



**CURSO DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO  
EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON  
ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (CPAI)  
Para profesionales**

PROGRAMA DE INICIATIVAS EXTRAORDINARIAS DE CAPACITACIÓN Y  
PERFECCIONAMIENTO DE FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS QUE SE  
DESEMPEÑAN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Tipo de Programa: Pasantía

Modalidad: Presencial

Número de Horas: 130 hs.

Duración: 3 semanas

Fecha: del 30 de Noviembre al 22 de diciembre de 2019

Barcelona, Catalunya, España

Dirección: Dr. Boi Ruiz

Coordinación: Dr. Xavier Singla



<b>1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Fundamentación .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>11</b>
3.1	Objetivo general.....	11
3.2	Objetivos específicos .....	11
<b>4</b>	<b>Programa formativo .....</b>	<b>12</b>
4.1	Módulos comunes .....	13
4.1.1	Modelos Asistenciales en Salud.....	13
4.1.2	Geriatría y Cuidado Multidisciplinario.....	13
4.1.3	Abordaje Integral de la Salud de Personas Migrantes.....	13
4.1.4	Cuidado Pacientes Crónicos.....	14
4.1.5	Salud Mental en APS (Atención Primaria de Salud).....	14
4.2	Módulos específicos y talleres.....	14
<b>5</b>	<b>Metodología .....</b>	<b>15</b>
5.1	Público Objetivo .....	15
5.2	Idioma, duración y lugar .....	15
5.3	Horario/Turno .....	15
5.4	Enfoque pedagógico .....	16
5.5	Instituciones y centros a visitar .....	18
5.6	Soporte documental .....	18
5.7	Evaluación de las expectativas y de la satisfacción del asistente.....	18
5.8	Evaluación final .....	19
5.8.1	Informe .....	19
5.8.2	Propuesta de Mejoramiento o Trabajo Final de Integración (TFI) .....	19
5.8.3	Requisitos de aprobación de los cursos y pasantías.....	20
5.8.4	Requisitos para la acreditación y certificación .....	21
<b>6</b>	<b>Cronograma de actividades.....</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>Comités.....</b>	<b>22</b>
<b>8</b>	<b>Bibliografía.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUCCIÓN

Hace ya más de 25 años la República de Chile inició un proceso de reforma de su Sistema de Salud en el marco de la estrategia de APS con el fin de incrementar la calidad de vida de su población a través de la extensión de la cobertura y la mejora en el acceso a servicios de prevención y cuidados oportunos y de calidad. En el año 2005 se establece el Modelo de Atención Integral en Salud, que comprende *“el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”*<sup>1</sup>; al tiempo que se adopta un modelo de gestión en red, que promueve la adecuación de la red asistencial pública a las crecientes exigencias de una población más consciente de sus derechos y al nuevo perfil demográfico y epidemiológico de la sociedad.

Progresivamente se fue consolidando el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en torno a tres principios fundamentales de la APS: Centrado en las Personas, Integralidad de la Atención y Continuidad del Cuidado<sup>2</sup>. Su implementación se sustenta en los equipos multidisciplinarios a cargo de los diferentes establecimientos que conforman la red de atención primaria: centros de salud familiar (CESFAM), centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), postas de salud rural y hospitales comunitarios. Entre las diversas acciones que el Ministerio de Salud de Chile ha desarrollado para orientar y fortalecer las competencias de esos equipos de salud de cabecera, se destaca el Programa de Capacitación y Perfeccionamiento de funcionarios y funcionarias Ley 19.739 de Atención Primaria la Salud Municipal destinados a conocer experiencias de atención de salud y gestión de atención primaria, caracterizadas por su índole innovadora, transdisciplinaria, que permitan incorporar nuevas metodologías, conceptos y formas de trabajo y que se orienten a la consolidación del modelo de salud integrada con enfoque familiar y comunitario.

---

<sup>1</sup> MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005): Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N°1.

<sup>2</sup> MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria (2013): Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

En el marco de ese Programa y a partir de la correspondiente invitación, la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) ha desarrollado la siguiente propuesta de capacitación para Profesionales, con el propósito de contribuir a:

- Fortalecer las competencias de los funcionarios y funcionarias para brindar servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan las expectativas de la población;
- Fortalecer la integración de la Atención Primaria de Salud Municipal en el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

## 2 FUNDAMENTACIÓN

A partir de las experiencias de los equipos de salud chilenos en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, este ha sido definido de la siguiente forma:

*“Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”.<sup>3</sup>*

Esta conceptualización permite describir las condiciones que posibilitan la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, familias y comunidades respecto al cuidado de su salud a través de servicios efectivos y eficientes en un contexto de cambios sociales significativos derivados de las mayores exigencias de una población más y mejor informada, los avances

---

<sup>3</sup> MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria (2013): Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

tecnológicos con el consiguiente aumento de los costos, la globalización y su impacto en la migración internacional y la transición demográfica y epidemiológica, entre otros factores.

Chile se ubica dentro de los países más envejecidos de la región, el aumento de la población de personas mayores de 60 años ha pasado de 16,7 el año 2013 a 17,5% al 2015 según los datos de CASEN en los años respectivos. La esperanza de vida es de 75,8 años para los hombres y 82 años para las mujeres (CELADE). Se suma además el envejecimiento de la vejez, se ha transitado desde un 16,8% de personas sobre 80 años en relación al total de personas mayores, a un 17, 2 % de (CASEN 2013 y 2015), este último grupo trae consigo el aumento de posibilidades de requerir servicios de apoyo y cuidado, producto de la disminución de la funcionalidad, del mayor nivel de vulnerabilidad y del aumento de la fragilidad.

