

Capacidad de resolución en APS Una mirada desde la Programación Operativa

Alexis Ahumada

IPC

Departamento de Sistemas y Servicios de Salud

ahumadaale@paho.org

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Capacidad de resolución en APS. Brecha de Personas a nivel Comunal; Evaluación de la Capacidad de Respuesta y Resolutividad en APS, incluyendo prestaciones de la canasta básico y acciones propias de nivel comunal.



¿Qué es la Resolutividad de la APS/PNA?

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud

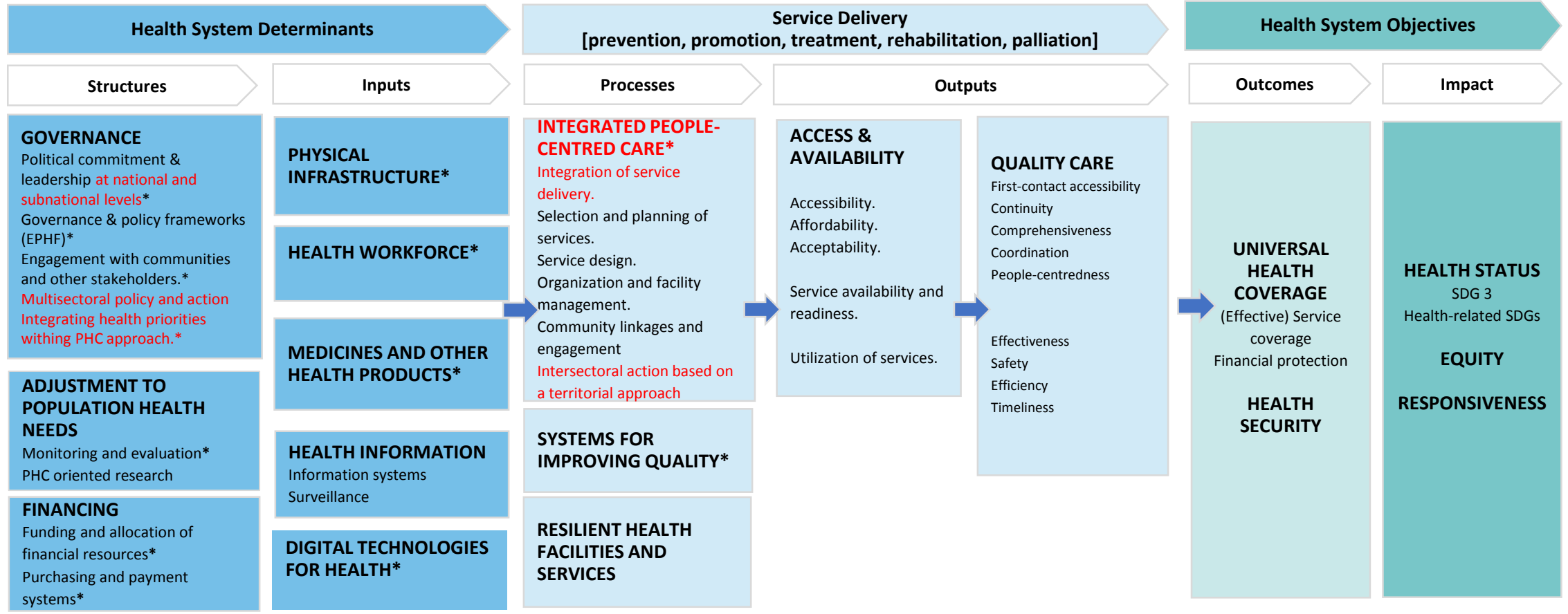


Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

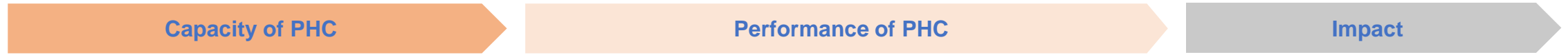
Marco de evaluación y planificación de la APS

* PHC strategic & operational levels

Integrated health services
Multisectoral policy and action
Empowered people & communities



DETERMINANTS OF HEALTH AND RISK FACTORS



Right to Health, Quality, Equity, Resilience,



Uruguay *“conjunto sistematizado de actividades dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutiveidad, las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social”*



Colombia *“capacidad de un prestador de salud de responder de manera integral y con calidad a una demanda de atención de salud de acuerdo con el tipo y complejidad de los servicios habilitados”*



