



LPG/JRD/FBV/RMP

RESOLUCIÓN EXENTA N°: 1995 15/11/2023

MATERIA: APRUEBA MANUAL METODOLOGIA DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCION DE PROTOCOLOS LEY DE ATENCION PREFERENTE PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES/AS AÑO 2023, DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE.

VISTOS: Estos antecedentes; Memorándum N°25 de 14.11.2023, de Jefatura Subrogante (1°) Departamento Procesos y Gestión Clínica Hospitalaria del Servicio, referente a la aprobación de documento, denominado Manual Metodología de Trabajo para la Construcción de Protocolos "Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus Cuidadores/as" año 2023, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; teniendo presente lo contemplado en el artículo 8°, Párrafo II, letra G) del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°140 de 2004, de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; Resolución N°7 de 2019, de Contraloría General de la República y las facultades que me confiere el Decreto Afecto N°21 de 05 de Agosto de 2021, de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- **APRUEBASE** el documento denominado **MANUAL METODOLOGIA DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCION DE PROTOCOLOS "LEY DE ATENCION PREFERENTE PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES/AS"** año 2023, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

2.- La presente Resolución, surtirá todos sus efectos, a contar de esta fecha.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,



Fernando Betanzo Vallejos
Director Ssmso
Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente



Transcrito Fielmente
Ministro De Fe Segundo Suplente

DISTRIBUCIÓN:

- D. PROCESOS Y GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA
- DIRECCIÓN DSS
- SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL DSS
- OFICINA DE PARTES Y ARCHIVO
- D. ASESORÍA JURÍDICA





Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria

Subdirección de Gestión Asistencial

Manual

Metodología de Trabajo para la construcción de Protocolos

“Ley de atención preferente para personas mayores de 60 años, personas con discapacidad y sus cuidadores/as”

2023

CONTENIDO

1. Introducción	3
2. Metodología para la construcción de Protocolos.....	3
3. Etapas de construcción de Protocolo Ley de atención preferente	4
I.- Etapa de Levantamiento y Preparación	4
II.- Etapa de Diseño del Protocolo.....	4
III.- Etapa Validación e Implementación:.....	5
4. Estructura de Protocolo Ley de atención preferente.....	5
4.1. Fecha de Elaboración y Fecha de próxima revisión:	5
4.2. Responsables de la elaboración, revisión, aprobación del documento:.....	5
4.3. Declaración de Conflicto de Intereses:.....	5
5. Desarrollo del protocolo Ley de atención preferente.....	6
5.1. Introducción:.....	6
5.2. Objetivos:.....	6
5.3. Alcances:.....	6
5.4. Antecedentes:.....	6
5.4.1. Población Objetivo, requisitos generales para acreditar la condición del beneficiario, identificación del beneficiario/a.....	6
5.4.2. Atención de usuarios presenciales o no presenciales.....	8
6. Responsables de la ejecución del protocolo	12
7. Diagrama del flujo Ley de atención preferente:	12
8. Definiciones.....	12
9. Referencia bibliográfica:.....	12
10. Anexos.....	12
Anexo 1. Formato estándar de protocolo Ley de Atención Preferente	13
Anexo 2. Flujograma de Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as.	19
Anexo 3. Guía de Definiciones. Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as.....	20

1. Introducción

De acuerdo con el DFL N°1 del Ministerio de Salud “se entiende por Protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados”.

Los protocolos contienen la secuencia de actividades que deben ser desarrolladas sobre grupos de usuarios con patologías determinadas. Definen el manejo de los usuarios para situaciones o condiciones específicas. Su contenido es un conjunto de recomendaciones en base a revisiones bibliográficas y acuerdos entre profesionales expertos sobre prestaciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia.

El objetivo central de protocolizar es disminuir la variabilidad de la atención, generando un marco común de actuación, asegurando la calidad de la prestación. Por esto, el protocolo es un instrumento de gran valor en capacitación, en especial en sectores de alta rotación del recurso humano y permite asignar responsabilidades a cada uno de los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud proporcionando un resguardo legal ante posibles demandas. Además, al ser aplicados correctamente permiten mejorar los resultados en salud, que serán comparables entre los distintos establecimientos de una Red.

En el caso de los protocolos para la “Ley de atención preferente para personas mayores de 60 años, personas con discapacidad y sus cuidadores/as” debemos considerar los establecimientos y dispositivos que conforman la Red y cómo aportarán a la resolución del problema de salud de manera coordinada y complementaria, garantizando a sus usuarios acceso, oportunidad y calidad.

2. Metodología para la construcción de Protocolos

Se define “Protocolo Ley de atención preferente para personas mayores de 60 años, personas con discapacidad y sus cuidadores/as” al documento que describe en forma estandarizada el tránsito completo de las personas que tendrán derecho a ser atendidos de forma preferente y oportuna por cualquier prestador, para facilitar su acceso a las acciones de salud que corresponda aplicar.

El protocolo debe contener el desarrollo abreviado de la atención diferenciada y prioritaria, desde su ingreso al establecimiento de salud y explicitar “dónde, quién, con qué recursos y en qué tiempo” se resuelve cada etapa. “En qué circunstancias, a dónde y cómo se deriva y qué registros asociados hay al proceso”.