A este contexto demográfico, se suma la representación social de la vejez y el envejecimiento, que está acompañada de una serie de estereotipos negativos que impacta directamente en la atención de las personas mayores y en su propio autoconcepto, propiciando en algunas ocasiones situaciones de maltrato.

Este envejecimiento de la población unido al aumento de la prevalencia de estilos de vida poco saludables, hacen prever un aumento sostenido de la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo tanto, se impone la adaptación del sistema de salud para abordar la prevención de dichas enfermedades crónicas y el mejor cuidado del adulto mayor.

Según muestran los resultados de la reciente encuesta nacional de salud, las enfermedades crónicas no transmisibles presentan frecuentemente una multimorbilidad con complicaciones asociadas y, por consiguiente, un alto consumo de recursos involucrados. Se recomienda, por tanto, la atención integral en la población que presenta multimorbilidad, entendiendo ésta, como aquellos pacientes con 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles, priorizando las patologías sintomáticas con potencial de desestabilización, descompensación, y dificultad de manejo.

La multimorbilidad se asocia con una disminución de la calidad de vida, deterioro funcional y aumento de la utilización de la atención médica, incluidos ingresos de emergencia y hospitalizaciones, particularmente con un mayor número de condiciones coexistentes. Además, los pacientes con varias condiciones crónicas tienen dificultades en la comprensión y el tratamiento de enfermedades múltiples y regímenes de medicamentos complejos.

A nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades, 65% en mayores de 65 años, y 82% en personas de 85 años y más, con diferencias significativas entre hombres y mujeres y entre nivel educacional. En estudios extranjeros las patologías más recurrentes son hipertensión arterial, depresión o trastorno ansioso y dolor crónico.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales son los que más contribuyen a la carga de años de vida perdidos por discapacidad, destacándose en orden de magnitud de AVISA: depresión unipolar, dependencia del alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, Alzheimer y otras demencias, y trastorno bipolar<sup>4</sup>. Asimismo, la relación entre enfermedades mentales y enfermedades físicas está ampliamente documentada; y es así que en el Informe de la Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010 se identifica que *“una proporción importante de la población está expuesta a determinantes psicológicos adversos que la ponen en mayor riesgo de adquirir o evolucionar no satisfactoriamente frente al tratamiento de enfermedades crónicas”*<sup>5</sup>

Los servicios de atención primaria ofrecen, de manera continua a lo largo de todo el ciclo vital, diagnóstico y atención a los principales problemas de salud, asistencia sanitaria y social, y servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora, servicio de atención a domicilio, atención urgente o continuada y atención a la salud sexual y reproductiva. En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se pretende que en estos servicios de Atención Primaria se integren las atenciones de salud mental en las prácticas de todos los integrantes del equipo de salud, cuando atiendan a una persona a lo largo del curso de vida. Es así como la salud mental cruza las prestaciones de salud, al igual como ocurre en los problemas de salud cardiovascular, salud sexual y reproductiva, salud oral entre otros. Todo el equipo de salud cuenta con estrategias para participar y mejorar el cuidado de la salud de la población a cargo y lo mismo debe ocurrir en salud mental. El gran desafío de esta integración es el desarrollo de las competencias comunicacionales que el equipo de salud debe incorporar, así como las competencias técnicas en la familiarización con las temáticas del continuo salud- enfermedad mental.

---

<sup>4</sup> MINSAL. Subsecretaría de Salud Pública - PUCC (2008): Informe final –Corregido- Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible.

<sup>5</sup> MINSAL – PUCC – UAH (2011): Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo I.

Quienes desarrollan acciones y proveen servicios de salud deben incorporar en su qué hacer las nociones mínimas y básicas de salud mental. Es por eso que, en particular los equipos de salud de atención primaria deben ser capacitados para conocer y manejar nociones básicas de salud mental, ya sean de promoción, prevención, como también el manejo en situaciones de emergencias y desastres.

La migración es un fenómeno social complejo, cuyas repercusiones en salud aún no han sido lo suficientemente dimensionadas; se puede observar dificultades en el acceso a la atención de salud, considerando que un 14% de las personas migrantes no tienen ningún sistema previsional, además de las barreras existentes para acceder a los servicios de salud como las económicas, previsionales, de información, geográficas, culturales, idiomáticas y administrativas.

Uno de los determinantes sociales que afectan a la salud es la inmigración<sup>6</sup>. Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que esta población sea vulnerable y que su movimiento transfronterizo tenga gran impacto en salud pública. En Chile se han identificado una serie de desafíos que deben ser abordados intersectorialmente, siendo los más urgentes: la salud de los migrantes en situación de pobreza absoluta y multidimensional, la salud de los trabajadores migrantes informales, y la salud de embarazadas y niños migrantes. En un estudio integral sobre el tema<sup>7</sup> se acepta que la población migrante internacional tiene tasas de partos mucho más altas que la población local chilena y que las inmigrantes embarazadas inician atención prenatal en forma más tardía que la población local. Diversos estudios reflejan el efecto del migrante sano para la población total inmigrante en Chile (los inmigrantes en promedio auto-reportan menos problemas de salud que la población local chilena), que desaparece para los inmigrantes con bajo nivel socioeconómico y/o en situación irregular, quienes reportan peores resultados de salud que los demás grupos migrantes y muy similar a los resultados de la población local en Chile, pese a ser, en promedio, más jóvenes que los chilenos<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Davies, A. A., Basten, A., y Frattini, C. (2010): Migration: A social determinant of migrants' health. Eurohealth, Vol.16 N°1, pág.10-12

<sup>7</sup> Cabieses, B; Bernales, M; McIntyre, AM (2017): La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo.