Cataluña *“poder resolutiveo” “el análisis en la longitudinalidad e integración de los procesos asistenciales más que en la delimitación transversal y estructural de las competencias de cada nivel”.*



Cuba *“la capacidad resolutivea se considera como un resultado de la atención” y “se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud”*



Chile, estudios sobre la capacidad resolutivea del PNA realizados por Peñaloza y cols. la definen como ***“la capacidad de un centro de atención primaria de diagnosticar correctamente y tratar eficazmente a los pacientes que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención primaria.***

Capacidad resolutive

1. **Conjunto de actividades y recursos necesarios** para responder a las necesidades y demanda de atención de las personas en consonancia con el conocimiento científico y tecnología actual.
2. Se considera relevante la valoración del **desempeño de las funciones y procesos** para responder a las necesidades y problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y tecnologías disponibles.
3. La capacidad resolutive **genera un resultado o cambio en el estado de salud** atribuible a la atención en salud.
4. La capacidad resolutive es un atributo integral e integrado en **redes** más que inherente a establecimientos aislados, es un continuo de funciones de producción de servicios de salud, y una respuesta propia de las redes integradas de servicios de salud.

Marco Operativo para la Atención Primaria de Salud



El concepto de capacidad resolutive y sus implicancias para el primer nivel de atención

En la **medida que el PNA resuelva los problemas** y ayude perceptiblemente a las personas a mantenerse saludables, se va configurando un escenario donde los hospitales no son la primera opción, sino que se constituyen realmente como un soporte episódico y complementario en el seno de las RISS.

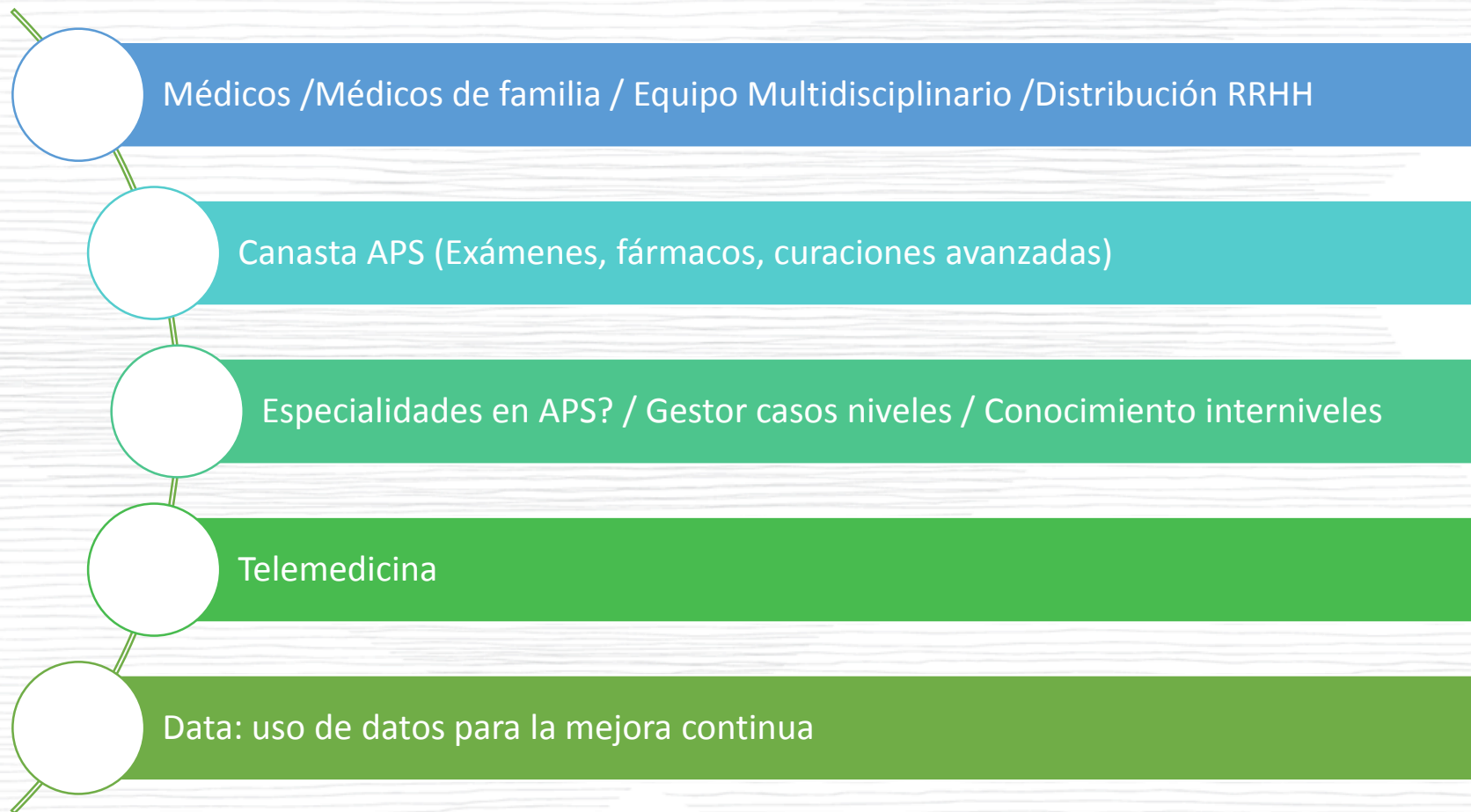
Sólo cuando el PNA tiene capacidad resolutive se constituye en el **eje de un modelo** para todos.