La calidad de un protocolo en Red depende de varios factores, el principal de ellos es un adecuado levantamiento del proceso con todos los actores involucrados.

3. Etapas de construcción de Protocolo Ley de atención preferente

I.- Etapa de Levantamiento y Preparación

- 1.- Selección del problema a protocolizar, debe dar respuesta a la necesidad de priorizar esta Ley, al impacto socio sanitario o definiciones de políticas públicas emanadas por la autoridad central.
- 2.- Levantamiento de la factibilidad de implementar o fortalecer intervenciones resolutivas con la mirada de Red, considerando todos los niveles de resolución.
- 3.- Seleccionar los participantes clínicos y administrativos representativos de cada uno de los establecimientos involucrados en la resolución.
- 4.- Generar un plan de trabajo, coordinaciones y carta Gantt que defina los plazos y actividades involucradas.
- 5.- Revisar la estructura del protocolo.
- 6.- Asignación de tareas entre los miembros de acuerdo a su expertiz técnica y relación en el proceso de resolución clínica y/o administrativa del problema de salud seleccionado.
- 7.- Definición de la estrategia de difusión e implementación en los distintos establecimientos.
- 8.- Definir metodología e indicadores que evaluarán los resultados de la implementación del protocolo.
- 9.- Fecha de la próxima actualización.

II.- Etapa de Diseño del Protocolo

- 1.- Delimitación del Problema de salud a protocolizar: el problema de salud debe estar definido y descrito considerando antecedentes demográficos y epidemiológicos locales, con lo cual enmarcaremos la población objetivo a resolver en el protocolo.
- 2.- Definir el alcance del Protocolo: debe definirse de acuerdo a la capacidad resolutiva de cada establecimiento de la Red.
 - a) Establecimientos y unidades participantes ¿Dónde? ¿En qué nivel?, ¿En qué establecimientos?, ¿En qué unidad?
 - b) Qué profesional o que equipo de profesionales realizará cada intervención ¿Quién?
 - c) Qué técnicas, equipamientos e insumos se requieren ¿Cómo?
- 3.- Verificar la factibilidad real de implementación en cada punto de la Red involucrado y levantar las brechas de infraestructura, equipamiento, insumos, personal, capacitación, etc.

III.- Etapa Validación e Implementación:

- 1.- Cada uno de los establecimientos participantes debe validar el protocolo propuesto, considerando su capacidad resolutoria.
- 2.- Emisión de Resolución. Una vez realizada la validación, recién se podrá emitir la versión definitiva que será refrendada mediante una Resolución emitida por la Dirección del establecimiento local de salud perteneciente al SSMSO.
- 3.- Aplicación del plan de difusión definido y realización de capacitación si fuera pertinente.
- 4.- Evaluación anual del protocolo. De acuerdo a lo definido en la etapa de preparación se realizará una evaluación del grado de implementación y aplicación de los indicadores que medirán los resultados del impacto de la aplicación del protocolo a corto, mediano y largo plazo.
- 5.- Plan de Mejora del Protocolo que apunten a lograr los objetivos planteados inicialmente.

4. Estructura de Protocolo Ley de atención preferente

La estructura formal del protocolo debe contener cada uno de los puntos que se enumeran a continuación.

4.1. Fecha de Elaboración y Fecha de próxima revisión:

La revisión no debe superar los tres años, la finalidad de esta revisión es actualizar el protocolo de acuerdo a los avances científicos, técnicos, normativos o modificaciones en la Red.

4.2. Responsables de la elaboración, revisión, aprobación del documento:

Donde se identifican los autores que son los profesionales que conforman el grupo de trabajo que diseña el protocolo. Este grupo debe ser multidisciplinario y representar a los distintos estamentos involucrados, con aporte técnico y mirada administrativa. Se indicarán con el nombre, apellido, profesión, unidad y establecimiento al que pertenecen.

La Comisión Revisora es la comisión que aprobará el protocolo a nivel del establecimiento de salud para toda la Red.

4.3. Declaración de Conflicto de Intereses:

En actuaciones donde puedan existir relaciones entre los autores y/ o revisores y alguna institución que genere conflictos de interés, éstos deben ser declarados.

5. Desarrollo del protocolo Ley de atención preferente.

Ver anexo 1. Formato estándar de protocolo Ley de Atención Preferente

5.1. Introducción:

La introducción debe dar una idea general acerca del problema de salud y de la justificación del protocolo, haciendo referencia a la estrategia a la que da respuesta el protocolo.

Describir la situación diagnóstica demográfica y epidemiológica de personas mayores de 60 años, personas con discapacidad, cuidadores/as, de su establecimiento de salud.

5.2. Objetivos:

Objetivo general que muestra el resultado global esperado por la aplicación del protocolo.

Objetivos específicos que define las metas que se pretenden alcanzar con la aplicación del protocolo.

5.3. Alcances:

A quienes va dirigido el Protocolo y a que ámbito está orientado.