<sup>8</sup> Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. BMC public health. 2012;12:1013. Epub 2012/11/23.

Para los equipos de salud se hace necesario contar con herramientas que permitan hacer un adecuado abordaje del trabajo con población migrante, ya que las barreras no son sólo lingüísticas, sino que también culturales, pues la experiencia de cuidados de salud en los países de origen es diversa, y los usuarios no saben moverse bien dentro de nuestro sistema de salud, lo que puede afectar la calidad y oportunidad de la atención y de las acciones preventivo-promocionales. Dado que la condición migratoria es un importante determinante social de la salud, es importante generar registros locales respecto a: condición migratoria (regular y “no regular”), país de origen y tiempo de llegada al país, pues esta información sirve para identificar vulnerabilidades específicas de la población migrante en el nivel local. Asimismo, es importante indagar sobre la existencia de redes de apoyo con las que cuentan las personas, tiempo de permanencia en el país y duración del trayecto migratorio. Todas estas variables agregan información importante de explorar a la hora de realizar un diagnóstico y dar recomendaciones al paciente. El diagnóstico local de población migrante debe incorporar la participación y percepción de integrantes de las organizaciones comunitarias de migrantes y de la población general para identificar las barreras de acceso a la atención, así como otras necesidades que emanan de la condición migratoria.

Sumado a lo anterior, se considera que existen elementos que han actuado de manera desfavorable para los usuarios migrantes, como identificar los factores obstaculizadores hacia el acceso a la atención.

**Las principales barreras de acceso a la atención de las personas migrantes son:**

- Condición migratoria no regulada.
- Carencia de cédula o documentos de identidad, seguro público o privado de salud.
- Situación laboral irregular: contrato, horarios laborales y cotizaciones.
- Bajo nivel de información sobre el acceso al sistema de salud y funcionamiento de la red asistencial.
- Barreras lingüísticas y culturales: siglas, lenguaje, idioma, explicaciones demasiado técnicas.
- Barreras Psicosociales del usuario: valoración de la salud, temor, percepción respecto al trato, redes de apoyo, integración e inserción.
- Barreras psicosociales del funcionario de salud: falta de información, prejuicios, discriminación.



En el año 2002, y en vistas a generar una nueva reforma en Chile que diera respuesta a todas las necesidades pendientes, se establecieron los primeros Objetivos Sanitarios Nacionales para la década 2000-2010, los cuales dieron cuenta de las prioridades que el Estado debía enfrentar para mejorar las condiciones e inequidades del sistema de salud.

En estos momentos nos encontramos en la fase final de la segunda década en la que la Estrategia de Salud se encuentra conformada en un primer nivel por cuatro grandes Objetivos Sanitarios:

- Mejorar la salud de la población.
- Disminuir las desigualdades en salud.
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

En la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 aparecen, entre otros, los objetivos de salud vinculados a las problemáticas comentadas anteriormente, y encuadradas dentro de algunos de los nueve objetivos estratégicos de la década, relacionadas con:

- Enfermedades transmisibles
- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Factores de riesgo
- Ciclo vital
- Determinantes sociales
- Ambiente, alimentos y trabajo
- Fortalecimiento del sector salud
- Acceso y calidad
- Emergencias y desastres

Resulta esencial para el modelo disponer de tecnologías de información, para identificar a la población en riesgo, organizar la atención, monitorear la respuesta al tratamiento y evaluar los resultados. El uso de sistemas de retroalimentación, recordatorios, educación del equipo de salud, contribuye a mejorar la adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

En Cataluña, los servicios de atención primaria los ofrece el CatSalut y forman parte de la Cartera común básica, que son los servicios asistenciales cubiertos de manera completa por financiación pública.

En el año 1991 se comienza a trabajar en la definición del primer Plan de Salud de Catalunya (equivalente a la Estrategia Nacional de Salud de Chile) donde se

identifican los principales problemas de salud y su abordaje, y que tuvo su vigencia del 1993 al 1995. Desde entonces, cada tres o cuatro años se evalúa su logro y se define un nuevo plan para el siguiente cuatrienio. Ya desde sus inicios se identificaron como problemas prioritarios: las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, factores de riesgo, salud mental, medio ambiente, alimentación y trabajo, entre otras.

El último plan de salud finalizado en 2015, comportó un cambio estructural del sistema en varias dimensiones:

- Mejor calidad de vida para los ciudadanos y un modelo de atención más adaptado a sus necesidades.
- Los profesionales de la salud serán los agentes principales del cambio: tendrán nuevos papeles, más coordinación y nuevas herramientas de trabajo.
- Más prevención, más resolución en la atención primaria, alternativas a la hospitalización a través de nuevas tecnologías.
- Un sistema más sostenible: un crecimiento de la demanda más lento y un uso eficiente de los recursos del sistema.

El mismo, se estructuró en tres ejes de transformación:

1. Programas de salud: más salud para todos y mejor calidad.
2. Transformar el modelo asistencial: más calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias.
3. Modernizar el modelo de organización: más sólido y sostenible.

