación sobre prestaciones y actividades del programa en las reuniones de Salud Familiar de cada sector.
3. Confeccionar carta Gantt de trabajo para el próximo año entre el equipo y la asesora.

5. FASE DE PLANIFICACIÓN

Con la información obtenida en la fase anterior se debe desarrollar un plan operativo del proyecto, de esta manera conseguir el fin último de bajar la lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación integral de los centros de Atención Primaria de la Comuna de San Miguel.

El proyecto debe expresar el proceso desarrollado en la fase analítica, ahora se debe incorporar los conceptos: objetivos, indicadores, medio de verificación y supuestos, de esta manera construir la Matriz de Marco Lógico, posteriormente realizar el Plan de Ejecución, el presupuesto y finalizando con la verificación del diseño. A continuación se detallan la secuencias que se requieren para su correcto desarrollo:

a. Objetivos por Jerarquía

Para realización de esto nos basamos en el árbol de objetivos, donde el equipo gestor desarrollo los objetivos por jerarquía de acuerdo a la metodología de Marco Lógico.

Cuadro N13. Objetivos por jerarquía.

Proyecto
“Disminuir la lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación Integral de los centros de Atención Primaria de la comuna de San Miguel”
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS
Fin: Se ha contribuido a que la población beneficiaria del programa disminuyera las secuelas y las complejidades de su enfermedad, debido al acceso oportuno a la prestación en salud.
Propósito: Se disminuyo la lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación Integral.
Resultados: <ol style="list-style-type: none">1. Documento de la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación integral, difundidos en cada CESFAM.2. Funcionarios de cada sector de los centros de APS capacitados sobre las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación.3. Carta Gantt con todas las actividades que debe realizar el equipo de rehabilitación.

Actividades:

- 1.1 Coordinar con asesora técnica reunión con ambos equipo de rehabilitación.
- 1.2 Revisar convenio vigente del programa de rehabilitación.
- 1.3 Determinar la cartera de prestaciones de acuerdo a cambios en el convenio.
- 1.4 Elaborar los flujos de derivación agrupados por patologías.
- 1.5 Confección documento.
- 1.6 Exponer documento a director de DIRSAL y directoras de los CESFAM para ser aprobado.
- 1.7 Difundir documentos a los funcionarios de cada CESFAM.
- 1.8 Realizar encuesta a funcionarios sobre la accesibilidad y descripción realiza en el documento.
- 1.9 Realizar reunión para analizar resultados.
- 1.10 Determinar si documento requiere de modificaciones o mantener el mismo.

- 2.1 Coordinar reunión con asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación .
- 2.2 Desarrollar contenido de la capacitación.
- 2.3 Diseñar presentación de la capacitación.
- 2.4 Distribuir al equipo para que cada uno realice la exposición en un sector del CESFAM.
- 2.5 Realizar la capacitación en los sectores.
- 2.6 Evaluar la presentación por parte de los funcionarios para resolver dudas sobre la temática.
- 2.7 Realizar reunión entre los equipos y a la asesora técnica para analizar el impacto de la capacitación.
- 2.8 Realizar seguimiento del impacto de la capacitación en el trabajo cotidiano del programa.
- 2.9 Elaborar análisis con el impacto observado por el equipo de rehabilitación.
- 2.10 Presentar resultados a Directos de Salud y Directoras de los CESFAM.

- 3.1 Coordinar reunión entre asesora técnica de Dirsal y equipo de rehabilitación.
- 3.2 Determinar actividades que se deben realizar en el programa de rehabilitación.
- 3.3 Priorizar actividades de acuerdo a recursos y tiempos de ejecución.
- 3.4 Determinar fecha de ejecución de la actividades.
- 3.5 Definir que profesionales participaran en cada actividad.
- 3.6 Confección de carta Gantt.
- 3.7 Difundir carta Gantt a la dirección de DIRSAL y direcciones de los CESFAM.

b. Indicadores

Una vez definidos los niveles de objetivos se realizan los indicadores para cada uno, esto de acuerdo a lo establecido en la Metodología de Marco Lógico.

Cuadro N° 14. Indicadores según nivel de objetivos.

Nivel de Objetivos	Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores
Fin	Se ha contribuido a que la población beneficiaria del programa disminuyera las secuelas y las complejidades de su enfermedad, debido al acceso oportuno a la prestación en salud.	Disminución del 10% de las secuelas y complejidades de las patologías de los usuarios. (N° de egresos con disminución de secuelas/total de ingresos*100)
Propósito	Se disminuyo la lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación Integral.	Disminución del 30% de la lista de espera. (total de ingresos/total de derivaciones*100, comparado con el último corte previo al inicio del proyecto)
Resultados	<ol style="list-style-type: none"> Documento de la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación integral, difundidos en cada CESFAM. Funcionarios de cada sector de los centros de APS capacitados sobre las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación. 	<p>Documento finalizado sobre la cartera de prestaciones y flujos de derivación. El 80% de los funcionarios conoce la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación. (N° de funcionarios que conoce la cartera de prestaciones y flujos/total de funcionarios del CESFAM*100)</p> <p>80% de los funcionarios de cada sector participa en capacitación. (N° de funcionarios por sector capacitados/total de funcionarios por sector*100).</p>

	3. Carta Gantt con todas las actividades que debe realizar el equipo de rehabilitación.	100% de construcción del documento de carta Gantt. (Documento creado en su totalidad)
Actividades	Actividad N°1.	Presupuesto Actividad N°1= \$358.547.
	Actividad N°2.	Presupuesto Actividad N°2= \$507.565.
	Actividad N°3.	Presupuesto Actividad N°3= \$332.055.