Ejemplo:

El presente protocolo se aplicará en las áreas de atención ambulatoria del establecimiento, ya sea administrativa o clínicas, tales como admisión, agenda, farmacia, apoyo diagnóstico, servicio de urgencia, entre otros.

5.4. Antecedentes:

5.4.1. Población Objetivo, requisitos generales para acreditar la condición del beneficiario, identificación del beneficiario/a.

La población objetivo corresponde a la indicada en la Ley de Atención Preferencial, existiendo requisitos para su inclusión e identificación:

- **Personas mayores de 60 años:** En este caso el dato es automático por carné la edad, registrada en ficha clínica

“Toda persona mayor de 60 años que cuente con cédula de identidad/pasaporte o cualquier otro documento emanado de autoridad competente que acredite fehacientemente la identidad y edad del beneficiario”.

➤ **Personas con discapacidad:**

El usuario deberá presentar credencial o certificado de discapacidad vigente, al momento de ingresar a centros de salud APS u Hospitales.

“Toda persona con discapacidad que cuente con credencial o certificado de discapacidad vigente, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación”.

➤ **Cuidadores/as de usuarios:** El usuario deberá presentar credencial vigente.

Toda persona cuidadora o cuidador que cuente con certificado, emitido por los programas, unidades o centros que se enlistan a continuación:

a) El documento que acredite que la persona figura en calidad de cuidador o cuidadora, **emitido por el encargado o responsable de los programas, unidades o centros** que se enlistan a continuación:

- El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa de los establecimientos de atención primaria de salud.
- Las Unidades de cuidados paliativos universales presentes en los distintos niveles asistenciales de salud.
- El Programa de Cuidados Domiciliarios, del Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (ex Centros Diurnos para Personas con Demencia).

b) Documento emitido por el Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) en donde ejerce el rol de cuidador o cuidadora en forma remunerada.

c) Certificado del Registro Nacional de Discapacidad, de la persona natural que brinde cuidados a personas con discapacidad, conforme a lo dispuesto en la letra b) del artículo 56 de la ley N° 20.422.

Link: <https://www.suseso.cl/612/w3-propertyvalue-129431.html#:~:text=Art%C3%ADculo%2056.,asistencia%20a%20personas%20con%20discapacidad.>

d) Documento que informe la calidad de persona cuidadora, que emita el Ministerio de Desarrollo Social y Familia según la información contenida en el instrumento al que se refiere el artículo 5 de la ley N° 20.379.

Link: <https://www.suseso.cl/612/w3-propertyvalue-129163.html#:~:text=Art%C3%ADculo%205%C2%BA.,por%20el%20Ministro%20de%20Hacienda.>

e) En los casos en que la persona no participe de ninguno de los supuestos señalados en los literales precedentes, podrá acreditar su condición de cuidador o cuidadora presentando una declaración jurada simple respecto de su rol y copia simple del medio de acreditación de la calidad de persona mayor o persona con discapacidad, señalado en el inciso segundo y tercero precedente, de quien se encuentra a su cuidado.

Los documentos señalados en los literales **a), b), c) y d)** no podrán tener una **vigencia superior a un año** contado desde la fecha de emisión.

La declaración del literal **e)** tendrá una **vigencia de seis meses** contado desde la fecha de emisión.

5.4.2. Atención de usuarios presenciales o no presenciales.

Desarrollar mecanismos de atención diferenciada y prioritaria, con el fin de facilitar el acceso a las acciones de salud, desde su ingreso al establecimiento de salud.

I. Si se trata de una consulta de salud incluye: Consulta de APS, de especialidades y subespecialidades (generando interconsulta), consultas de urgencia, realizadas por profesionales médicos y otros profesionales o técnicos de salud.

II. Si se trata de Toma de exámenes o procedimientos médicos más complejos incluye:

- **Exámenes:** complementan el proceso de atención del beneficiado y que pueden consistir en un procedimiento clínico, prueba de laboratorio o de imagenología.
- **Procedimiento médico más complejo:** prestación de salud que se otorga a un sujeto de atención preferente que implica el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones, tecnologías y profesionales especializados.

Establecer mecanismos puntos I Y II:

1. Solicitud de día y hora de atención (presencial):

Contar con mecanismo de atención diferenciada ya sea, por un área de atención especial, sistema físico o digital de asignación de turno preferente u otro acorde al método de asignación de número que se utilice en el establecimiento respectivo

Ejemplos de mecanismos:

- ✓ Entrega de horas en tiempos protegidos
- ✓ Ventanilla única
- ✓ Facilitador para toma de hora
- ✓ Entrega de horas vía telefónica o digital según pertinencia
- ✓ Entrega de citación en domicilio, otros.

2. Entrega de día y hora para la atención

2.1. Programación de horas.

- ✓ Contar con horas protegidas según determinación de cada establecimiento
- ✓ Nota: MINSAL tiene la facultad de establecer un número de horas de atención preferente

2.2. Horario idóneo para solicitud y entrega de horas

- ✓ Horas de atención protegida deben ser en un horario apropiado (condiciones climáticas, desplazamiento y movilización hacia el centro de salud, otros)

2.3. En caso de agendamiento digital o telefónico.

- ✓ Mecanismos que permitan identificar a los beneficiarios y que ellos accedan a las horas protegidas
- ✓ Al realizar la atención de salud se constatará la calidad de persona mayor, persona con discapacidad o cuidador

2.4. En establecimientos de la red pública de salud, que asignan horas para consultas o procedimientos de especialidad.

- ✓ Se considerará a los beneficiados de manera preferente para la asignación de horas, en relación a otros usuarios con la misma priorización.