El Plan de Salud vigente da continuidad a los 25 años de planificación sanitaria en Catalunya y tiene como fin el sistema centrado en la persona, con cuatro grandes ejes fundamentales:

1. Compromiso y participación
2. Atención de calidad
3. Buen gobierno
4. Salud en todas las políticas

Este programa de capacitación que presentamos es el resultado de una decidida voluntad de sumar esfuerzos y recursos, dirigidos a ofrecer una formación práctica de calidad de las técnicas y los conocimientos propios del trabajo diario del colectivo objeto de esta pasantía. Asimismo, facilita el trabajo de equipo a nivel territorial e interdisciplinario y ayuda a tener capacidad proactiva para la detección y solución de problemas en la gestión diaria.

La temática es el modelo de Salud Familiar con enfoque comunitario, considerando la participación de la población, el trabajo en equipo y la integración como ejes básicos.

El programa tiene como objetivo optimizar la formación del personal profesional de manera conjunta y coordinada, para conseguir que la asistencia diaria sea más eficaz, de mayor calidad y a la vez sostenible de forma tal que puedan contextualizar las experiencias adquiridas en Cataluña (España). Es decir, personal que sea capaz de diseñar, formular, implementar, controlar y evaluar un proyecto de intervención, con un enfoque de salud familiar y comunitario, que mejore la calidad de la gestión de sus instituciones y la atención a la población.

Para ello, revisaremos aspectos clave de las distintas áreas de interés para los pasantes, como los modelos sanitarios, la coordinación de la asistencia, el Plan de Salud de Cataluña, las líneas de futuro del modelo integral de salud, las últimas tendencias en organización de procesos y recursos, el uso de la información clínica e institucional, las habilidades de decisión clínica y liderazgo de los equipos humanos, la dirección estratégica, el mercado y los nuevos servicios, los modelos de calidad, y aspectos legales y normativos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

- Contribuir a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad, y que satisfagan mejor las expectativas de la población a cargo.
- Incrementar la valoración y el nivel de compromiso que los funcionarios tienen por la calidad, oportunidad y continuidad del cuidado de los usuarios y la población a cargo, en el marco del trabajo en red con los diversos niveles de su territorio.

#### **3.2 Objetivos específicos**

**Al finalizar el curso el pasante será capaz de:**

- Contribuir al fortalecimiento del Modelo de Atención integral familiar y comunitario de personas migrantes, mediante la experiencia y confrontación de Modelos de Atención en Catalunya.

- Identificar diferencias y puntos de encuentro de los sistemas de salud de Catalunya con el modelo chileno para definir áreas de mejora de coordinación de la red, la continuidad asistencial fundamentalmente de enfermos crónicos, adultos mayores y de cuidados para los usuarios/as del sector público de salud.
- Aplicar mejores competencias para la atención de los problemas de salud mental en la Atención Primaria de Salud, sean de promoción, prevención, como también el manejo en situaciones de emergencias y desastres.
- Mejorar la comunicación y la relación del equipo con los usuarios considerando las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes.
- Conocer la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el desde etapas tempranas y curso de vida.
- Analizar, con vistas a la aplicabilidad en el propio sistema de salud de Chile, experiencias catalanas innovadoras en Atención Primaria a individuos, familia y comunidad.
- Facilitar la participación comunitaria en la gestión de un establecimiento de salud, poniendo en acto las habilidades y destrezas en el trabajo comunitario adquiridas mediante su participación en terreno en experiencias comunitarias en desarrollo en Catalunya.
- Diseñar y elaborar un proyecto de intervención, en las áreas de desempeño, que apunte a mejorar la gestión de su lugar de trabajo, en concordancia con el Ministerio de Salud de Chile.

#### **4 PROGRAMA FORMATIVO**

Al principio del curso se efectuará una primera sesión teórica general de aproximación al programa de 2 horas en la Universitat Internacional de Catalunya.

Al final del mismo se realizará en el mismo lugar una segunda sesión recopilatoria de las ideas fuerza a retener del programa realizado.

La formación se desarrollará de forma teórico-práctica en dos centros de Atención Primaria y tres Hospitales del Sistema Público de Catalunya, en Barcelona.

Se abordará mediante metodología grupal para la adquisición de conocimientos y refuerzo de habilidades. La metodología contará con una estructura de

grupos por ámbito profesional (enfermeras, matronas, psicólogos, kinesiólogos, farmacéuticos, bioquímicos, nutricionistas, trabajadores sociales, podólogos y fonoaudiólogos) y también de grupos con estructura multiprofesional para reforzar las competencias de trabajo en común.

La propuesta formativa se ha elaborado de forma específica en base a las **competencias profesionales del público objetivo**: profesionales no médicos. De esta forma se evitan los contenidos que no correspondan a las funciones de otros profesionales.

De todas formas, se han definido unos módulos comunes a todos ellos que darán una visión general del perfil de cada uno de los grupos poblacionales específicos de esta pasantía.