Fuente: Elaboración propia.

c. Medios de Verificación

Una vez establecidos los indicadores se crean los medios de verificación, de esta manera le realizaremos seguimiento y evaluaremos el cumplimiento del proyecto.

Cuadro N°15. Medios de verificación.

Indicadores	Medios de verificación
Disminución del 10% de las secuelas y complejidades de las patologías de los usuarios.	Evaluación al final del tratamiento a los usuarios ingresados, comparando estado actual con el inicial. Información extraída de ficha clínica electrónica.
Disminución del 30% de la lista de espera.	Documento Excel en Drive con el total de derivaciones, comparando cantidad de interconsultas previo al proyecto, esto se realizará semestralmente.
Documento finalizado sobre la cartera de prestaciones y flujos de derivación. El 80% de los funcionarios conoce la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación.	Documento Word con la información del programa. Encuesta online que se realizara a la totalidad de los funcionarios de cada CESFAM.
80% de los funcionarios de cada sector participa en capacitación.	Lista de asistencia en capacitación. Encuesta de satisfacción al finalizar la capacitación.
100% de construcción del documento de carta Gantt.	Documento de carta Gantt indicando todas las actividades que deben realizar los equipos de rehabilitación.
Actividad N°1. Actividad N°2. Actividad N°3.	Documento para rendición de cuentas seleccionado por el Equipo Gestor.

Fuente: Elaboración propia.

d. Supuestos

Continuando con la metodología de ML, se construyen por cada nivel de objetivos los factores externos que influyen y que estos no están bajo nuestro control, es por eso que es importante identificarlos para el logro del proyecto.

Cuadro N°16. Supuestos del proyecto.

Nivel de Objetivos	Detalle	Supuestos
Fin	Se ha contribuido a que la población beneficiaria del programa disminuyera las secuelas y las complejidades de su enfermedad, debido al acceso oportuno a la prestación en salud.	Usuarios ingresan de manera oportuna al programa.
Propósito	Se disminuyó la lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación Integral.	<ul style="list-style-type: none"> - Escasas licencias médicas de los funcionarios del programa. - Derivaciones hacia el programa de manera controlada.
Resultados	1. Documento de la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación integral, difundidos en cada CESFAM.	Resguardo de tiempo protegido de los profesionales para la construcción del documento y difusión del material.
	2. Funcionarios de cada sector de los centros de APS capacitados sobre las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> - Alto interés de los funcionarios en participar en actividad propuesta. - Disponibilidad de horarios de los funcionarios para participar en la actividad.
	3. Carta Gantt con todas las actividades que debe realizar el equipo de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> - Agendas con tiempo resguardado para realizar el documento. - Buena coordinación entre asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación.

<p>Actividades</p>	<p>1.1 Coordinar con asesora técnica reunión con ambos equipo de rehabilitación. 1.2 Revisar convenio vigente del programa de rehabilitación. 1.3 Determinar la cartera de prestaciones de acuerdo a cambios en el convenio. 1.4 Elaborar los flujos de derivación agrupados por patologías. 1.5 Confección documento. 1.6 Exponer documento a director de DIRSAL y directoras de los CESFAM para ser aprobado. 1.7 Difundir documentos a los funcionarios de cada CESFAM. 1.8 Realizar encuesta a funcionarios sobre la accesibilidad y descripción realiza en el documento. 1.9 Realizar reunión para analizar resultados. 1.10 Determinar si documento requiere de modificaciones o mantener el mismo.</p>	<p>- Buena coordinación entre asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación. - Tiempo de agendas protegido de los funcionarios a participar en actividad. - Canales de comunicación expeditos para la difusión del documento. - Motivación de los funcionarios para participar. - Aprobación del documento final.</p>
	<p>2.1 Coordinar reunión con asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación. 2.2 Desarrollar contenido de la capacitación. 2.3 Diseñar presentación de la capacitación. 2.4 Distribuir al equipo para que cada uno realice la exposición en un sector del CESFAM. 2.5 Realizar la capacitación en los sectores. 2.6 Evaluar la presentación por parte de los funcionarios para resolver dudas sobre la temática.</p>	<p>- Buena coordinación entre asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación. - Tiempo de agendas protegido de los funcionarios a participar en actividad. - Motivación de los funcionarios para participar en capacitación. - Dirección de salud satisfechos con los resultados obtenidos.</p>

	<p>2.7 Realizar reunión entre los equipos y a la asesora técnica para analizar el impacto de la capacitación.</p> <p>2.8 Realizar seguimiento del impacto de la capacitación en el trabajo cotidiano del programa.</p> <p>2.9 Elaborar análisis con el impacto observado por el equipo de rehabilitación.</p> <p>2.10 Presentar resultados a Directos de Salud y Directoras de los CESFAM.</p>	
	<p>3.1 Coordinar reunión entre asesora técnica de Dirsal y equipo de rehabilitación.</p> <p>3.2 Determinar actividades que se deben realizar en el programa de rehabilitación.</p> <p>3.3 Priorizar actividades de acuerdo a recursos y tiempos de ejecución.</p> <p>3.4 Determinar fecha de ejecución de la actividades.</p> <p>3.5 Definir que profesionales participaran en cada actividad.</p> <p>3.6 Confección de carta Gantt.</p> <p>3.7 Difundir carta Gantt a la dirección de DIRSAL y direcciones de los CESFAM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buena Coordinación y comunicación entre equipo de rehabilitación y Asesora técnica Dirsal. - Agendas con tiempo protegido para participar en la actividad. - motivación del equipo por la actividades propuestas. - Documento final aprobado por Dirección de salud.