2.5. Si el Horario de Atención Protegida para los beneficiarios no es reservado en su totalidad

- ✓ Se podrán disponer las horas para atención del público general

3. Asignación prioritaria para la consulta de salud de urgencia.

En los casos en que el beneficiado requiera atención de emergencia o urgencia, se aplicará el sistema de categorización establecido en el protocolo respectivo.

3.1. Si al beneficiado se le asigna una **categoría que implique riesgo vital o secuela funcional grave**:

- ✓ Primará el criterio clínico para la priorización de los usuarios
- ✓ No se aplicará la preferencia por edad o condición de persona con discapacidad
- ✓ Sin perjuicio de que estos factores formen parte de la ponderación clínica.

3.2. Si al beneficiado **no** se le asigna una categoría que **implique riesgo vital o secuela funcional grave**:

- ✓ Será considerado de forma preferente dentro de la categoría de riesgo que se le asigne en la evaluación clínica.
- ✓ En todo caso, éstos deberán ser reevaluados según lo indique el sistema de categorización aplicado, debiendo modificar la categoría si corresponde.

4. Medidas a adoptar para una interconsulta.

Si de la consulta de salud, sea o no de urgencia, el médico o profesional de salud considera necesario que el sujeto de atención preferente sea evaluado por un médico especialista, generando una interconsulta o derivación, deberá distinguirse:

- a) Si el beneficiado solicita asignación de fecha y hora de atención, directamente al prestador al que ha sido derivado, éstas se le indicarán al momento de la solicitud.

- b) Si la asignación se realiza por medio de un sistema interoperable entre los establecimientos, el prestador que deriva indicará al sujeto de atención preferente los datos de la citación al momento del requerimiento.
Si el establecimiento asigna horas para consultas o procedimientos de especialidad o subespecialidad, de acuerdo a priorización clínica, se aplicará lo dispuesto en la letra c)

- c) Si no existe sistema interoperable de derivación entre los prestadores, el establecimiento que deriva deberá gestionar la asignación de día y hora y comunicarla al beneficiado por medio de una citación efectiva en un plazo máximo de 72 horas hábiles, indicando de manera clara y precisa la fecha, hora y profesional definido para su atención.

5. Medios de citación efectiva

- ✓ Citación presencial
- ✓ Llamada telefónica
- ✓ Visita domiciliaria
- ✓ Carta certificada

III. Prescripción y dispensación de medicamentos

Prescripción: La indicación de medicamentos que realiza el profesional de la salud facultado

Dispensación de medicamentos: la entrega informada del producto farmacéutico al sujeto de atención preferente, utilizando un lenguaje claro y comprensible, considerando los requisitos para la correcta administración del mismo y orientándolo acerca de su uso.

Establecer mecanismos punto III:

- ✓ Área de atención especial
- ✓ Sistema de asignación de turno preferente.

3.1. Emisión y gestión de la receta médica (Emisión en el acto la receta respectiva, entregándola al beneficiado o remitiéndola a la farmacia)

3.2 Entrega de número para la dispensación de medicamentos en la farmacia.

(Prioridad en gestión de la receta:

- a) Generar una alerta que permita identificar a beneficiarios (si es posible).
- b) Se fomentará la entrega de productos en domicilio para personas con dependencia o discapacidad severa.)

3.3. Dispensación de medicamentos en la farmacia. (Entrega de forma preferente e informada, una vez solicitados estos o de acuerdo al número otorgado.)

IV. Buen trato al usuario.

En todo momento de la atención, los beneficiados deberán recibir un trato digno o buen trato, conforme a los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Revisar documentos de buen trato del SSMSO:

- a) Implementación modelo de acogida al usuario
https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2021/12/Orientaciones-Tecnicas-implementacion-Modelo_V2019.pdf
- b) Protocolo de atención preferencial al usuario/a de la red pública de salud Sur Oriente.
RE 1700 del 30 septiembre del año 2022.

V. Registro

Describir las especificaciones técnicas mínimas de implementación, cambios y las reglas de negocio que se deben implementar, de manera coordinada, en todos los Registros Clínicos Electrónicos de la Red SSMSO para dar cumplimiento a la Ley de Atención Preferente.

Los registros clínicos tanto de desarrollo propio como empresas proveedoras, deben facilitar la implementación de este protocolo, ejecutando los cambios que sean necesarios para dar cumplimiento a la ley de manera expedita. Permitiendo el marcaje e identificación en sus módulos de admisión, de los usuarios que cumplan con cualquiera de las tres condiciones, indicadas en la población objetivo: Personas mayores de 60 años, personas con discapacidad, cuidadores/as de usuarios.