#### **4.1 Módulos comunes**

##### **4.1.1 Modelos Asistenciales en Salud**

- a. Modelo, estructura y organización del sistema de salud catalán
- b. Modelos de sistemas sanitarios
- c. El Plan Salud
- d. Modelos de provisión de servicios de salud
- e. El nuevo modelo de compra del CatSalut (Servicio Catalán de Salud)
- f. El Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria
- g. Experiencias innovadoras en el desarrollo de modelos de atención primaria con enfoque integrado e integral

##### **4.1.2 Geriatría y Cuidado Multidisciplinario**

- a. Envejecimiento, salud y enfermedad
- b. Principales enfermedades en el adulto mayor
- c. Valoración funcional del adulto mayor
- d. La atención integral e integrada en la comunidad
- e. Los registros clínicos
- f. Contexto ético de la atención al paciente adulto mayor
- g. El paciente experto
- h. Roles de los profesionales en la atención gerontológica

##### **4.1.3 Abordaje Integral de la Salud de Personas Migrantes**

- a. Participación

- b. Promoción y prevención
- c. Diagnóstico
- d. Enfoque intersectorial
- e. Desigualdad en salud
- f. Discriminación y estigma
- g. Estrategias de salud

#### **4.1.4 Cuidado Pacientes Crónicos**

- a. Epidemiología de la cronicidad
- b. Sistema de identificación del paciente crónico
- c. Evaluación integral de las necesidades
- d. Los registros clínicos
- e. La atención domiciliaria
- f. Las rutas clínicas y la gestión del caso
- g. La autocura y el paciente experto
- h. Los tratamientos y la adherencia
- i. Las nuevas TICs y la cronicidad
- j. Roles de los profesionales en la atención a la cronicidad

#### **4.1.5 Salud Mental en APS (Atención Primaria de Salud)**

- a. Concepto holístico de la afectación de la salud mental
- b. Patrones patológicos en salud mental
- c. Promoción de la salud mental en Atención Primaria
- d. El estigma social
- e. Nivel de resolución en Atención Primaria
- f. La salud mental infantil-juvenil
- g. Roles de los profesionales en la salud mental primaria y comunitaria

#### **4.2 Módulos específicos y talleres**

Se adaptará el contenido de los módulos específicos en base al perfil profesional del grupo de pasantes.

Se trabajarán sobre todo los conceptos de:

- a. Trato, cordialidad y empatía con el paciente
- b. Humanización de la atención
- c. Información al paciente
- d. Atención de calidad

- e. La seguridad del paciente
- f. Los protocolos clínicos, las guías y las rutas, su aplicabilidad
- g. Registros clínicos. HCE
- h. Trabajo en equipo
- i. Promoción y prevención
- j. Manejo del duelo
- k. La comunicación interna y externa

## **5 METODOLOGÍA**

### **5.1 Público Objetivo**

Programa de capacitación y perfeccionamiento de profesionales no médicos que se desempeñan en atención primaria municipal de salud, que quieran conocer o profundizar en los modelos de trabajo en otros países para mejorar sus conocimientos y capacidades e implementarlos en su práctica diaria.

### **5.2 Idioma, duración y lugar**

- Idioma: Castellano
- Duración: 3 semanas<sup>9</sup>
  - Inicio curso: 2 de diciembre de 2019
  - Final curso: 20 de diciembre de 2019
- El contenido teórico, que será desarrollado en sede de la “Universitat Internacional de Catalunya” en Barcelona, está organizado en cinco módulos. Incluye el desarrollo de talleres teórico- prácticos de trabajo tanto individual como grupal.

### **5.3 Horario/Turno**

Antes de empezar el curso se les repartirá y conocerán los horarios y el contenido de todas las clases con el nombre de todos los profesores y participantes y la guía académica, con la explicación del funcionamiento.

Clases teóricas: Los lunes y miércoles en horario de mañana.

Talleres: los lunes y miércoles en horario de tarde y los viernes todo el día.

Visitas a los centros: los martes y jueves durante todo el día.

---

<sup>9</sup> Contenido académico

Los horarios estándar serán:

- de las 9:00 a las 10:30
- Coffe-break de las 10:30 a las 11:00
- de las 11:00 a las 13:00
- Almuerzo de 13:00 a 14:00
- de 14:00 a 16:00
- Coffe-break de las 16:00 a las 16:30
- de 16:30 a 18:00

#### **5.4 Enfoque pedagógico**

Los criterios pedagógicos utilizados en la presente pasantía se basan en dos cuerpos teóricos:

- a) El modelo de aprendizaje andragógico, que gira en torno a la herramienta de la Formación-Acción y el aprendizaje permanente, que representa un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de los servicios de salud puesto que:
  - Desarrollan todas las actividades docentes a través del rescate de la praxis de los participantes, posicionándolos como sujetos activos de su propio aprendizaje
  - Los docentes se transformen en facilitadores y orientadores del proceso basado en los principios de participación, colaboración y horizontalidad
  - Incorpora el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren;
  - Modifica las estrategias educativas, al partir de la reflexión sobre la práctica como fuente de conocimiento, problematizando el propio quehacer;
  - Aborda el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias;
  - Amplía los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones, en la comunidad, en clubes y asociaciones, en acciones comunitarias.
- b) La teoría cognitivista constructivista, según la cual el conocimiento se desarrolla a través de un proceso mediado socialmente, y donde es de alta significación el protagonismo del sujeto que aprende.



- Promover dispositivos de aprendizaje significativo y de construcción social del conocimiento en un entorno de aprendizaje colaborativo;
- Maximizar el aspecto práctico-aplicado, en el desarrollo de competencias para la coordinación de equipos, instituciones y redes;
- Combinar actividades teóricas y prácticas, incluidas guardias pasivas en organismos jurisdiccionales de coordinación y hospitales de alta complejidad que facilitan a los pasantes la identificación tanto de buenas prácticas y estrategias exitosas como de problemas que requieren una mejora de los procesos.