En OPS se ha preferido el concepto de **capacidad resolutive** porque permite una mejor comprensión entre los distintos países de la región.

Operacionalización de las capacidades resolutivas del PNA



Operacionalización de las capacidades resolutivas del PNA



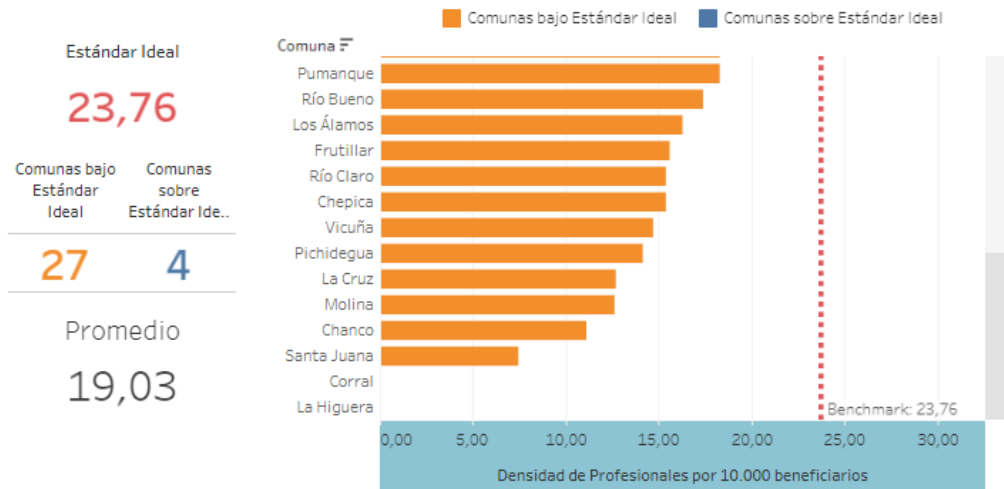
VEAMOS ALGUNOS



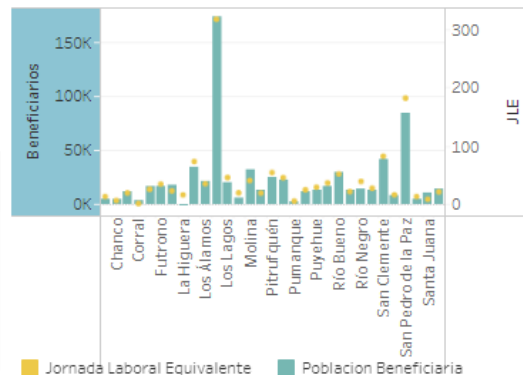
EJEMPLOS

Modo de agrupamiento de comunas: Pobreza Casen (deciles) | Grupo de comunas: Decil 7 (Casen)

Densidad comunal de profesionales en APS cada 10.000 habitantes



Comuna	Densidad de Profesionales por 10.000 beneficiari...	Jornada Laboral Equivalente	Dotaciones (En Horas)	Poblacion Beneficiaria
Alto del Carmen	25,58	12	528	4.692
Chanco	11,13	5	224	4.576
Chepica	15,36	18	804	11.895
Corral	0,00	0	0	3.471
Frutillar	15,60	25	1.080	15.732
Futroneo	20,46	34	1.474	16.376
La Cruz	12,72	22	957	17.095
La Higuera	0,00	15	657	0



Chile

Gráfico N°2: Evolución de la Dotación de Funcionarios de la Red Asistencial Pública entre diciembre de 2013 y diciembre 2020.