Fuente: Elaboración propia

e. Resumen de Matriz de Marco Lógico

A partir de la información anterior, se resume los resultados del Proyecto en la Matriz de Marco Lógico.

Proyecto: “Disminuir la lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación Integral de los centros de Atención Primaria de la comuna de San Miguel”			
Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin: Se ha contribuido a que la población beneficiaria del programa disminuyera las secuelas y las complejidades de su enfermedad, debido al acceso oportuno a la prestación en salud.	Disminución del 10% de las secuelas y complejidades de las patologías de los usuarios. (N° de egresos con disminución de secuelas/total de ingresos*100)	Evaluación al final del tratamiento a los usuarios ingresados, comparando estado actual con el inicial. Información extraída de ficha clínica electrónica.	Usuarios ingresan de manera oportuna al programa.
Propósito: Se disminuyó la lista de espera para ingresar al programa de rehabilitación Integral.	Disminución del 30% de la lista de espera. (total de ingresos/total de derivaciones*100 comparado con el último corte previo al inicio del proyecto).	Documento Excel en Drive con el total de derivaciones, comparando cantidad de interconsultas previo al proyecto, esto se realizara semestralmente.	- Escasas licencias médicas de los funcionarios del programa. - Derivaciones hacia el programa de manera controlada.
Resultado N°1: Documento de la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación integral, difundidos en cada CESFAM.	Documento finalizado sobre la cartera de prestaciones y flujos de derivación. El 80% de los funcionarios conoce la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación. (N° de funcionarios que conoce la cartera de prestaciones y flujos/total de funcionarios del CESFAM*100)	Documento Word con la información del programa. Encuesta online que se realizara a la totalidad de los funcionarios de cada CESFAM.	Resguardo de tiempo protegido de los profesionales para la construcción del documento y difusión del material.
Resultado N°2: Funcionarios de cada sector de los centros de APS capacitados sobre las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación.	80% de los funcionarios de cada sector participa en capacitación. (N° de funcionarios por sector capacitados/total de funcionarios por sector*100)	Lista de asistencia en capacitación. Encuesta de satisfacción al finalizar la capacitación.	- Alto interés de los funcionarios en participar en actividad propuesta.

			- Disponibilidad de horarios de los funcionarios para participar en la actividad.
Resultado N°3: Carta Gantt con todas las actividades que debe realizar el equipo de rehabilitación.	100% de construcción del documento de carta Gantt. (Documento creado en su totalidad)	Documento de carta Gantt indicando todas las actividades que deben realizar los equipos de rehabilitación.	- Agendas con tiempo resguardado para realizar el documento. - Buena coordinación entre asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación.
Actividad N° 1: 1.11 Coordinar con asesora técnica reunión con ambos equipo de rehabilitación. 1.12 Revisar convenio vigente del programa de rehabilitación. 1.13 Determinar la cartera de prestaciones de acuerdo a cambios en el convenio. 1.14 Elaborar los flujos de derivación agrupados por patologías. 1.15 Confección documento. 1.16 Exponer documento a director de DIRSAL y directoras de los CESFAM para ser aprobado. 1.17 Difundir documentos a los funcionarios de cada CESFAM. 1.18 Realizar encuesta a funcionarios sobre la accesibilidad y descripción realiza en el documento. 1.19 Realizar reunión para analizar resultados 1.20 Determinar si documento requiere de modificaciones o mantener el mismo.	Presupuesto Actividad N°1= \$358.547.	Documento para rendición de cuentas seleccionado por el Equipo Gestor.	- Buena coordinación entre asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación. - Tiempo de agendas protegido de los funcionarios a participar en actividad. - Canales de comunicación expeditos para la difusión del documento. - Motivación de los funcionarios para participar. - Aprobación del documento final.
Actividad N°2: 2.1 Coordinar reunión con asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación. 2.2 Desarrollar contenido de la capacitación. 2.3 Diseñar presentación de la capacitación.	Presupuesto Actividad N°2= \$507.565.	Documento para rendición de cuentas seleccionado por el Equipo Gestor.	- Buena coordinación entre asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación.

<p>2.4 Distribuir al equipo para que cada uno realice la exposición en un sector del CESFAM. 2.5 Realizar la capacitación en los sectores. 2.6 Evaluar la presentación por parte de los funcionarios para resolver dudas sobre la temática. 2.7 Realizar reunión entre los equipos y a la asesora técnica para analizar el impacto de la capacitación. 2.8 Realizar seguimiento del impacto de la capacitación en el trabajo cotidiano del programa. 2.9 Elaborar análisis con el impacto observado por el equipo de rehabilitación. 2.10 Presentar resultados a Directos de Salud y Directoras de los CESFAM.</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de agendas protegido de los funcionarios a participar en actividad. - Motivación de los funcionarios para participar en capacitación. - Dirección de salud satisfechos con los resultados obtenidos.
<p>Actividad N°3: 3.1 Coordinar reunión entre asesora técnica de Dirsal y equipo de rehabilitación. 3.2 Determinar actividades que se deben realizar en el programa de rehabilitación. 3.3 Priorizar actividades de acuerdo a recursos y tiempos de ejecución. 3.4 Determinar fecha de ejecución de la actividades. 3.5 Definir que profesionales participaran en cada actividad. 3.6 Confección de carta Gantt. 3.7 Difundir carta Gantt a la dirección de DIRSAL y direcciones de los CESFAM.</p>	<p>Presupuesto Actividad N°3= \$332.055.</p>	<p>Documento para rendición de cuentas seleccionado por el Equipo Gestor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buena Coordinación y comunicación entre equipo de rehabilitación y Asesora técnica Dirsal. - Agendas con tiempo protegido para participar en la actividad. - motivación del equipo por la actividades propuestas. - Documento final aprobado por Dirección de salud.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a lo indicado en el Manual para el Diseño de Proyectos en Salud OPS.

f. Plan de Ejecución

De acuerdo a las actividades señaladas anteriormente, se construye el plan de ejecución. Para su desarrollo se incorporan tareas y subtareas, plazos para su desarrollo, presupuesto, responsables y su respectiva carta Gantt.