La Pasantía se desarrollará de forma presencial, con una duración total de 130 horas, a lo largo de tres semanas, con la siguiente distribución del tiempo:

- a) **70% del tiempo se dedicará a las actividades prácticas** comprendidas en las visitas y estadías a hospitales, centros de salud, centro de pacientes crónicos, residencia de ancianos, etc. En estas visitas a terreno se observarán experiencias de implementación, desarrollo y consolidación del modelo de atención integral. Asimismo, se organizarán talleres prácticos y de simulación para actividades de liderazgo de equipos, coaching, la negociación y el conflicto y las TICs, y actividades grupales no áulicas con tutoría para la elaboración de un trabajo de diagnóstico e integración que represente una propuesta de mejora de algún proceso de la institución de pertenencia del pasante identificado como posible de mejorar durante los talleres de análisis y discusión. En estos talleres grupales se desarrollarán actividades tales como: lecturas guiadas, resolución de problemas, estudios de caso y ejercicios de aplicación. Se espera que los pasantes del programa conozcan y aprendan participando directamente del modelo de gestión de un centro de salud en la aplicación del modelo de Salud Familiar y Comunitaria.
- b) **30% del tiempo será destinando a las actividades teóricas**, a desarrollarse en sede de la “Universitat Internacional d Catalunya” en Barcelona. En estas actividades, se espera que los pasantes reciban conocimientos de modelos, tecnologías y metodologías para la aplicación práctica del modelo de salud familiar a la realidad de su centro de salud. Las clases serán interactivas con expertos de Nivel Universitario, con gran experiencia académica práctica y de investigación.

Antes de empezar el curso se les repartirá y conocerán los horarios y el contenido de todas las clases con el nombre de todos los profesores y participantes y la guía académica, con la explicación del funcionamiento.

### **5.5 Instituciones y centros a visitar**

Las instituciones y centros objeto de visitas/prácticas en terreno son:

- FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET
- ATENCIÓN PRIMARIA VALLCARCA SANT GERVASI
- HOSPITAL UNIVERSITARIO TAULÍ (SABADELL GENT GRAN)
- EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA BARCELONA SARDENYA
- HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

### **5.6 Soporte documental**

Toda la documentación estará disponible en formato digital a través de una plataforma específica (Moodle) y pendrive.

La plataforma e-learning en donde estarán disponibles las presentaciones de las clases y material complementario, permitirá además la interacción entre pasantes y docentes, en especial en la etapa posterior a lo presencial y la entrega de proyecto. Ella estará disponible durante 60 días al retorno de los pasantes y tiene completa compatibilidad con todos los navegadores de uso más frecuente tales como Internet Explorer, Mozilla Firefox y Google Chrome.

### **5.7 Evaluación de las expectativas y de la satisfacción del asistente**

Mediante cuestionario, al inicio y fin de las acciones formativas, indagando acerca de:

- Expectativas
- Pertinencia y utilidad de los contenidos
- Calidad de las actividades de enseñanza
- Grado de motivación
- Grado de adquisición de las nuevas competencias
- Distribución del tiempo asignado
- Desempeño de los docentes

## **5.8 Evaluación final**

### **5.8.1 Informe**

Al finalizar el curso cada pasante deberá desarrollar un informe sobre los contenidos abordados y las observaciones realizadas durante el programa de capacitación.

### **5.8.2 Propuesta de Mejoramiento o Trabajo Final de Integración (TFI)**

Al concluir el curso, el pasante tendrá una evaluación teórica individual y posteriormente un TRABAJO FINAL en forma de perfil de proyecto, este trabajo final le permitirá integrar todos los conocimientos adquiridos y será calificado por Profesores del Curso. Los resultados darán la posibilidad al Aspirante de obtener su calificación final.

Deberá seleccionar un problema concreto en relación a la propia práctica laboral, sobre el cual deberá desarrollar una propuesta de mejora sobre la base los aportes teórico-prácticos incorporados, y siguiendo los pasos de una guía elaborada por la UIC a tal efecto.

Los temas abordados deberán estar relacionados con el quehacer diario en la asistencia, tocando aspectos de: epidemiología, morbilidad, prioridad de los pacientes, manejo de pacientes complejos y polimedicados, prevención de enfermedades no transmisibles. Fragilidad y sistemas de intervención que mejoren la calidad de vida en edades avanzadas. Organización de las consultas, organización interna de los centros de salud, integración con los otros niveles asistenciales. Gestión de la Calidad, gestión de recursos, sistemas de información de ayuda a la toma de decisiones.

Cada pasante deberá presentar una Propuesta de Mejoramiento. En caso de no poder entregarla antes de finalizar la pasantía, se podrá enviar dentro de los 20 días corridos una vez finalizada la misma, a través de la plataforma de e-learning.

#### **Se evaluarán las siguientes competencias adquiridas:**

- Visión ordenada, práctica y global del modelo de atención.
- Habilidades y conocimiento para la práctica diaria.
- Identificación de oportunidades de intervención en la comunidad.
- Elaboración planes de mejora y planificación de su implantación.
- Gestión eficaz de los equipos de trabajo y recursos de la organización.

### 5.8.3 Requisitos de aprobación de los cursos y pasantías.

#### Requisitos de Aprobación

Para aprobar el Curso de Capacitación y Perfeccionamiento, el estudiante debe cumplir íntegramente con:

- I. Nota final superior o igual a 5,0 (cinco), según escala vigente en Chile.
- II. Asistencia obligatoria (100%) a todas las actividades presenciales.
- III. Presentar Propuesta de Intervención para el mejoramiento de la gestión.