	 Año 2013	 Año 2020	 Variación
Dotación Funcionarios Servicios de Salud	92.931	139.682	50%
Dotación Funcionarios APS	44.010	91.200	107%
Dotación Total Funcionarios Red Asistencial	136.914	230.882	69%

Fuente: Elaboración propia a partir del SIRH - DIGEDEP diciembre 2013 y 2020, leyes 15.076, 18.834 y 19.664, Base de Desempeño Difícil APS de la DIVAP 2013 y 2020, ley estatuto APS 19. 378.

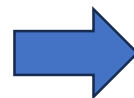


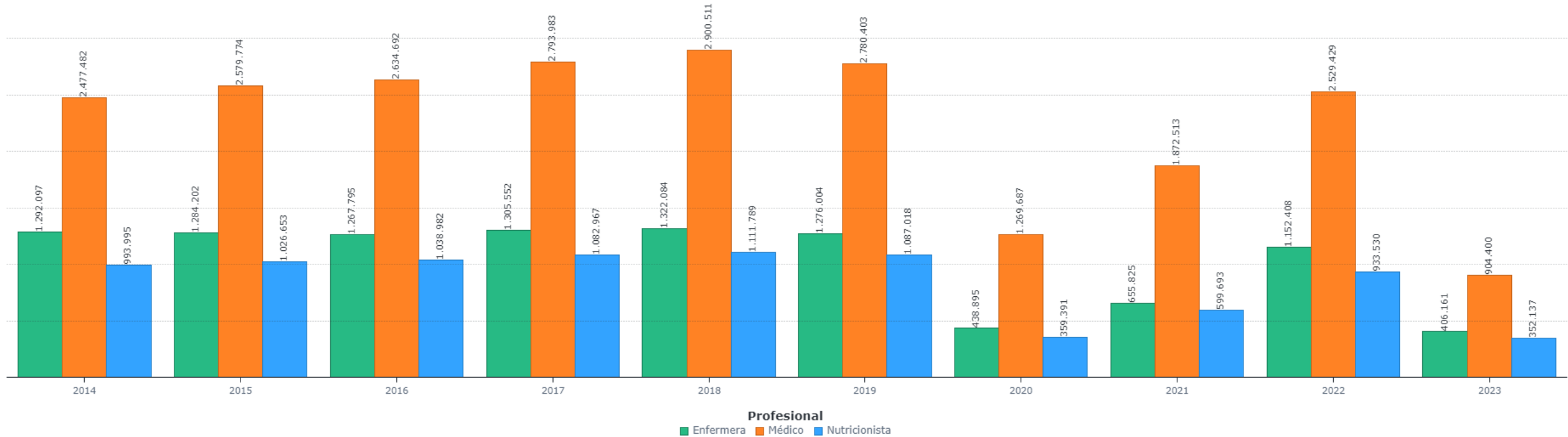
Gráfico N°3: Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud



Fuente: Elaboración propia - Depto. Estudios, Planificación y Control de Gestión Área de Personas