Cuadro N°17. Plan de ejecución Actividad N°1 “ Documento de la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación integral, difundidos en cada CESFAM”

Actividad N°1	Tarea y Subtarea	Fecha inicio y termino	Presupuesto	Responsable
Coordinar con asesora técnica reunión con ambos equipo de rehabilitación.	1. Ver disponibilidad de agenda de equipo rehabilitación. 2. Coordinar con asesora técnica reunión según disponibilidad. 3. Contactar a equipo de rehabilitación.	Inicio semana 01 y termino semana 12 (ver cuadro N°18)	\$358.547.	Coordinadora del Proyecto.
Revisar convenio vigente del programa de rehabilitación.	1. Reunión con asesora técnica y equipo de rehabilitación (quien son parte del equipo gestor). 2. Realizar resumen del convenio.			Coordinadora, asesora técnica y equipo de rehabilitación.
Determinar la cartera de prestaciones de acuerdo a cambios en el convenio.	1. De acuerdo a convenio equipo determina prestaciones.			Coordinadora, asesora técnica y equipo de rehabilitación.
Elaborar los flujos de derivación agrupados por patologías.	1. Equipos identifica flujos por patologías.			Coordinadora, asesora técnica y equipo de rehabilitación.

	2. Equipo identifica equipos del CESFAM relevantes para correcto funcionamiento de los flujos.			
Confección documento.	1. Acordar responsables para la redacción del documento. 2. Redactar documento.			Coordinadora del Programa del CESFAM Barros Luco y coordinadora del programa del CESFAM Recreo.
Exponer documento a director de DIRSAL y directoras de los CESFAM para ser aprobado.	1. Coordinar reunión con directores. 2. Confección de presentación. 3. Presentación del documento.			Asesora técnica coordina la reunión. Coordinadora del Programa del CESFAM Barros Luco y coordinadora del programa del CESFAM Recreo. (Son parte del equipo gestor)
Difundir documentos a los funcionarios de cada CESFAM.	1. Seleccionar medio de difusión. 2. Acordar responsable de enviar documento por CESFAM. 3. Enviar a los funcionarios documento a través de correo electrónico.			Coordinadora del Programa del CESFAM Barros Luco y coordinadora del programa del CESFAM Recreo. (Son parte del equipo gestor)
Realizar encuesta a funcionarios sobre la accesibilidad y descripción realiza en el documento.	1. Identificar preguntas para confeccionar encuesta. 2. Confeccionar encuesta en a través de herramienta de correo en Gmail. 3. Acordar responsable de enviarla. 4. Enviar encuesta.			Coordinadora, asesora técnica y equipo de Gestor. Envío encuesta: 2 kinesiólogos (1 de cada CESFAM)
Realizar reunión para analizar resultados.	1. Coordinar reunión entre equipo gestor.			Coordinadora y equipo Gestor.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Extraer datos del sistema. 3.- Analizar datos. 4. Escribir resumen de los resultados. 			Escribir resumen: 2 kinesiólogos (1 de cada CESFAM)
Determinar si documento requiere de modificaciones o mantener el mismo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar documento de acuerdo a los resultados. 2. Determinar si requiere alguna modificación o se mantiene. 			Coordinadora, asesora técnica y equipo de Gestor.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N°18. Carta Gantt de actividad N°1

"Documento de la cartera de prestaciones y flujos de derivación del programa de rehabilitación integral, difundidos en cada CESFAM"	Mes N°1				Mes N°2				Mes N°3			
	Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04	Semana 05	Semana 06	Semana 07	Semana 08	Semana 09	Semana 10	Semana 11	Semana 12
Coordinar con asesora técnica reunión con ambos equipo de rehabilitación.	■											
Revisar convenio vigente del programa de rehabilitación.		■										
Determinar la cartera de prestaciones de acuerdo a cambios en el convenio.			■									
Elaborar los flujos de derivación agrupados por patologías			■	■								
Confección documento					■	■						
Exponer documento a director de DIRSAL y directoras de los CESFAM para ser aprobado							■					
Difundir documentos a los funcionarios de cada CESFAM								■	■			
Realizar encuesta a funcionarios sobre la accesibilidad y descripción realiza en el documento										■		
Realizar reunión para analizar resultados											■	■
Determinar si documento requiere de modificaciones o mantener el mismo.												■

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°19. Plan de ejecución Actividad N°2 “Funcionarios de cada sector de los centros de APS capacitados sobre las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación”.

Actividad N°2	Tarea y Subtarea	Fecha inicio y termino	Presupuesto	Responsable
Coordinar reunión con asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ver disponibilidad de agenda de equipo rehabilitación. 2. Coordinar con asesora técnica reunión según disponibilidad. 3. Contactar a equipo de rehabilitación. 	Inicio semana 01 y termino semana 16. (ver cuadro N°20)	\$507.565.	Coordinadora del Proyecto.
Desarrollar contenido de la capacitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar información que debe estar en presentación. 			Coordinadora y equipo Gestor.
Diseñar presentación de la capacitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar herramienta a utilizar en presentación. 2. Confeccionar la presentación. 			Coordinadora y equipo Gestor.
Distribuir al equipo para que cada uno realice la exposición en un sector del CESFAM.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acordar quienes van a realizar la presentación en los sectores correspondientes de cada CESFAM. 			Coordinadora y equipo Gestor.
Realizar la capacitación en los sectores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecutar las capacitaciones de acuerdo a lo distribuido. 			Coordinadora y equipo Gestor.
Evaluar la presentación por parte de los funcionarios para resolver dudas sobre la temática.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada profesional que realice presentación realizara una evaluación cualitativa en torno a las preguntas y dudas de los funcionarios. 			Equipo Gestor.
Realizar reunión entre los equipos y a la asesora técnica para analizar el impacto de la capacitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar reunión entre equipo gestor y asesora técnica. 			Coordinadora, asesora técnica y equipo Gestor.