6. Responsables de la ejecución del protocolo

En esta sección se debe definir quienes son los responsables de aplicar o ejecutar este protocolo.

Ejemplo:

- Del cumplimiento del protocolo
- Supervisión del protocolo
- De la difusión del protocolo

7. Diagrama del flujo Ley de atención preferente:

Para el objetivo de resolver un problema de salud, una estructura de algoritmo es lo más adecuado. Este diagrama de flujo reproduce los pasos asistenciales que conduce a la resolución de un problema, seleccionados a través de nudos de decisión encadenados, permitiendo realizar una asignación o reparto de tareas por niveles.

Es la parte central o el cuerpo del protocolo, debe reflejar con claridad todo el proceso, con las distintas etapas de Resolución

El algoritmo debe describir, mostrar gráficamente:

- Dónde (establecimiento y unidad)
- Quién (qué profesional)
- Cómo (con qué técnica)
- Insumos (si fuera necesario el detalle)

Se debe desarrollar un diagrama de flujo, y su descripción correspondiente, para mostrar los procesos asociados (Ver anexo 2) a cada uno de mecanismos a implementar:

- Consulta de salud
- Toma de exámenes o procedimientos
- Prescripción y dispensación de medicamentos

8. Definiciones

Ver anexo 3. Guía de Definiciones. Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as


9. Referencia bibliográfica:

Identificar la fuente de la cual se extrae la información.

10. Anexos

- Flujogramas ley de atención preferente, atención unidades: consulta, farmacia, imagenología, Exámenes y procedimientos.
- Formularios locales.
- Afiches: Atención preferente en salud, para personas mayores de 60 años o en condición de discapacidad y sus cuidadores/as
- Otros

Anexo 1. Formato estándar de protocolo Ley de Atención Preferente

	PROTOCOLO LEY DE ATENCIÓN PREFERENTE PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES/AS			
	Código	PTC- Establecimiento...	Versión	1.0
	Fecha de elaboración			
	Fecha próxima revisión			


Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as

Establecimiento.....

SubRed

AÑO 2023

De acuerdo con la legislación vigente, en el DFL N°1 del Ministerio de Salud "se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados". /Minsal (2021). DFL1: Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469. Recuperado desde: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177>

	PROTOCOLO LEY DE ATENCIÓN PREFERENTE PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES/AS			
	Código	PTC Establecimiento...	Versión	1.0
	Fecha de elaboración			
Fecha próxima revisión				

Protocolo Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as

	<i>Elaborado por</i>	<i>Revisado por</i>	<i>Aprobado por</i>
NOMBRE, CARGO Y FIRMA			
Fecha			

CONTENIDO

1.	<u>INTRODUCCIÓN</u>	16
2.	<u>OBJETIVOS</u>	16
3.	<u>ALCANCES</u>	16
4.	<u>ANTECEDENTES</u>	16
4.1.	<u>POBLACIÓN OBJETIVO, REQUISITOS E IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A</u>	16
4.2.	<u>ATENCIÓN DE USUARIOS PRESENCIALES O NO PRESENCIALES</u>	17
5.	<u>RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO</u>	17
6.	<u>DIAGRAMA DEL FLUJO</u>	17
7.	<u>DEFINICIONES</u>	18
8.	<u>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</u>	18
9.	<u>ANEXOS</u>	18

1. Introducción

- Idea general acerca del problema de salud y de la Justificación del protocolo, hacer referencia a la estrategia a la que da respuesta el protocolo.
- Describir situación diagnóstica demográfica y epidemiológica de personas mayores de 60 años, personas con discapacidad, cuidadores/as, de su establecimiento de salud.
- Descripción breve sobre la Ley Atención preferente en salud, para personas mayores de 60 años o en condición de discapacidad y sus cuidadores/as.

2. Objetivos

- Indicar el(los) objetivo(s) **generales y específicos** o propósito del protocolo.

3. Alcances

- Describir a **quienes va dirigido el protocolo y a que ámbito** está orientado.

4. Antecedentes

4.1. Población Objetivo, Requisitos e Identificación del beneficiario/a

- Describir como se identifica al usuario correspondiente a la población objetivo.
- Describir los requisitos para acceder al beneficio.

La población objetivo corresponde a la indicada en la Ley de Atención Preferencial, existiendo requisitos para su inclusión e identificación:

- **Personas mayores de 60 años:**
 - a) En primer contacto con carnet de identidad o documento emitido por autoridad que demuestre fehacientemente la identidad y edad del beneficiario.
 - b) Dato registrado en ficha clínica.
- **Personas con discapacidad:**
 - a) El usuario deberá presentar credencial o certificado de discapacidad vigente, al momento de ingresar a centros de salud APS u Hospitales.
 - b) Identificar en la ficha electrónica la condición de discapacidad.
- **Cuidadores/as de usuarios:** El usuario deberá presentar credencial vigente.