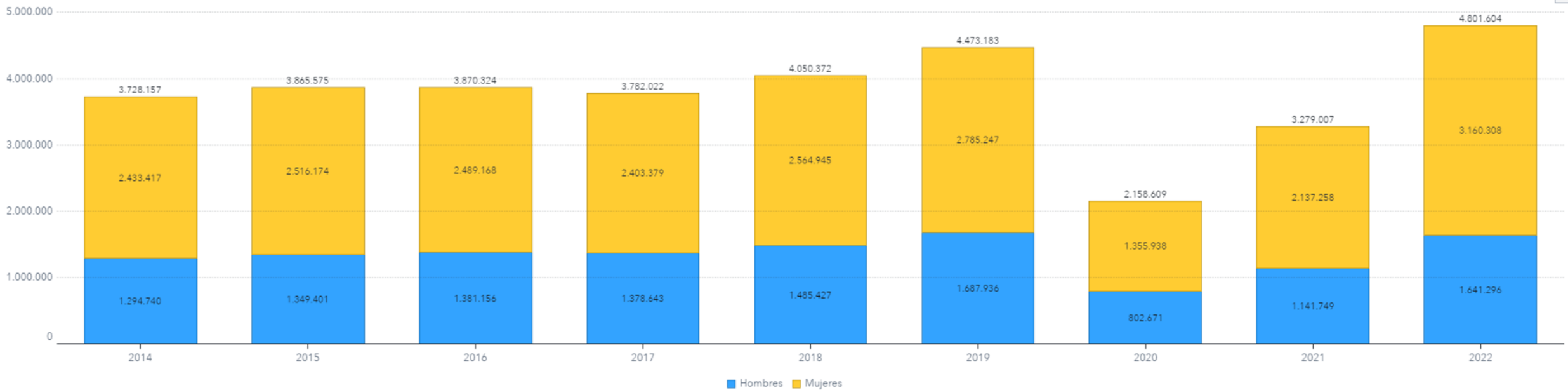
Atenciones PSCV Chile 2014-2023

Número de controles del Programa Cardiovascular por Profesional



Atenciones Salud Mental Chile 2014-2022

Total Atenciones del Programa de Salud Mental según sexo

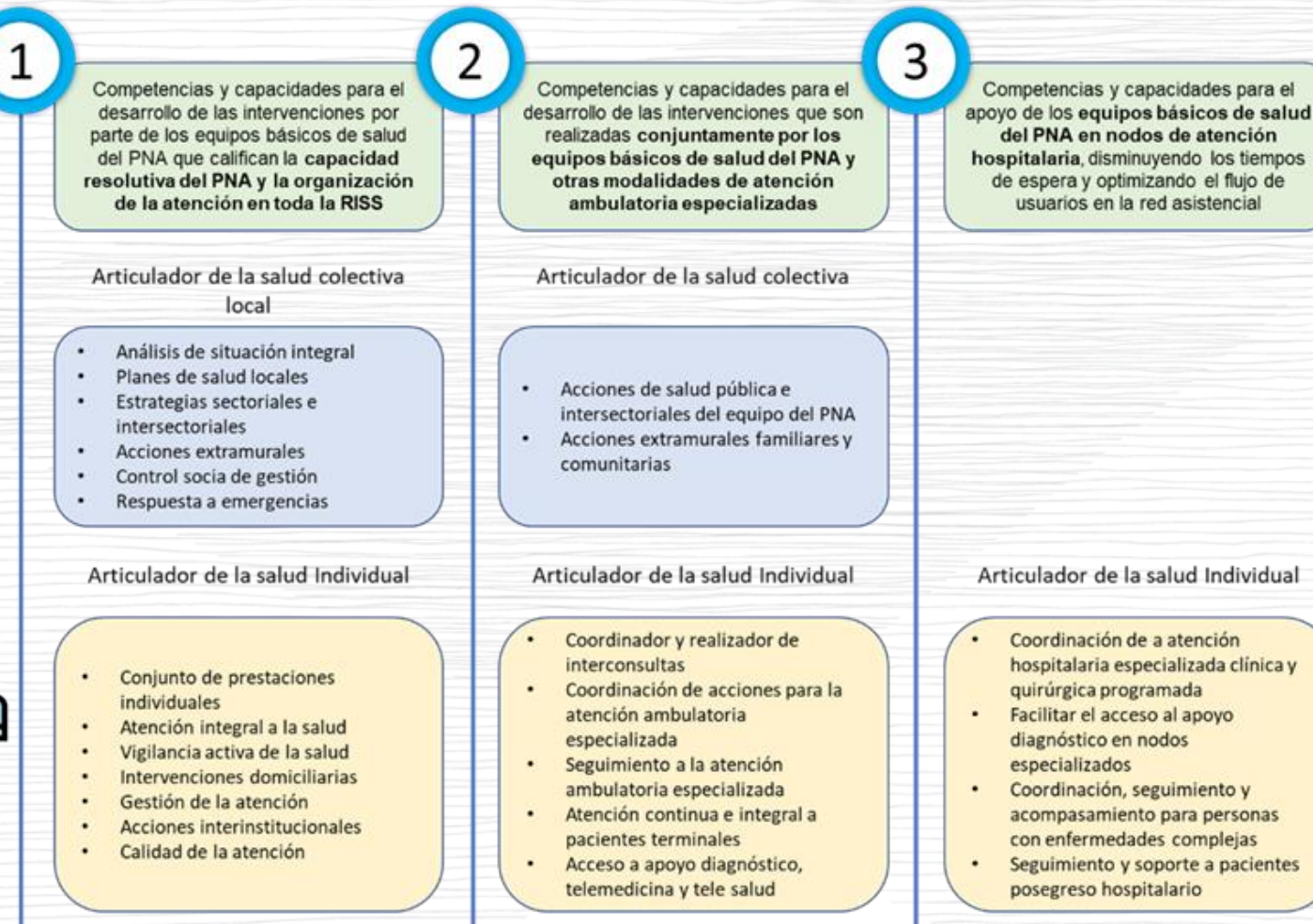


Factores: Muchos!!!



Factores: Muchos!!!

Bloques, capacidades y contenidos fundamentales de la intervenciones que se realizan en el PNA



2021: Por donde comenzamos

You can't Manage
what you
don't Measure!

2021: ¿Cómo comenzamos?

Además, se contacta a actores de la región vía correo electrónico bajo la pregunta:
¿Qué herramienta usa en la práctica un director o jefe de un centro de salud primario en América Latina para programar-planificar actividades clínicas y no clínicas del año?



1.- Falencia de metodología estandarizada de micro planificación local (Bottom-up)

2.- Matriz de programación operativa en salud (cuadro de doble entrada, generalmente aplicada en planilla de cálculo) es la herramienta de mayor conocimiento en la planificación del nivel primario de salud