	2. Cada profesional expone sobre su análisis de la presentación.			
Realizar seguimiento del impacto de la capacitación en el trabajo cotidiano del programa.	1. Equipo de rehabilitación realizara seguimiento de derivaciones erróneas contra las que son efectivas. 2. Equipo de rehabilitación realizara seguimiento si se mantienen correctos flujos de derivación.			Coordinadoras de programa de cada CESFAM.
Elaborar análisis con el impacto observado por el equipo de rehabilitación.	1. Coordinar reunión entre asesora técnica y equipo de rehabilitación. 2. Presentar análisis de datos de derivaciones. 3. Realizar resumen de análisis.			Coordinadora, asesora técnica y equipo Gestor.
Presentar resultados a Directos de Salud y Directoras de los CESFAM.	1. Coordinar reunión entre coordinadoras de programa, asesora técnica y directores. 2. Presentación resumen de datos analizados, determinado el impacto de actividad.			Coordinadoras de programa y asesora técnica.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°20. Carta Gantt de actividad N°2

"Funcionarios de cada sector de los centros de APS capacitados sobre las prestaciones y actividades del programa de rehabilitación"	Mes N°1				Mes N°2				Mes N°3				Mes N°4			
	Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04	Semana 05	Semana 06	Semana 07	Semana 08	Semana 09	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16
Coordinar reunión con asesora técnica de DIRSAL y equipo de rehabilitación	■															
Desarrollar contenido de la capacitación.		■														
Diseñar presentación de la capacitación		■	■													
Distribuir al equipo para que cada uno realice la exposición en un sector del CESFAM			■													
Realizar la capacitación en los sectores				■												
Evaluar la presentación por parte de los funcionarios para resolver dudas sobre la temática				■												
Realizar reunión entre los equipos y a la asesora técnica para analizar el impacto de la capacitación					■											
Realizar seguimiento del impacto de la capacitación en el trabajo cotidiano del programa						■	■	■	■	■	■	■				
Elaborar análisis con el impacto observado por el equipo de rehabilitación													■	■		
Presentar resultados a Directos de Salud y Directoras de los CESFAM																■

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°21. Plan de ejecución Actividad N°3 “Carta Gantt con todas las actividades que debe realizar el equipo de rehabilitación”.

Actividad N°3	Tarea y Subtarea	Fecha inicio y termino	Presupuesto	Responsable
Coordinar reunión entre asesora técnica de Dirsal y equipo de rehabilitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ver disponibilidad de agenda de equipo rehabilitación. 2. Coordinar con asesora técnica reunión según disponibilidad. 3. Contactar a equipo de rehabilitación. 	Inicio semana 01 y termino semana 09. (ver cuadro N°22)	\$332.055.	Coordinadora del Proyecto.
Determinar actividades que se deben realizar en el programa de rehabilitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar estrategias para tratamiento clínico individual. 2. Determinar estrategias de tratamiento grupal. 3. Determinar actividades de trabajo comunitario. 			Coordinadora, asesora técnica y equipo Gestor.
Priorizar actividades de acuerdo a recursos y tiempos de ejecución.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se acuerdan priorizar actividades que tengan impacto directo con el cumplimiento de metas. 2. Se seleccionan 2 actividades comunitaria a realizar por año. 			Coordinadora, asesora técnica y equipo Gestor.
Determinar fecha de ejecución de la actividades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ordenan actividades de acuerdo a fecha de cumplimiento de metas. 2. Se acuerda fecha de trabajo comunitario de acuerdo a fecha a conmemorar. 			Coordinadora, asesora técnica y equipo Gestor.

Definir que profesionales participaran en cada actividad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se fija que profesionales participaran por CESFAM en actividades de poca convocatoria. 2. Se acuerda que profesionales participaran en actividades de alta convocatoria. 			Coordinadora, asesora técnica y equipo Gestor.
Confección de carta Gantt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se acuerda que profesionales confeccionar la carta Gantt. 2. Redactar documento. 			Coordinadora equipo CESFAM Barros Luco y coordinadora equipo CESFAM Recreo.
Difundir carta Gantt a la dirección de DIRSAL y direcciones de los CESFAM.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar reunión entre Directores, asesora técnica y coordinadoras de equipos de rehabilitación. 2. Exponer documento generado con carta Gantt. 			Asesora Técnica, coordinadora equipo CESFAM Barros Luco y coordinadora equipo CESFAM Recreo.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°22. Carta Gantt de actividad N°3

"Carta Gantt con todas las actividades que debe realizar el equipo de rehabilitación"	Mes N°1				Mes N°2				Mes N°3
	Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04	Semana 05	Semana 06	Semana 07	Semana 08	Semana 09
Coordinar reunión entre asesora técnica de Dirsal y equipo de rehabilitación									
Determinar actividades que se deben realizar en el programa de rehabilitación									
Priorizar actividades de acuerdo a recursos y tiempos de ejecución									
Determinar fecha de ejecución de la actividades									
Definir que profesionales participaran en cada actividad									
Confección de carta Gantt									
Difundir carta Gantt a la dirección de DIRSAL y direcciones de los CESFAM									

Fuente: Elaboración propia.

g. Presupuesto

Para confección del presupuesto se consideró que los activos fijos requeridos que están disponible por parte de la Dirección de Salud y los insumos que están disponibles para los involucrados, ya que son utilizados en su quehacer diario, estos son:

1. Computador con conexión a internet
2. Teléfono fijo
3. Impresora
4. Escritorio
5. Sillas

En relación a los materiales fungibles, se necesitaran:

Cuadro N°23. Materiales para el proyecto.