4.2. Atención de usuarios presenciales o no presenciales

- Describir los mecanismos a implementar de forma local para la atención diferenciada y prioritaria de la población objetivo.
 - I. Consulta de salud (consulta de APS, especialidades y subespecialidades o urgencia, realizadas por profesionales médicos y otros profesionales o técnicos de salud)
 - II. Toma de exámenes o procedimientos
 - III. Prescripción y dispensación de medicamentos
- Mecanismos
 1. Solicitud de día y hora de atención (presencial)
 2. Entrega de día y hora para la atención
 3. Asignación prioritaria para la consulta de salud de urgencia
 4. Interconsultas (Referencia y contrarreferencia)
 5. Citación efectiva
 6. Prescripción y dispensación de medicamentos: área de atención especial y sistema de asignación de turno preferente
- IV. Buen trato
- V. Registros

5. Responsables de la ejecución del protocolo

- Definir quienes son los responsables de **aplicar o ejecutar este protocolo.**

6. Diagrama del flujo

- Desarrollar un diagrama de flujo, y su descripción correspondiente, para mostrar los procesos asociados a cada uno de mecanismos a implementar
- El algoritmo debe describir, mostrar gráficamente: el Dónde (establecimiento y unidad), Quién (qué profesional), Cómo (con qué técnica) y con qué insumos (si fuera necesario el detalle)

7. Definiciones

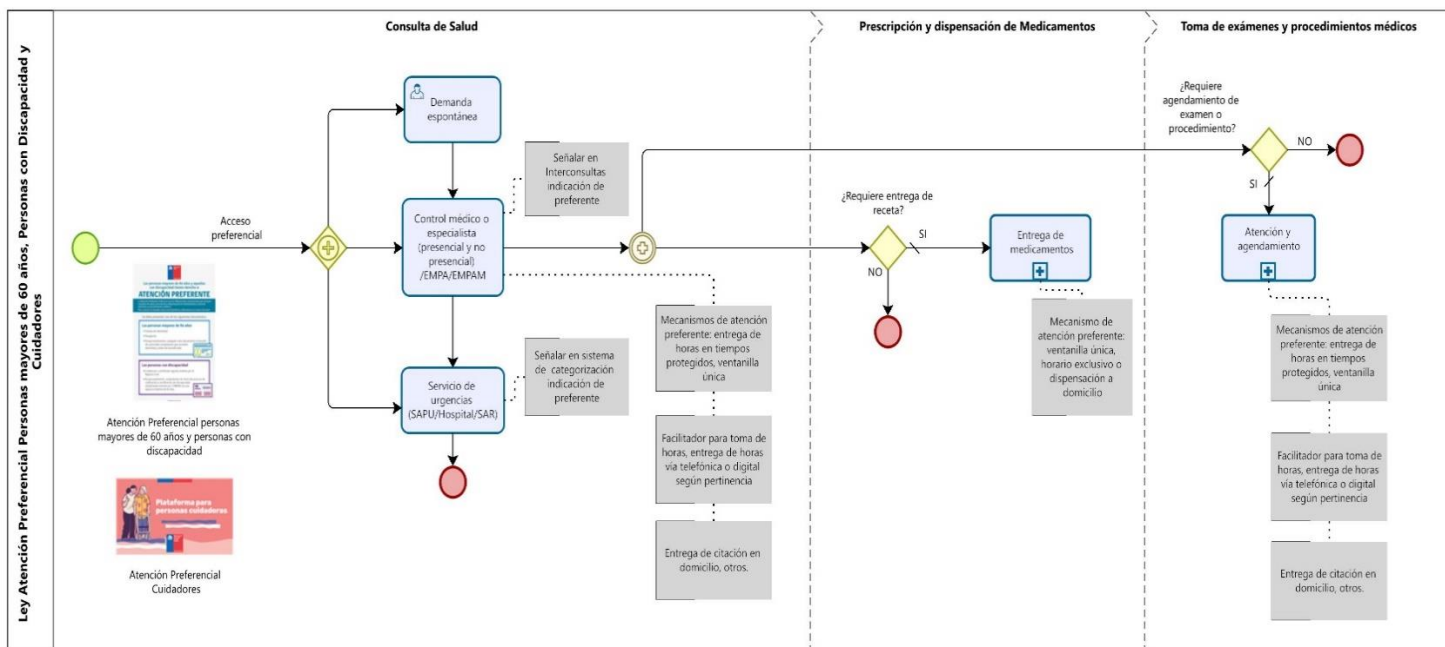
Desarrollar las definiciones que hacen mención a la ley de atención preferencial.

Ver anexo 3: Guía de Definiciones. Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as

8. Referencia bibliográfica

9. Anexos

Anexo 2. Flujoograma de Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as.



Anexo 3. Guía de Definiciones. Ley de Atención Preferente para Personas Mayores de 60 años, Personas con Discapacidad y sus cuidadores/as.

Accesibilidad: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

Accesibilidad comunicacional: entendido como mecanismos de información apropiados para los beneficiados, que permitan difundir y orientar en el derecho de atención preferente y oportuna

Accesibilidad universal: Es decir, entornos, procesos, bienes, servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, en los términos del literal para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y comodidad, de la forma más autónoma y natural posible.

Administración y programación de la agenda: actividades que permiten poner a disposición la programación de los profesionales a través de un sistema de agenda, definido por el establecimiento, según disponibilidad previa de los siguientes recursos: personal de apoyo, disponibilidad de box acondicionado a la prestación, equipamiento necesario y horas contratadas del profesional.