**PROBLEMAS CONCEPTUALES Y METODOLOGICOS
de la
PROGRAMACION DE LA SALUD**

*Elaborado en el Centro de Estudios
del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de
Venezuela, Caracas, con la colaboración de
la Oficina Sanitaria Panamericana*

Jorge Ahumada _____ CENDES
Alfredo Arreaza Guzmán _____ Escuela de Salud Pública
Hernán Durán _____ Oficina Sanitaria Panamericana
Mario Pizzi _____ Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Eduardo Sarué _____ Oficina Sanitaria Panamericana
Mario Testa _____ CENDES



Publicaciones Científicas No. 111

Abril de 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington, D. C. 20036, E.U.A.



PNA

BORRADOR

**Fortalecimiento de la
Capacidad Resolutiva del
Primer Nivel de Atención**

Unidad Técnica de
Servicios de Salud y
Acceso

OPS

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

OPS

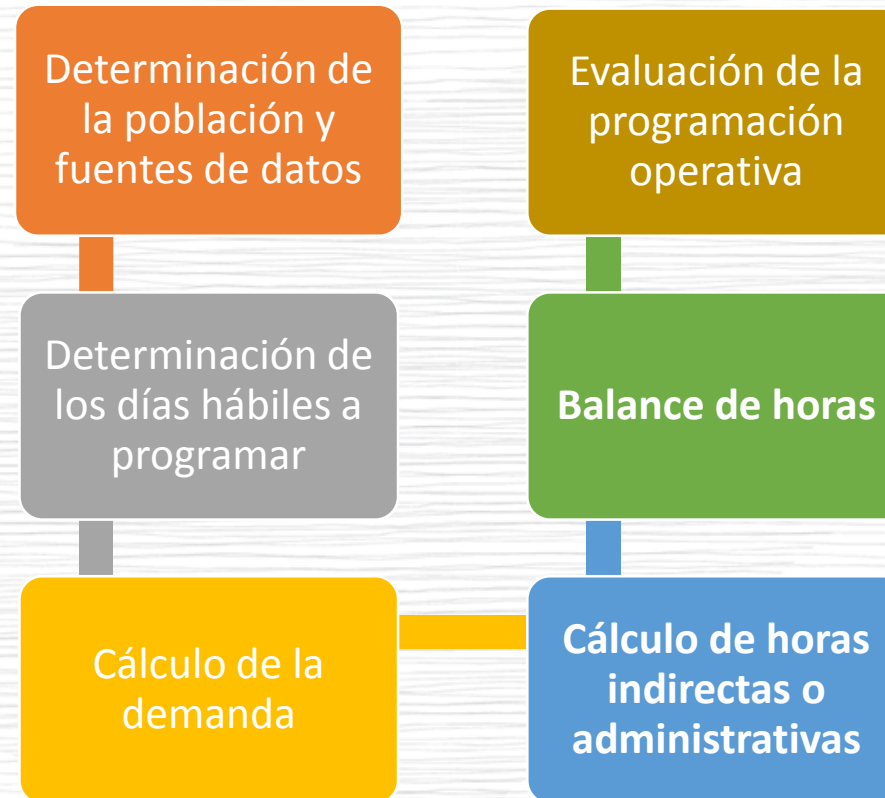


Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

¿Qué entendemos por Programación operativa?