Material	Cantidad	Precio	Total
Papel impresión EQUALIT resma hoja tamaño de carta	2 unidades.	\$2.875.	\$5.750.
Corchetera DIMERC	1 unidad.	\$941.	\$941.
Corchetes DIMERC	1 caja.	\$138.	\$138.
Notas adhesivas amarillo 38x50	2 unidades.	\$179.	\$358.
Lápiz pasta BIC-punta gruesa negro	10 unidades.	\$250.	\$2.500.
Corrector ARTEL lápiz liquido	3 unidades.	\$384.	\$1.152.
Total			\$10.839.

<https://conveniomarco2.mercadopublico.cl/escritorio2023/articulos-de-escritorio-y-papeleria>

En relación a los costos de Recurso Humano para el presupuesto del proyecto, se consideraron las horas de profesionales del Programa de Rehabilitación que se requiere la ejecutar las tareas mencionadas anteriormente, para calcular el valor hora se utilizó la “escala de remuneraciones de la Corporación Municipal de San Miguel vigente para el año 2022”. En relación a lo anterior, para un profesional categoría B con jornada diurna a grado 14° y con 44 horas cuenta con una renta bruta de \$1.248.846 CLP, lo que nos indica que el valor hora es de \$6.623 CLP.

A continuación, se detalla el costo en recurso humano para la ejecución del proyecto:

Cuadro N°24. Presupuesto de Recurso Humano en Actividad N°1

Tarea y Subtarea	N° de veces	N° horas profesional	Total
1. Ver disponibilidad de agenda de equipo rehabilitación. 2. Coordinar con asesora técnica reunión según disponibilidad. 3. Contactar a equipo de rehabilitación.	1	0,5	\$3.311.
1. Reunión con asesora técnica y equipo de rehabilitación (quienes son parte del equipo gestor). 2. Realizar resumen del convenio.	1	9	\$59.607
1. De acuerdo a convenio equipo determina prestaciones.	1	4,5	\$29.804
1. Equipos identifica flujos por patologías. 2. Equipo identifica equipos del CESFAM relevantes para correcto funcionamiento de los flujos.	2	4,5	\$59.607
1. Acordar responsables para la redacción del documento. 2. Redactar documento.	2	2	\$13.246
1. Coordinar reunión con directores. 2. Confección de presentación. 3. Presentación del documento.	1	3	\$19.869
1. Seleccionar medio de difusión. 2. Acordar responsable de enviar documento por CESFAM. 3. Enviar a los funcionarios documento a través de correo electrónico.	2	2	\$13.246
1. Identificar preguntas para confeccionar encuesta. 2. Confeccionar encuesta en a través de herramienta de correo en Gmail. 3. Acordar responsable de enviarla. 4. Enviar encuesta.	1	9	\$59.607
1. Coordinar reunión entre equipo gestor. 2. Extraer datos del sistema. 3.- Analizar datos. 4. Escribir resumen de los resultados.	2	4,5	\$59.607
1. Analizar documento de acuerdo a los resultados. 2. Determinar si requiere alguna modificación o se mantiene.	1	4,5	\$29.804
Total			\$347.708

Cuadro N°25. Presupuesto de Recurso Humano en Actividad N°2.

Tarea y Subtarea	N° de veces	N° horas profesional	Total
1. Ver disponibilidad de agenda de equipo rehabilitación. 2. Coordinar con asesora técnica reunión según disponibilidad. 3. Contactar a equipo de rehabilitación.	1	0,5	\$3.311
1. Identificar información que debe estar en presentación.	1	4,5	\$29.804
1. Determinar herramienta a utilizar en presentación. 2. Confeccionar la presentación	2	9	\$119.214
1. Acordar quienes van a realizar la presentación en los sectores correspondientes de cada CESFAM	1	4,5	\$29.804
1. Ejecutar las capacitaciones de acuerdo a lo distribuido.	1	9	\$59.607
1. Cada profesional que realice presentación realizara una evaluación cualitativa en torno a las preguntas y dudas de los funcionarios.	1	4,5	\$29.804
1. Coordinar reunión entre equipo gestor y asesora técnica. 2. Cada profesional expone sobre su análisis de la presentación.	1	9	\$59.607
1. Equipo de rehabilitación realizara seguimiento de derivaciones erróneas contra las que son efectivas. 2. Equipo de rehabilitación realizara seguimiento si se mantienen correctos flujos de derivación	8	4	\$26.492
1. Coordinar reunión entre asesora técnica y equipo de rehabilitación. 2. Presentar análisis de datos de derivaciones. 3. Realizar resumen de análisis	2	9	\$119.214
1. Coordinar reunión entre coordinadoras de programa, asesora técnica y directores. 2. Presentación resumen de datos analizados, determinado el impacto de actividad	1	3	\$19.869
TOTAL			\$496.726

Cuadro N°26. Presupuesto de Recurso Humano en Actividad N°3.