Agenda: Es la estructura organizativa de la actividad asistencial en ingresos, consultas, procedimientos u otro sobre la que se produce la cita de Atención a un paciente que requiere una atención ambulatoria de especialidad. Está definida por una carga de actividad y rangos horarios determinados, basado en los rendimientos acordados para dicha actividad. En su configuración no se debe contemplar la asistencia a casos urgentes que tendrá su propia mecánica al margen de la actividad programada.

Agendamiento: Proceso encargado de asignar una citación de acuerdo a la oferta de horas de los profesionales y la priorización de las solicitudes. Lo anterior incluye contactar previamente al paciente y entregar indicaciones, si corresponde, para que ésta se lleve a cabo.

Atención preferente: Atención prestada en forma inmediata evitando demoras en el trámite mediante la espera del turno.

Atención preferente: Hace referencia a la prioridad de atención, que se debe tener con las personas mayores de 60 años, personas con discapacidad y sus cuidadores/as

Célula de Hospital Digital: Para complementar las estrategias de Telemedicina que se desarrollan a nivel local, el MINSAL pone a disposición de las Redes Asistenciales la estrategia de Hospital Digital (HD), que permite ampliar la oferta de especialistas y la cobertura de atención de salud, centrado en el paciente, y que aprovecha el potencial de las tecnologías para acercar la atención y en definitiva la salud a las personas, instalando una alternativa al modelo tradicional.

Célula de Geriátría de Hospital Digital: Salud Digital a través de la Unidad de Hospital Digital y como parte del proceso de Atención Ambulatoria, crea la célula de Geriátría, la cual busca disponer de esta especialidad para la red, acercando y potenciando la equidad de acceso en el territorio nacional.

✓ **Criterios de inclusión Célula de Geriátría**

Toda persona de 60 años o más, con seguro de salud FONASA o PRAIS, puede ser interconsultada a la célula de geriatría, por cualquier tipo de condición o duda clínica, de las cuales podemos resaltar:

- Polifarmacia, considerada como la ingesta concomitante de 5 medicamentos o más, o con el uso de algún medicamento potencialmente inapropiado (MPI)
- Persona con multimorbilidad, que consiste en la presencia de 5 o más condiciones crónicas.
- Pérdida de funcionalidad, expresada como una caída en 15 puntos o más de la escala de Barthel, en un año o menos.
- Requerir acompañamiento o asesoría en el proceso diagnóstico terapéutico de una persona en sospecha o contexto de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (GES 85).

✓ **Criterios de exclusión Célula de Geriátría**

- Emergencias médicas uno de ellos, recomendado ser derivadas y resueltas antes de derivar el caso. Un **ejemplo de esto es el delirium**, que es una emergencia médica para resolver en el momento.

Consulta de Morbilidad: Corresponde a una atención profesional, otorgada por un médico con el objetivo de dar solución a un problema de salud específico por manifestación espontánea o prolongada que le genere malestar o incomodidad. Esta prestación incluye anamnesis, exámenes, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas

Consulta Médica y Odontológica: Es la atención otorgada por un médico especialista u odontólogo en forma ambulatoria, en un lugar destinado para estos fines, para diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un usuario. Este acto incluye anamnesis, examen físico, hipótesis y confirmación diagnóstica (con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas), control y seguimiento de indicaciones y evolución, respuesta a interconsultas, indicación de derivación o contrarreferencia a atención primaria y alta.

Consulta nueva (Ingreso): Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas.

Conjunto mínimo básico de datos: El conjunto mínimo básico de datos, corresponde a un conjunto de datos con estándares de registro y codificación clara y acordada, que permite la implantación del seguimiento de listas de espera, con registros consolidables a nivel local y nacional.

Controles, o Consultas repetidas: Es la atención de seguimiento, en forma ambulatoria y en un lugar destinado para estos fines. Sigue a un "Ingreso". La espera de estas atenciones genera una lista de espera denominada Lista de espera de consultas repetidas que corresponde a los tiempos de espera entre atenciones de control.

Consulta de urgencia o emergencia riesgo vital: Es toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de **secuela funcional grave**, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura, debe ser inmediata e impostergable.

La credencial de discapacidad: Contiene la información de la persona inscrita en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND). Al mostrar la credencial la persona puede acceder a beneficios con el fin de favorecer su inclusión social.

Cuidador: Es toda persona que, de forma gratuita o remunerada, proporcione asistencia o cuidado, temporal o permanente, para la realización de actividades de la vida diaria, a personas con discapacidad o dependencia, estén o no unidas por vínculos de parentesco".

Fuente: Manual sobre la Ley N°20.422

<file:///C:/Users/jenny.velasco/Downloads/Manual%20de%20la%20Ley%2020.422.pdf>

DAU: Dato de Atención de Urgencia

Dependencia: Según Ley N° 20.422 se entiende como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida.

Derecho de los usuarios: A no ser discriminados por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad. A recibir en todo momento un trato humano, amable, comprensivo y respetuoso. A recibir información sanitaria de la forma más idónea y completa para su comprensión, por parte del equipo responsable.