#### Metodología de Evaluación del Programa de lo Cursos

El trabajo realizado se evaluará a través de actividades individuales y grupales que están orientadas a la generación de conocimientos, actitudes y habilidades que demuestren el logro de los objetivos de estas Iniciativas. La nota final a los participantes se construirá sobre la base de la evaluación de las siguientes actividades:

Actividades evaluadas	Porcentaje de la nota final
Informes de las visitas de terreno.	15% (Promedio de todo lo realizado)
Informes de trabajos grupales.	10% (Promedio de todos los realizados)
Presentaciones grupales.	10% (Promedio de todos los realizados)
Evaluaciones individuales	30% (Promedio de todas las realizadas)
Entrega Propuesta de Mejoramiento	35% (máx. 20 días corridos, finalizada la pasantía).
Total	100%

La entrega de las calificaciones parciales, excepto del trabajo final se entregará durante el periodo de la estadía de los participantes, quienes podrán acceder a ellas en forma personal a través de su R.U.T. en el campus virtual que destine el Centro Formador.

#### 5.8.4 Requisitos para la acreditación y certificación

- La asistencia debe ser del 100% y se justificarán solo inasistencias respaldadas con Certificados Médicos.
- Nota final superior o igual a 5,0 (cinco), según escala vigente en Chile.
- Presentar Propuesta de Intervención para el mejoramiento de la gestión.

Los aspectos que se evaluarán se expresarán a través de dos vías: Aspectos Cualitativos y Cuantitativos, como se describen en el siguiente cuadro:

Cuantitativo	Cualitativo
7	Excelente
6	Muy bien
5	Aprobado
Menos de 5	Reprobado <sup>10</sup>

#### En los Certificados de Participación se incluirán los siguientes elementos:

- Nombres y apellidos completos de los estudiantes
- Nivel profesional y especialización
- Duración de la Pasantía
- Porcentaje de asistencia del pasante

Según la Resolución Exenta N° 136 del Ministerio de Salud aprobada por la Contraloría General de la República para los Diplomados y Pasantías de los Servicios de Salud a llevarse en el Extranjero en los Requisitos de Aprobación señala Taxativamente los siguientes:

- Nota Mínima 5 (Cinco)
- Asistencia 100%

#### Los Certificados de Calificaciones deben contener los siguientes datos:

- Nombres y Apellidos completos de los Pasantes
- Fecha de Inicio y Término de la Pasantía

---

<sup>10</sup> sólo certifica participación

- Número de Horas Pedagógicas realizadas efectivamente
- Nota Final según Escala de Calificaciones del uno al siete, señalando la nota mínima de Aprobación
- Firma del Director y Timbre del Centro Formador.

El certificado que acredite la aprobación de la PASANTIA DE PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD de 130 horas de duración será extendido por la “Universitat Internacional de Catalunya” de Barcelona.

## 6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La estructura resumida del plan de estudios se resume:

	Formato de la enseñanza		
	TEORICA	PRACTICA	TOTAL
1ª semana - Geriatría y cuidado multidisciplinario en Atención Primaria	13	31	44
2ª semana - Abordaje integral de la salud en las personas migrantes	13	30	43
3ª semana - Cuidado de los pacientes crónicos Salud mental en Atención Primaria	13	30	43
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>91</b>	<b>130</b>

El detalle del cronograma se adjunta como anexo a este documento.

## 7 COMITÉS

### Comité académico

**Boi Ruiz**, Médico. Doctor por la Universidad de Barcelona. Diplomado en Gestión Hospitalaria por EADA. Director de la Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas Sanitarias y del Instituto Universitario de Pacientes de Universitat Internacional de Catalunya. Consultor Internacional. Vicepresidente de la Fundación Humans y de la Fundación Grupo de Ayuda a la Esclerosis Múltiple. Patrono de la Fundación San Camilo. Miembro del Consejo de Administración de Ribera Salud y de la Junta Directiva de la Sociedad de Estudios Económicos. Ha sido medico asistencial, gestor sanitario y Presidente de la Unión Catalana de Hospitales. Fue Consejero de Salud de la Generalitat de Catalunya del 12 /2010 al 1/2016.

**Xavier Singla**, Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona y Diplomado en Gestión Sanitaria en ESADE, Barcelona. Experto en control de gestión y sistemas de información de salud. Ocupando cargos de responsabilidad como gerente, director de calidad y control de gestión o gerente general, tanto en España como en Argentina. Actualmente consultor en gestión de sistemas y redes de salud.

### **Comité docente**

**Isabel Amo Mora**, Graduada en Psicología, UOC. Máster Universitario en Gestión Sanitaria, UIC. Postgrado en Patient Advocacy, UIC. Marketing farmacéutico, EADA. CAC, Coach Asociado certificado, QuantumBCN. Responsable Proyectos, Instituto Universitario de Pacientes UIC. Ha sido Patient Advocacy Manager y Gerente Marketing Institucional en Almirall.