Actividad N°3	N° de veces	N° horas profesional	Total
Coordinar reunión entre asesora técnica de Dirsal y equipo de rehabilitación	1	0,5	\$3.311
Determinar actividades que se deben realizar en el programa de rehabilitación	1	9	\$119.214
Priorizar actividades de acuerdo a recursos y tiempos de ejecución	1	4,5	\$29.804
Determinar fecha de ejecución de la actividades	2	4,5	\$59.607
Definir que profesionales participaran en cada actividad	1	4,5	\$29.804
Confección de carta Gantt	2	4,5	\$59.607
Difundir carta Gantt a la dirección de DIRSAL y direcciones de los CESFAM	1	3	\$19.869
TOTAL			\$321.216

A continuación, se resume el costo por actividad y se identifica el total del proyecto:

Cuadro N°27. Resumen Presupuesto para el proyecto.

Actividad/ Ítems	Infraestructura y activos fijo	Material fungible	Recurso Humano	TOTAL
Valor actividad N°1	\$0	\$10.839	\$347.708	\$358.547
Valor actividad N°2	\$0	\$10.839	\$496.726	\$507.565
Valor actividad N°3	\$0	\$10.839	\$321.216	\$332.055
TOTAL				\$1.198.167

h. Control de Calidad de la Propuesta

Esquema de verificación del diseño del proyecto.

Para finalizar, se confecciona el cuadro N°28 de acuerdo al Manual para el Diseño de Proyectos de Salud OPS (22), donde se establece los criterios que permiten corroborar la calidad de diseño del proyecto sea la óptima. Para su desarrollo cada profesional del Equipo Gestor respondió si se cumplían con los criterios establecidos, además se incluyó a dos profesionales por sector de cada CESFAM y a la encargada de interconsultas de cada CESFAM.

Con los resultados obtenidos permitió mejorar lo establecido en la construcción del proyecto utilizando la Metodología de Marco lógico.

Cuadro N°28. Esquema de verificación del diseño del proyecto.

CRITERIOS		SI	NO
Respecto al Fin	El Fin responde al problema central identificado.	X	
	Presenta una justificación suficiente para el proyecto	X	
	Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	X	
	Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios	X	
Respecto al Propósito	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 sin 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	

Respecto a los Resultados	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	
	Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto	X	
	Los Indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	X	
Respecto a 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 es realista	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, aún 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 (Las condiciones precedentes se detallan en forma separada)	X	
Otras	La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador	X	
	El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto	X	

6. ANEXOS

Anexo N°1. Metas del Programa de Rehabilitación Integral.

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	Productos Esperados
REHABILITACION	Asumir progresivamente la atención integral de las personas que presentan problemas de funcionamiento y sus familias en el contexto comunitario	Mantener y aumentar la cobertura de rehabilitación física y sensorial en la red de APS	Ingreso de las personas que demandan rehabilitación	Cobertura	N° total de ingresos /meta según estrategia	RBC= 466, RI= 355, RR=163	REM	Cobertura de acuerdo a la Meta
	Mejorar el funcionamiento para el logro de la participación en comunidad	Brindar atención oportuna de personas con problemas de salud cuyo origen es neurológico, que requieren de la continuidad en la atención en APS, o mantención para retardar procesos discapacitantes.	Pesquisar y brindar la atención oportuna de personas con Parkinson, secuela de ACV, LM, TEC y otros déficits secundarios a compromisos neuromuscular, priorizándolos.	Porcentaje de las personas que ingresan al programa con Parkinson, secuela de ACV, TEC, LM, otros déficits secundarios a compromiso neuromuscular	N° Personas ingresados con Dg de parkinson, secuela de ACV, TEC, LM, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	20% en RBC, 15% RI, 10% RR	REM	Ingreso precoz de las personas en etapa aguda y subaguda con ACV y otras enfermedades neurológicas
	Abordar de manera integral a las personas que presentan problemas en su funcionamiento y sus familias, en el contexto comunitario.	Intervenir las crisis normativas y no normativas de las personas atendidas en el programa, apoyar a la familia en la resolución de conflictos, entregar herramientas. Desarrollo de las intervenciones con un modelo biopsicosocial.	Realizar intervenciones de Consejería individual y familiar, programadas, con a lo menos 3 sesiones por persona y/o familia.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que reciben consejería individual y/o familiar, técnicamente esta intervención debe ser programada y requiere de al menos 3 sesiones de trabajo.	N° de (consejerías individuales+ Consejerías Familiares (3) N° ingresos * 100	20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares. (RBC, RI, RR)	REM	Consejería individual y Familiar
		Conocer el entorno y habitabilidad, condiciones de la familia, funcionamiento de las personas ingresadas al programa que requieren atención en domicilio, o trabajo con la familia. Hacer un diagnóstico en terreno de la persona en rehabilitación; y su cuidador e intervenciones acorde al Plan.	Realizar VDI en domicilio, con respectivo informe, elaborar o modificar PTI si corresponde	Porcentaje de VDI realizadas en relación al total de Visitas Domiciliarias	N° Visita Domiciliaria Integral/ Total de Visitas Domiciliarias Integrales + Visitas Domiciliarias de Procedimientos *100	50% de las VD son Integrales (RBC, RI, RR)	REM	Visita Domiciliaria Integral
	Maximizar autonomía e independencia de personas	Elaborar en conjunto con usuario y su familia el Plan de Intervención, de manera consensuada.	Realizar ingreso con PTI, consensuado, con objetivos y tiempos de tratamientos definidos. Alta posterior al cumplimiento del Plan.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento.	N° Personas egresadas /Total ingresos*100	60% Egresos en RBC y RI, 30% de egresos en RR	REM	Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con el usuario, familia y/o su cuidador (asistente).
	Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en la Evidencia	Disminuir los procedimientos de fisioterapia y aumentar la movilización activa de las personas ingresadas al Programa.	Entregar prestaciones y/o procedimientos mayoritariamente orientados a la movilización activa de las personas internadas en el Programa y utilizar fisioterapia solo en casos necesarios.	Porcentaje de procedimientos de fisioterapia	N° total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia. (RBC, RI, RR)	REM	Atención basada fundamentalmente en actividades de movilización activa de las personas internadas en el Programa.