Modelo de pasos de implementación de la herramienta de programación operativa en el nivel primario de atención

Fase inicial capacidad resolutive: Programación Operativa

Etapa	Objetivo
Determinación de la población y fuentes de datos	Conocer población y tendencias sanitarias
Determinación de los días hábiles a programar	Conocer la capacidad en que el dispositivo de salud permanecerá abierto
Cálculo de la demanda	Conocer demanda potencial (en base a coeficientes técnicos)
Cálculo de horas indirectas o administrativas	Estandarizar procesos administrativos
Balance de horas	Generar equilibrio oferta/demanda
Evaluación de la programación operativa	Control de gestión

Identificar las dimensiones esenciales a programar operativamente en primer nivel (recursos humanos, tiempo, recursos financieros, entre otros) y factores que la determinan (cartera de prestaciones, la demanda, la capacidad de oferta y recursos disponibles, entre otros)

S.S. Biobío Chile 2022

4.4 Ingreso de dotación

La interfaz de ingreso de Personal o Dotación, está habilitada para que se ingrese el personal disponible en el establecimiento, como se muestra a continuación.




Estamento	Nro Personas x jornada				Total de profesionales	Total horas
	11hrs.	22hrs.	33hrs.	44hrs.		
Educadora				1	1	2.288
Enfermera/o				9	9	20.592
Fonoaudiólogo/a				3	3	6.864
Kinesiólogo/a				6	6	13.728
Matrona/ón				6	6	13.728
Médico/a				10	10	22.880
Médico/a de Familia		1			0,5	1.144
Nutricionista				4	4	9.152
Odontólogo/a				5	5	11.440
Profesor/a Ed. Física				1	1	2.288
Psicólogo/a				5	5	11.440











Imagen 5: Captura de interfaz de ingreso de Dotación de Establecimiento

Población Dotación Actividades Prestaciones Programación Reportes Configuración

Centro de Producción:

Cesfam Noroeste 

Asignación de horas a actividades

Información Actividad			Asignación de Actividades					Opciones	
Ciclo	Programa	Actividad	Pobl.	Cober.	Concen.	Atenc.	Asig.	EST	ACCIONES
Infancia	Infancia	Control de salud infantil SENAME	1000	25%	2	500	0		
Infancia	Infancia	Control de salud infantil SENAME	1000	25%	2	500			
Adolescente	Infancia	Control de salud infantil SENAME	1000	25%	2	500			
Infancia	Mejor niñez	Consulta de morbilidad en población	1000	25%	2	500			
Infancia	Mejor niñez	Consulta de morbilidad en población	1000	25%	2	500			
Adolescente	Mejor niñez	Consulta de morbilidad en población	1000	25%	2	500			
Adolescente	Nutricion	Ingresos a programas de condiciones cronicas NANEAS	1000	25%	2	500	0		
Adolescente	Nutricion	Ingresos a programas de condiciones cronicas NANEAS	1000	25%	2	500	0		
A. Mayor	Nutricion	Ingresos a programas de condiciones cronicas NANEAS	1000	25%	2	500	0		
A. Mayor	Nutricion	Ingresos a programas de condiciones cronicas NANEAS	1000	25%	2	500	0		

Atenciones Requeridas:

Población:	1.000
Cobertura:	25%
Concentración:	2
Total:	500



- 2021-2022
- Programación en Red
- 2021
- 2022
- 2023

Created with mapshack.net

Cálculo de la demanda

Tipo de atención global

PRESTACIONES (TIPO DE ATENCIÓN)	POBLACIÓN A ATENDER U OBJETIVO	N°	PREVALENCIA / TASA	% COBERTURA	CONCENTRACIÓN	TOTAL ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE OTORGA LA ACTIVIDAD	% DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR POR EL PROFESIONAL	DURACIÓN (INGRESE MINUTOS DESTINADOS)	RENDIMIENTO (60 MINUTOS/MINUTOS ATENCIÓN)	HORAS DÍA REQUERIDAS	HORAS SEMANALES	JORNADAS AÑO
Atenciones HTA	pte HTA	1061	100.0%	90.0%	12	11459	MEDICA/O	100%	7.5	8.00	6.57	32.85	0.82
Atenciones DM2	pte DM2	550	100.0%	90.0%	12	5940	MEDICA/O	100%	7.5	8.00	3.41	17.03	0.43
Atenciones Cardiopatía	pte Cardiopata	67	100.0%	90%	12	724	MEDICA/O	100%	7.5	8.00	0.41	2.07	0.05
VPCD MENOR DE 1A	VPCD MENOR DE 1A	1,087	100.0%	100%	4	4348	ENFERMERA/O	100%	7.5	8.00	2.49	12.47	0.31

Patología o programa de interés

PRESTACIONES (TIPO DE ATENCIÓN)	POBLACIÓN A ATENDER U OBJETIVO	N°	PREVALENCIA / TASA	% COBERTURA	CONCENTRACIÓN	TOTAL ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE OTORGA LA ACTIVIDAD	% DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR POR EL PROFESIONAL	DURACIÓN (INGRESE MINUTOS DESTINADOS)	RENDIMIENTO (60 MINUTOS/MINUTOS ATENCIÓN)	HORAS DÍA REQUERIDAS	HORAS SEMANALES	JORNADAS AÑO
Atenciones HTA	pte HTA	1061	100.0%	90.0%	12	11459	MEDICA/O	100%	7.5	8.00	6.57	32.85	0.82
						0	MEDICA/O	100%		0.00	0.00	0.00	0.00

Registro del cumplimiento

PRESTACIONES (TIPO DE ATENCIÓN)	FUENTE DE DATOS	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES																
		ENERO	FEBRERO	MARZO	TRIMESTRE I	ABRIL	MAYO	JUNIO	TRIMESTRE II	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TRIMESTRE III	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TRIMESTRE IV	TOTAL
Atenciones HTA	Monitoreo mensual	961	986	1022	2969	1010	991	1001	3002	1049	1005	1002	3056	992	1012	994	2998	12025
Atenciones DM2	Monitoreo mensual	540	539	553	1632	553	524	532	1609	532	534	535	1601	533	535	534	1602	6444
Atenciones Cardiopatía	Monitoreo mensual	63	63	63	189	63	63	64	190	65	66	65	196	66	65	65	196	771
VPCD MENOR DE 1A	Monitoreo mensual	488	371	578	1437	330	318	403	1051	382	350	280	1012	310	339	233	882	4382
					0				0				0				0	0

Balance de Horas

TOTAL PERIODO A PROGRAMAR	MÉDICA/O	ENFERMERA/O
Total horas indirectas (Provenientes de hoja "Horas Indirectas")	13440.0	46080.0
Horas Indirectas por día (Fórmula: Hrs. Indirectas año/ Días a Programar en año)	80.0	274.3
Jornadas Indirectas (Fórmula: Horas Indirectas por día / Horas día disponibles para trabajar)	10.0	34.3
Jornadas Directas (Provenientes del cálculo de la Demanda)	9.3	3.8
Necesidades año (Suma de Jornadas Indirectas y Directas)	19.3	38.0
Dotación Actual (Ingresar el N° trabajadores expresados en Jornadas contratadas)	14.0	48.0
Brecha expresada en Jornadas	-5.32	9.96

Tabla 7. Balance de horas

Adaptación

- Chile: objetivo y análisis con agenda
- Uso de data (RCE)
- Capacidad instalada: Chile COMGES



Procesos de estandarización

- Calidades contractuales
- Horas indirectas, académicas
- PRAPS, Programas municipales e integralidad
- Para que y cuando programo.



Demanda

- Definición de cartera de atenciones/servicios
- Coeficientes técnicos: metas/tasas nacionales vs observados locales
- Optimización RRHH
- Demanda oculta



Desafíos

- Mantenimiento y Expansión de metodología
- Insumos/fármacos
- Programación en Red





рахмат
danke

謝謝

ngiyabonga

tesekkür ederim

Баярлалаа
спасибо

mersi

dank je

gracias

tapadh leat

bedankt

thank you

mochchakkeram

obrigado

dziękuję

sukriya

go raibh maith agat

arigatō

takk

dakujem

তোমাকে ধন্যবাদ

terima kasih

감사합니다

ευχαριστώ

merci