**Ester Limón**, Doctora en medicina por la Universitat de Barcelona. Especialista en Medicina familiar y comunitaria. Máster en gestión de AP (Les Heures- Universitat de Barcelona -CAMFiC). Médico de familia en el equipo de Atención Primaria Ronda Prim, Mataró-7, ICS (2010-actualidad). Directora de Equipo: Sant Miquel- Granollers 4 Sud- (2004-2009) y Ronda Prim (2010- 2013). Tutora del programa MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Metropolitana Nord (2006-actualidad). Docente en el Máster Universitario en Atención y Cuidados Paliativos. Universitat de Barcelona-Universitat de Vic (2012-actualidad). Miembro del grupo ATDOM de la CAMFiC y del de Cuidados Paliativos de semFYC

**Iolanda Marchueta Hereu**, Licenciada, Máster y Doctora en Química por la Universidad de Barcelona. PMD Executive Education ESADE Business School. 20 años de experiencia internacional en el sector farmacéutico. Actualmente Project Leader y Customer Account Manager en AstraZeneca. Coordinadora y Profesora en Strategic Project Management. Experta en gestión de equipos virtuales, visual management y desarrollo de Equipos de Alto Rendimiento (EAR). Responsable de más de un centenar de lanzamientos de productos farmacéuticos a nivel mundial.

**Josep Ramos Montes**, Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona (1976). Especialista en Psiquiatría

(1980), Diplomado en Gestión Sanitaria por EADA (1990) y Máster en Bioética por la Universidad Raimon Llull (1996). Realizó actividad clínica durante más de 15 años, pasando luego a ejercer tareas de dirección asistencial y de planificación en Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental (Barcelona). Asesor de la Generalitat de Catalunya para la reforma de la atención de la salud mental desde 2006 a 2015. Ha publicado en diversas revistas y libros sobre gestión de las organizaciones y ética aplicada. Jubilado desde 2015, ejerce tareas docentes y es miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya y del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya.

**Mireia Rosell**, Colaboración como profesional en la docencia de la asignatura de Estructura de Servicios Sociales del Grado de Trabajo Social de la Universitat de Barcelona, Facultat d'Educació, con la conferencia sobre los Servicios Sociales Básicos, en el curso 2017/18 y el curso 2018/19. Tutora y responsable de prácticas de alumnos de la Universitat de Treball Social de Barcelona y de la Universitat Ramon Llull. Cursos 2003/04, 2004/05, 2007/08, 2008/09, 2012/13. Ponente en el XIV Congrés de la Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia, a La Seu d'Urgell el 6 d'Octubre de 2006. Comunicadora en el IX Congrés Nacional de Treball Social i Salut, "Características de los Cuidadores Principales, de los enfermos atendidos en la CSPT", en Granada el 2 de junio de 2006.

**Jaume Sellares**, Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona Director del EAP Sardenya de Barcelona. Presidente de la Unidad Docente ACEBA (Asociación de Entidades de Base Asociativa) Tesorero del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB). Desde el año 2013, es Membre del Advisory Board de Medicina. Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Profesor del Máster Universitario en Gestión Sanitaria de la UIC Barcelona.

**Enrique Sentís Hortet**, Médico psiquiatra y psicoterapeuta (individual y de parejas). Ha sido Coordinador de varios Centros de Salud Mental entre 1985 y 2017 en Barcelona (Gracia), Badalona, Cornellà y El Prat del Llobregat. También Coordinador Asistencial de la Psicoclínica de Nuestra Señora de la Merced de Barcelona entre 2001 y 2004. Fundador y Coordinador del Curso de Gestión Clínica en Salud Mental desde 2004 y que actualmente se imparte en la UIC. Ha sido Presidente de la Sección de Psiquiatria del Colegio de Médicos de Barcelona entre el 2000 y 2005. Imparte formación en la actualidad en el Máster de Terapia



Familiar en el Parc Sanitari de Sant Joan de Deu. Coordinador del Área de Psiquiatría y Psicología de Ad Salutem Insitute Sleep Medicine de Barcelona desde 2017 hasta la actualidad. Ejerce como Psiquiatra y Psicoterapeuta en consulta privada en Barcelona.

**Santiago Gerardo Spadafora**, Médico Sanitarista. Magíster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud. Médico especialista en Administración Hospitalaria. Médico especialista en Nefrología. Médico especialista en Terapia Intensiva. Médico especialista en Anestesiología. En la actualidad: Director de la carrera de postgrado “Especialización en Administración Hospitalaria”, de la Universidad ISALUD. Director del centro de estudios en “Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud (TICSA) de la Universidad ISALUD. Director del proyecto internacional LASALUS, con financiamiento del programa Erasmus+ de la Comunidad Europea. Director del proyecto internacional CONSENSUS, con financiamiento del programa Erasmus+ de la Comunidad Europea. Evaluador de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria del Ministerio de Educación de la Argentina. Subdirector del Grupo de Trabajo de Salud, del eLAC 2018-2020; CEPAL. En base a la mejor adaptación a los perfiles de los pasantes, se podrán agregar profesionales de cada uno de los centros a visitar y profesorado de la UIC.

**Marta Peña**, Directora de Calidad de la Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla de Tarragona. Licenciada en antropología, enfermera y Project Manager.

## 8 BIBLIOGRAFIA

Estrategia Nacional de Salud de Chile 2011-2020

Pla Director d'Immigració. Generalitat de Catalunya. 2006

El CatSalut. [https://catsalut.gencat.cat/ca/inici/index.html#googtrans\(ca|es\)](https://catsalut.gencat.cat/ca/inici/index.html#googtrans(ca|es))

Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, octubre 2009

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2018

MANUAL DEL RESIDENTE EN GERIATRÍA. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2011

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2012

Criterios de planificación sobre hospitalización y alternativas asistenciales en la atención a la cronicidad, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, febrero 2014

Reordenación de la red de salud mental. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, agosto 2012

Redefinición del rol del hospital de agudos y la atención especializada en la atención a la cronicidad. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, agosto 2012

El Programa de prevención y atención a la cronicidad de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, revisión 2018