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	Productos Esperados
PREVENCIÓN	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales, para el logro de la participación en comunidad (inclusión social), de las personas atendidas en el programa que lo requieren.	1. Diagnóstico Participativo cada dos años: conocer la población potencial, sus requerimientos, conocer las redes locales y articularse con el intersector, para el apoyo a la inclusión. 2. Desarrollar el trabajo comunitario en forma permanente, dando cuenta del modelo biopsicosocial	Realizar diagnóstico participativo con la comunidad y planificación participativa	Porcentaje de Actividades de Diagnóstico y Planificación Participativa	N° Total de actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa/ Total Actividades y Participación*100	20% de total de Actividades y Participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa (RBC, RI, RR)	REM	Diagnóstico comunitario participativo: a fin de identificar a la población potencial, sus requerimientos y los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación.
			Elaborar documento con diagnóstico participativo	documento con Dg. Participativo	Cuenta con Dg. Participativo actualizado SÍ/NO	100% Equipos de Rehabilitación de RBC y RI realizan DG Participativo y 80% comunas intervenidas por Equipos Rurales con Dg. Participativo	Informe	
			Realizar plan de trabajo anual con las organizaciones de discapacidad	Plan de Trabajo en forma Participativa	Cuenta con Plan de Trabajo Anua con organizaciones de Discapacidad SÍ/NO	100% de los Equipos cuentan con Plan de Trabajo con las organizaciones de discapacidad (RBC, RI, RR)	Informe	
			Realizar gestiones sectoriales e intersectoriales que apunten a la inclusión de las personas con discapacidad.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que logran participación en comunidad producto de la intervención del equipo	N° personas que logran participación en comunidad /total de ingresos * 100	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) (RBC, RI, RR)	REM	
	Prevenir problemas de funcionamiento y/o retardar la discapacidad.	Entregar herramientas para el autocuidado, prevenir y/o retardar la discapacidad	Realizar actividades de educación grupal a todas las personas que ingresan al programa con artritis y artrosis en etapas iniciales, lumbago, parkinson, etc., entregando herramientas para el	Porcentaje de personas que ingresan a Educación Grupal.	N° Total de Personas que Ingresan a Educación Grupal/ Total de Ingresos * 100	35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal. (RBC, RI, RR).	REM	Actividades de prevención, individuales y grupales.
			Realizar actividades destinadas a fortalecer conocimientos y destrezas personales de los cuidadores, entregando herramientas para el cuidado en domicilio, como su autocuidado	Porcentaje de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, que se orientan al trabajo con cuidadores	N° de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores (RBC, RI, RR)	REM	

a. Referencias

1. OPS-OMS. Guías para Desarrollo inclusivo basado en la comunidad [Internet]. 2–80 p. Disponible en: www.who.int
2. I. Municipalidad de San Miguel. Informe I Diagnóstico comunal. Plan de desarrollo comunal de San Miguel 2019-2024. 2019.
3. Corporación Municipal de San Miguel. <https://cmsm.cl/plan-de-salud/>. p. 1–383 Plan de Salud 2023-2024.
4. Corporación de Salud de San Miguel. Plan de Salud San Miguel 2019-2021.
5. Universidad del Desarrollo. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. González Wiedmaier Claudia, Castillo Laborde Carla, Matute Willemsen Isabel, editores. 2019.
6. Ministerio de Salud. Programas de Reforzamiento de APS 2015. 2015.
7. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones metodológicas para el desarrollo del programa de rehabilitación integral en la Atención Primaria de Salud.
8. Congreso Nacional de Chile B. Ley 20422. 2010 p. 1–36.
9. Paz Ossandón MP. Rehabilitación Basada en la Comunidad frente a la realidad Chilena. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2014;14, N°2:1–12.
10. World Health Organization., World Bank. Informe mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud; 2011.
11. Servicio nacional de Salud. II Estudio nacional de la discapacidad 2015. Senadis.- Feyser Ltda; 2016. 267 p.
12. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Pública E de MPUC de C. Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2008.
13. Ministerios de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Informe encuesta nacional de salud 2016-2017. Funcionamiento y discapacidad. 2018.
14. Ministerio de Salud, División de Gestión de Redes Asistenciales. Modelo de Gestión Red de Rehabilitación.
15. Ministerio de Salud. Guía clínica AUGÉ. Accidente Cerebro vascular Isquémico, en personas de 15 años y más. 2013.
16. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión de la Red Neurológica en la atención de personas con Ataque Cerebrovascular (ACV). 2020.

17. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Guías Clínicas AUGE. Enfermedad de Parkinson, Tratamiento No Farmacológico de Rehabilitación. 2016.
18. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Guía Clínica AUGE. Traumatismo Cráneo Encefálico moderado o grave. 2013.
19. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2023. 2022.
20. Ministerio de Salud. https://deis.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Reporteria_Rehabilitacion.html. Reportería Programa de Rehabilitación, nivel primario y hospitalario, sector público. Años 2014-2019.
21. Ministerio de Salud. https://reportesrem.minsal.cl/?_token=xviHxJpz4hYFi5RLWbulw7RKLvbtZzW6Vtk5gAi&serie=1&rem=104&seccion_id=1258&tipo=3®iones=0&servicios=13&periodo=2020&mes_inicio=1&mes_final=12. Reportes REM.
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual para el Diseño de Proyectos de Salud.