Discapacidad: Según Ley N° 20.422 se entiende como aquella persona que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Dispensación de medicamentos: es la entrega informada del producto farmacéutico al sujeto de atención preferente, utilizando un lenguaje claro y comprensible, considerando los requisitos para la correcta administración del mismo y orientándolo acerca de su uso.

Especialidades Médicas: Es la unidad de análisis de consultas médicas, para la comparación entre los servicios de salud; por lo que las subespecialidades se agregarán a nivel de especialidad troncal de acuerdo a las clasificadas en el REM 07.

Exámenes: Son aquellos elementos que complementan el proceso de atención del beneficiado y que pueden consistir en un procedimiento clínico, prueba de laboratorio o de imagenología; permitiendo al profesional de salud que lo evalúa o evaluará, la confirmación o descarte de una hipótesis diagnóstica

Establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM): El Decreto Supremo N°14 del Minsal, en su artículo 2°, define ELEAM como: "Aquel en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben". Por lo anterior dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes.

Gestión de citas: Actividades que tienen por objetivo disminuir los usuarios que no se presentan a su atención de salud, asegurando el acceso y oportunidad. De esta manera se contribuirá a realizar una gestión eficiente de la lista de espera junto a sus recursos existentes y también mejorar la satisfacción usuaria.

Geriatría: Es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, y la rehabilitación de las enfermedades en la persona mayor.

Interconsulta: La Interconsulta es el documento de derivación entre establecimientos de la Red, cuya finalidad es oficializar la derivación de un usuario para evaluación diagnóstica o terapéutica. Es el documento trazador para el proceso de referencia y contrarreferencia.

Lista de espera: Se define conjunto de personas que en un momento dado se encuentran en espera de ser atendidas para una consulta de especialidad médica u odontológica, para un procedimiento o prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica programada, solicitada por un profesional médico u odontólogo

Mantención de horas disponibles: proceso administrativo, que permite a través del responsable del proceso de agendamiento, realizar cambios a las horas disponibles para el agendamiento.

Oportunidad: Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones

Persona mayor: La Ley N° 19.828 que crea el Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA) define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres

Persona mayor: “La Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores define en su artículo 2º, como “Persona mayor”, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años.”

Pertinencia: La pertinencia en el proceso de derivación, se refiere al cumplimiento o no de la normativa o protocolos existentes para tal proceso en una Red definida.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

- No pertinencia, por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
- No pertinencia, por no cumplir los criterios clínicos de inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

Prescripción: Es la indicación de medicamentos que realiza el profesional de la salud facultado para ello, en los términos establecidos en el artículo 101 del Código Sanitario.

Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos: Se define como procedimiento, a toda prueba o exploración realizada en una consulta o sala especial que no corresponde a la anamnesis o exploración física básica y que requiere de tiempo distinto al de la propia consulta

Procedimiento médico más complejo: Es una prestación de salud que se otorga a un sujeto de atención preferente para efectos diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación y que implica el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones, tecnologías y profesionales especializados.

Protocolo: Se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados”.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177>

Registro Nacional de Discapacidad (RND): Es un registro administrativo dependiente del Servicio de Registro Civil e Identificación, que de contar con la información de todas o la mayoría de las personas con discapacidad

Sistema interoperable: Es “la capacidad de las organizaciones para intercambiar información y conocimiento en el marco de sus procesos de negocio para interactuar hacia objetivos mutuamente beneficiosos, con el propósito de facilitar la entrega de servicios digitales a ciudadanos, empresas y a otras entidades, mediante el intercambio de datos entre sus sistemas TIC”.

Telemedicina: Es la provisión de servicio de salud a distancia para los objetivos sanitarios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, realizada por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población

La Telemedicina se puede llevar a cabo en 2 modalidades:

1. Modalidad sincrónica: consiste en la interacción en tiempo real entre dos integrantes del equipo de salud, con el objetivo de resolver o discutir el problema de salud de un usuario, pudiendo este último estar o no presente. Se distingue modalidad sincrónica programada y de urgencia.

2. Modalidad asincrónica: consiste en la interacción en tiempo diferido entre dos integrantes el equipo de salud, con el objetivo de resolver o discutir el problema de salud del usuario. Éste último, no se encuentra presente, no obstante, el proceso de atención finaliza una vez que al usuario se le informa el resultado de su consulta.

Trato Digno: Son todas aquellas actitudes y acciones que involucran el respeto a las personas sólo por el hecho de ser personas, importando sólo esa condición para reconocer su dignidad.

El Trato Digno en salud va más allá de la calidad de la relación interpersonal, sino que incluye todas las interacciones presenciales y a distancia que ocurren entre usuarios/as y funcionarios/as.

El Trato Digno implica respetar los Derechos Humanos y, por tanto, no realizar acciones discriminatorias vinculadas a convicciones y decisiones personales, o a condiciones socioculturales, de género, étnicas, grupos etarios, situación de migración o de otro tipo.

Triage: El triage es un sistema de selección y clasificación de usuarios, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo.