



Diseño de Servicio para
Atención Primaria de Salud

Gracias, a mis padres que con su amor y retos me enseñaron a perseverar para cumplir todo lo que me proponga y aún hoy me sostienen cuando mi voluntad flaquea.

Gracias, a mi familia, a mis amigos y compañeros que me han apoyado y alegrado cada día.

Gracias, a mis profesores que inspiraron en mí la pasión de aprender y experimentar, quienes han sido una guía para avanzar en los momentos en que no veía frutos en mi trabajo.

Gracias, a las personas que me abrieron las puertas dándome la oportunidad de conocer e investigar su labor, en especial aquellos funcionarios que valoraron mi trabajo y me contagiaron con su vocación de servicio.

Gracias, a quienes inspiraron este trabajo, que hoy ha de terminar una etapa pero espero con todas mis fuerzas que pueda continuar y concretar.

Gracias a todos, por darme la oportunidad de soñar sin límites.

Índice

6	Prólogo
La Salud	
10	01 Concepto Holístico del Hombre en Salud
10	Los Paradigmas del Proceso Salud-Enfermedad
14	02 La Salud en Chile
15	La Salud Pública
19	Ministerio de Salud e Instituciones Dependientes
Atención Primaria de Salud	
26	03 Salud Familiar: Un Modelo de Atención Primaria para Chile
30	Cuidados a lo Largo de la Vida
32	Modelo de Atención Integral con Enfoque Biopsicosocial
34	04 Administración de la APS
35	Instituciones y Organizaciones de la APS
38	Financiamiento de APS
42	05 Garantías Explícitas de Salud GES
La Experiencia de las Personas	
48	06 Casos de Estudio
50	Investigación con Funcionarios de un CESFAM
61	Investigación con Usuarios
65	Partituras de Interacción
74	07 Modelo de Experiencia del Usuario
80	Calidad Percibida y Satisfacción Usuaría
Propuesta de Diseño: EGLES	
84	08 Articulando la Red de Servicio
86	09 EGLES Aplicación de Gestión APS Nacional
88	Partituras de Interacción Propuesta
96	EGLES: Módulos de Trabajo
110	Mapa de Clases
114	Casos de Uso: Personas y Escenarios
120	Bibliografía
122	Colofón

Diseño de Servicio para la Salud Familiar

El diseño gráfico se ocupa de la construcción de argumentos visuales. Para construir estos argumentos es necesario interpretar. Esto se hace estableciendo leyes de correspondencia entre aquello que debe decir —el contenido del encargo— y el modo de su aparición visual-espacial. Este modo de aparecer es la invención del diseño, que se juega en su visualidad discursiva.

El proyecto que desarrolla Andrea Cifuentes, que si bien se inscribe dentro del oficio del diseño gráfico, va mucho más allá de la visualidad. El problema unidireccional de la gráfica se convierte en un diálogo de personas al interior de un servicio. Ya no hay contenido que interpretar sino acciones a las cuales se le debe dar cabida. La belleza no es plástica sino performativa, se da en la hospitalidad del servicio y en la justeza del acto.

La materia del presente estudio es la experiencia de las personas en el sistema de salud pública en Chile, específicamente en la atención primaria; enfocándose no sólo en los pacientes sino en las enfermeras, médicos y personal administrativo. Se trata de la experiencia de las personas dentro de un servicio específico, los CESFAM o centros de salud familiar que representan el modelo del cambio de paradigma dentro de la red de salud del país.

Este estudio avanza sobre el proyecto SNS de Dámaris Sepúlveda (2010), servicio Web que unifica la gestión de atención y comunicaciones de la salud pública en torno a la ficha digital del paciente, definiendo la arquitectura de información y la interfaz pública de la plataforma. Andrea se enfoca en el diálogo entre el prestador del servicio y el paciente, rediseñando los procesos e interacciones para

operar dentro de esta gran red.

La proposición que presenta Andrea es la plataforma EGLES, que digitaliza la prestación del servicio en los CESFAM, también centrándose en la ficha del paciente pero conectando también otros servicios y procesos internos como exámenes y farmacia. La documentación de la presente carpeta ilustra el viaje del diseño desde la generalidad de los modelos de experiencia hasta la especificidad de la interfaz desarrollada en código HTML y LESS.

Este proyecto, independiente de su realidad de implementación (que siempre depende de factores políticos), es importante porque se plantea preguntas y ofrece respuestas concretas y validadas con la comunidad de uso; y define con gran perspicacia aquello que con relativamente poco esfuerzo podría tener un gran impacto en la calidad del servicio. También considero muy relevante la propuesta de Andrea porque viene a cuestionar el rol del diseño, planteándolo como designio, pues es capaz de tener una visión que permite reinventar el presente, trayendo un relato articulador de personas, sus valores y su cultura.

Herbert Spencer Gonzáles

Diseñador de Interacción



La Salud

01

Concepto Holístico del Hombre en Salud

En salud se considera al hombre como una unidad biofisiológica y energética, psicológica, psicosocial y espiritual, que interacciona consigo mismo y también con un medio ambiente siempre cambiante. La salud es un estado dinámico en que el individuo se adapta a los cambios del medio interno y externo para mantener un estado de bienestar. Cuando la interacción del hombre con su medio ambiente se encuentra en desequilibrio se genera una necesidad. Este estado de carencia, tensión o molestia que desea superar es una inquietud sentida que lleva implícito un tono afectivo desagradable, y que al ser satisfecha produce bienestar.

Conceptualización de las necesidades según Virginia Henderson

Virginia Henderson (1897 - 1996) se graduó como enfermera en la escuela del ejército en 1921, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente, que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte. En nuestros días es reconocida por la propuesta de un modelo de atención que se centra en la función propia de la enfermera, entendida como una manera de que el profesional comprenda las necesidades del ser humano y pueda ayudarlo a solucionarlas y a llevar su vida de forma tan normal y productiva como sea posible, aun durante la enfermedad.

Definición de los conceptos meta-paradigmáticos del modelo

Continuando con el concepto holístico del hombre, V. Henderson define los siguientes elementos que constituyen

la base de su modelo y la lógica que elige para describir y definir las necesidades del hombre en nuestro contexto socio-cultural actual.

- **Persona:** Ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por tanto la persona se dice que es un ser integral.
- **Salud:** Independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.
- **Entorno:** Factores externos, que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es de naturaleza dinámica.
- **Cuidado:** Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- **Necesidad:** Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento. Para Henderson la necesidad es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las catorce necesidades.
- **Independencia:** Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona. No hay que confundirlo con autonomía (capacidad física e intelectual que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo).
- **Dependencia:** Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficiente o inadecuadamente, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

Las 14 necesidades fundamentales

Según este modelo, es necesario identificar el nivel de

dependencia o independencia de cada una de estas necesidades, para generar un diagnóstico y las acciones que debe tomar, en específico, la enfermera.

- Respirar normalmente: captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- Comer y beber de forma adecuada: ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- Eliminar por todas las vías: deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- Moverse y mantener una postura adecuada: estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
- Dormir y descansar: la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo.
- Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- Mantener la temperatura corporal: la oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 38°C.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: los hábitos higiénicos de la persona.
- Evitar los peligros del entorno: protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- Comunicarse con los demás: proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
- Actuar de acuerdo con la propia fe: expresión de sus creencias y valores.

- Llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización: las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.
- Actuar en actividades recreativas: divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- Aprender: adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

Los paradigmas sobre el proceso salud-enfermedad

La salud como ausencia de enfermedad

Arriba se presentan dos últimos dos paradigmas de salud que han estado presentes, entre los cuales se encuentra el actual sistema de salud, ya que aún estamos en la etapa de transición del Modelo biomédico al biopsicosocial.

Durante el siglo XIX y la mayor parte del siglo XX, la concepción sobre el proceso de salud-enfermedad estuvo dominada por el enfoque biomédico, o bien por la perspectiva socio-sanitaria de la medicina social, las cuales concebían la salud como ausencia de enfermedad y propiciaban el desarrollo de acciones en los sistemas de salud pública, investigación y seguridad social, hacia el diagnóstico, la detección y el control de factores de riesgo y la especialización de los servicios de atención. Según Terris (1996), en esta perspectiva se trata de explicar el funcionamiento del cuerpo para prevenir y curar las

Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Evitar enfermedad y muerte.	Promover la salud y mejorar la calidad de vida.
Prevenir enfermedad.	Prevenir factores de riesgo y promover estilos de vida saludables.
Actúa sobre causas.	Actúa sobre factores de riesgo.
Profesionales y técnicos del sector salud son los únicos competentes.	Intersectorialidad y participación social en la base del modelo.
Multidisciplina. Trabajo de equipo deseable.	Inter o transdisciplina. Trabajo de equipo ineludible.
Relación paciente-equipo es adjetiva.	Relación sustantiva de la satisfacción del usuario es fundamento del modelo.

alteraciones de organismo que generan enfermedad. Por tanto, este enfoque busca, en primer lugar, producir y aplicar conocimientos técnico-científicos que permitan identificar los factores de riesgo y los factores protectores y, en segundo lugar, desarrollar estrategias de educación y acción, definidas por la disciplinas biomédicas, orientadas a la información sobre los riesgos de algunas conductas que pueden llevar a la aparición de la enfermedad y a la regulación de estos comportamientos por medio de la normativa. Este paradigma médico-salubrista, acompañado de un enfoque legal, ha generado un modelo de educación para la salud orientado a informar y prohibir conductas generadoras de riesgo para la salud, dejando de lado el acervo de saber social implícito en los contextos de la vida cotidiana de los grupos sociales y priorizando un tipo de racionalidad que parte de una concepción del cuerpo fragmentada y escindida, fruto de la visión dualista-instrumental instaurada por la modernidad. También deja de lado los determinantes

asociados al orden social, cultural, económico y político que configuran una manera de vivir el cuerpo y asumir la relación salud enfermedad. Este modelo de educación para la salud se construye a partir de un discurso hegemónico de la prevención de la enfermedad que posee el equipo de expertos técnico-científicos, que excluye la participación de los actores sociales en los programas y concreta sus acciones pedagógicas en campañas de información y atención puntuales, que incluyen charlas, boletines, prescripción de conductas, etc. El acento en la prevención de la enfermedad a través de la prestación de servicios sanitarios permite reconocer el alcance de este paradigma en el control y desaparición de muchos agentes productores de patologías infecto contagiosas, pero sus dificultades para dar respuesta al continuo incremento de las enfermedades crónicas, que vinculadas a los cambios macrodemográficos mundiales como el envejecimiento de la sociedad, la creciente inequidad social y la pobreza, entre otros hechos, muestran

los límites del mismo, favoreciendo el surgimiento de un nuevo paradigma orientado al bienestar y promulgado en la conocida Declaración de Alma Ata de 1977 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se crearon las bases políticas y conceptuales para reorientar la acción.

La salud como bienestar integral en el ciclo vital humano

En el año de 1986, a partir de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá), se amplió el marco de referencia de la salud, al asociarla con el bienestar, como garantía necesaria para avanzar hacia el desarrollo humano y de los pueblos, considerando las diferentes formas de lograrlo, según los contextos socioculturales, políticos y económicos. Durante los últimos 20 años ha venido enriqueciéndose este paradigma que, según Franco (1995), concibe la salud de forma holística, en la cual tiene lugar el proceso vital humano y el desarrollo de todas sus dimensiones de forma integral e integradora, incluyendo la satisfacción de sus necesidades básicas y otras aspiraciones humanas de forma digna y plena. El nuevo horizonte de sentido para la salud también ha sido nutrido por las resignificaciones que se han dado en torno a la calidad de vida, que lo consideran como un constructo complejo y multifactorial donde se pueden tener algunas formas de medición objetivas, pero donde tiene mayor importancia la vivencia que tienen las personas que las posibilidades que poseen para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas (Castro, 2001). La relación entre bienestar, calidad de vida y salud permite hablar de un potencial de salud. En esta perspectiva Weinstein (1978) hace un importante aporte al concebir la salud como “el conjunto de capacidades de un

individuo o de un colectivo que permiten la expresión de la salud”. Para este autor, la salud comprende las capacidades vitales de goce, de comunicación, de creatividad, de crítica y autocrítica, de autonomía y de solidaridad. Estas capacidades no están nunca aisladas, se implican recíprocamente, se entretajan y se afectan mutuamente, pero es precisamente la salud la que resulta ser el hilo conductor de resonancia e integración entre cada una de ellas.

02

La Salud en Chile



El Sistema de Salud chileno es mixto: es decir, tiene un sector público y otro privado. Cada persona puede elegir libremente si entrega sus cotizaciones y recibe prestaciones de un sector u otro. Ambos entregan atenciones de salud y administran su financiamiento. El sector público, además, cumple la labor de supervisión de estas actividades. En términos generales, el Sistema de Salud contempla tres funciones básicas:

1. Función normativa, de regulación, supervisión y control

Se refiere a la labor de elaborar políticas, orientaciones, para establecer normas técnicas a las acciones de salud. Esta función radica en el sector público. Esta función se organiza de la siguiente manera:

- El Ministerio de Salud que define, controla y evalúa las políticas, planes, normas y programas de salud.
- La Subsecretaría de Salud (Gabinete), la Secretaría Regional Ministerial y la Superintendencia de ISAPRE asesoran en la regulación, control y supervisión del sistema completo.

2. Administración del financiamiento

Tanto en el Sector Público como Privado existen instituciones que tienen entre sus funciones la administración del financiamiento. En el Sector Público FONASA, es quien administra el financiamiento, identifica los beneficiarios y gestiona los beneficios. En el sector privado son las ISAPRE quienes administran el financiamiento y entregan atención médica en forma directa, a través de establecimientos y profesionales particulares.

3. Otorgamiento de las prestaciones de salud

El otorgamiento de las prestaciones de salud (o la entrega directa de los servicios de salud al público), se efectúa en

distintas instancias dependiendo del sector al que tengan acceso las personas. En el sector público son efectuadas a través de:

- Hospitales: dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Postas, consultorios y estaciones de enfermería: dependientes de los Municipios, son supervisados por los Servicios de Salud.
- En el sector privado se efectúan a través de:
- Clínicas, centros médicos y otros.

La Salud Pública

Las funciones esenciales de la salud pública son el conjunto de roles que la sociedad espera del Estado en tanto garante del derecho fundamental a la salud, y se ejercen a través de las diferentes instituciones y niveles que actúan en los ámbitos de promoción y protección de la salud, así como en la prevención y recuperación.

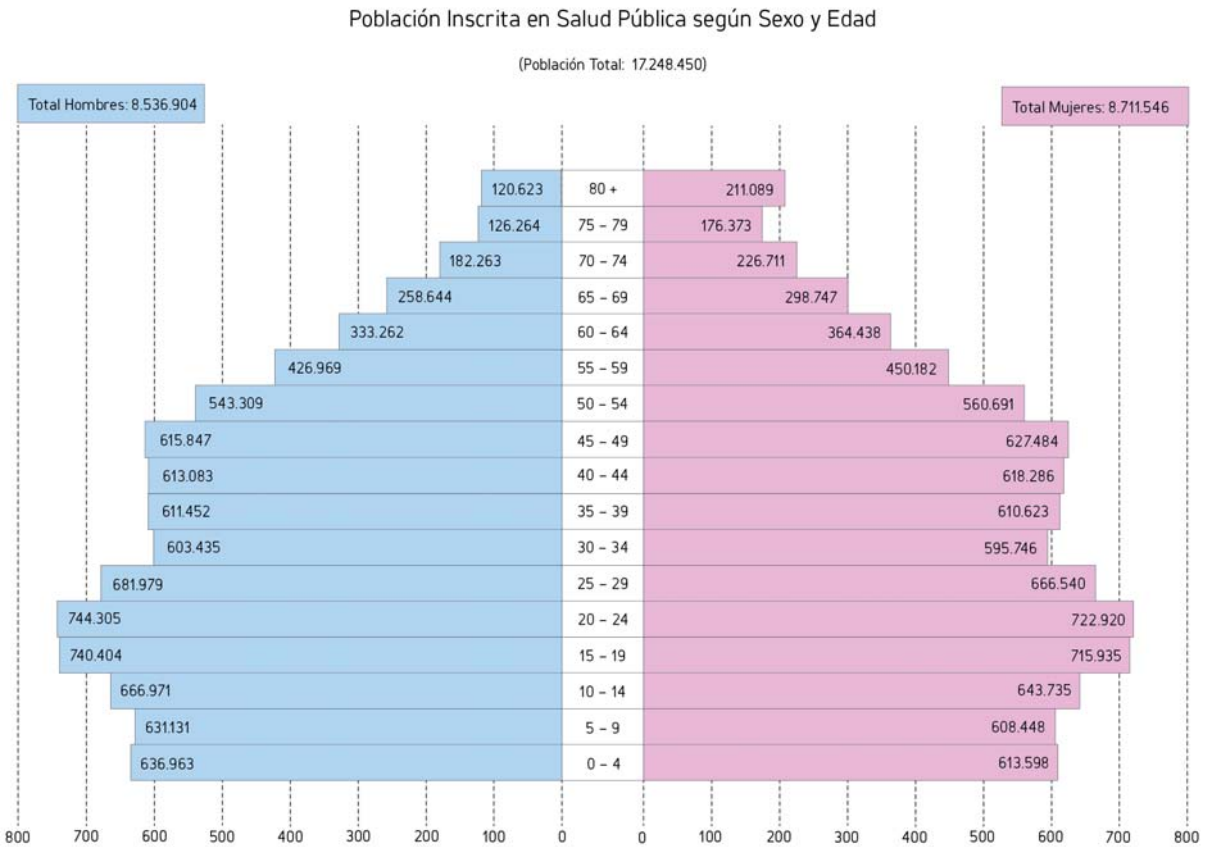
- Monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población.
- Vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
- Promoción de la salud.
- Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
- Evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

LA SALUD EN CHILE



- Capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
 - Seguridad de la calidad en los servicios de salud
- Investigación en la salud pública.
- Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.
- Para cumplir a cabalidad estas funciones, tanto de las redes asistenciales como la autoridad sanitaria debe desarrollar

procesos sistemáticos, planificados, integrales y participativos de gestión de los servicios de acuerdo a su ámbito y nivel de competencia.



EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE



© ⓘ Ⓢ Ⓒ @shizada

Ministerio de Salud e Instituciones Dependientes

La Salud Pública depende de la entidad Gubernamental del Ministerio de Salud, que esta compuesto de la cual dependen por las siguientes instituciones:

- FONASA, Fondo Nacional de Salud
- ISP, Instituto de Salud Pública
- Superintendencia de Salud
- SSNS, Sistema Nacional de Servicios de Salud
- CENABAST, Central Nacional de Abastecimiento
- SEREMIS de Salud

FONASA, Fondo Nacional de Salud

Es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Tiene como función asegurar a sus beneficiarios el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud. Sus beneficiarios se caracterizan por tener una mayor proporción de mujeres, especialmente en el segmento de edad fértil; y de adultos mayores. Se financia por medio de las personas que cotizan, como a aquellas que, por carecer de recursos propios (personas en calidad de indigentes), financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.

Ofrece cobertura financiera para mas de 2000 tipos de prestaciones agrupadas:

- Atención ambulatoria: consulta médica, exámenes de laboratorio e imagenología.
- Atención cerrada: hospitalización, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- Programas especiales: cardiocirugía, neurocirugía, transplantes renales y hepáticos, medicina nuclear, atención oncológica, hemodiálisis y programa del adulto mayor.

ISP, Instituto Nacional de Salud Pública

Es un servicio descentralizado dependiente de la Secretaría de Salud Pública. Sus principales funciones son:

- Ser el organismo oficial del Estado para la elaboración de productos biológicos, según programas aprobados por el Minsal.
- Servir de laboratorio nacional de referencia en microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional.
- Ejercer las actividades relativas al control de calidad de medicamentos de uso médico productos sujetos a control sanitario.

Superintendencia de Salud

Depende directamente del MINSAL y tiene funciones que cumple mediante Intendencias de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y de Prestadores de Salud. Entre sus funciones primordiales se encuentran:

- Supervigilar y controlar a las Isapres, mediante lo que establezca el régimen de Garantías de Salud y contratos de salud; y a FONASA, mediante el cumplimiento de los derechos de los beneficiarios en las modalidades de atención institucional de libre elección.
- Fiscalizar a todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados en su acreditación y certificación.

CENABAST, Central Nacional de Abastecimiento

La Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), creada en 1930, es el servicio público de Chile encargado de las adquisiciones y distribución de los fármacos, insumos médicos y bienes del sistema de salud público.

SSNS, Sistema Nacional de Servicios de Salud

El Sistema esta conformado por los organismos públicos y estatales, que son el sub-sistema público de salud. Esta a cargo de las Redes Asistenciales que distribuyen la atención en establecimientos de Salud se dividen en tres niveles según la complejidad de la atención brindada:

- Atención Primaria: Es la atención mas básica y preventiva que ofrece el servicio Público, pertenecen a este nivel los centros de salud familiar, consultorios, centros comunitarios de salud familiar o miniconsultorios y postas rurales y Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
- Atención Secundaria: Pertenecen a este nivel los establecimientos que brindan atención ambulatoria como los centros de referencia de salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y otros centros de especialidades.
- Atención Terciaria: Está constituida por los establecimientos hospitalarios de alta complejidad y urgencias.

Red Asistencial del Sector Público en Salud

La Red Asistencial del Sector Público de Salud cuenta con un sector Municipalizado y otro dependiente de los Servicios de Salud. De estos sectores dependen establecimientos asistenciales de nivel primario, secundario y terciario. Los

establecimientos del nivel primario son: los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, las Postas de Salud Rural y las Estaciones Médico Rurales. También funcionan como establecimientos de primer nivel los Consultorios Generales adosados a Hospitales tipo 3 y tipo 4 que realizan actividades de promoción y prevención u otras correspondientes a la estrategia de atención primaria. Si bien estos establecimientos son supervisados técnicamente por los Servicios de Salud, dependen de los respectivos municipios. Los establecimientos del nivel secundario y terciario son aquellos hospitales e institutos que ofrecen atención de especialidades y hospitalización, diferenciándose entre sí por el grado de complejidad de los servicios que prestan. Estos dependen directamente de los Servicios de Salud. En el nivel secundario deben incluirse los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). Son centros de referencia para la atención especializada, policlínicos de especialidad situados fuera de los hospitales.

Servicios de Salud y Establecimientos Dependientes

Para atender las necesidades de salud de la población, existen los Servicios de Salud. Fueron creados en agosto de 1979 y su función es fomentar, proteger y recuperar la salud, así como procurar la rehabilitación de las personas enfermas. Aunque todos los Centros de Salud del Sector Público contribuyen a esta misión (postas, consultorios, hospitales e institutos), los Servicios de Salud tienen a su cargo directo, sólo a los establecimientos de nivel secundario y terciarios; con excepciones (SS. Metropolitano Central y SS. IX Región).

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE



Sector Municipal de Salud, Contexto Histórico

Hasta 1981, el total de establecimientos asistenciales de nivel primario dependía técnica y administrativamente de los Servicios de Salud, los que a su vez se relacionaban con el Ministerio de Salud y eran los responsables de la prestación de servicios a la población. En dicho año, el gobierno de la época inició un proceso de traspaso de la gestión administrativa de estos establecimientos a los municipios. Las autoridades fundamentaron la medida diciendo que se pretendía acercar la toma de decisiones al nivel local, adecuar los programas de salud a las necesidades reales de la población, flexibilizar la gestión del recurso humano, fomentar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud, movilizar recursos financieros hacia el sector salud proveniente de los municipios y estimular el trabajo intersectorial. Además de estos objetivos explícitos, se pensaba que la descentralización podría favorecer el desarrollo del sector privado en salud. Este proceso de traspaso se interrumpió en 1985, cuando sólo un mínimo de establecimientos habría sido entregado a la administración municipal. Al parecer, esto obedeció a fuertes presiones de distintos sectores y a dudas que existían al interior del mismo Gobierno. Sin embargo, la iniciativa se retoma en 1987, de tal manera que, al año siguiente, la mayor parte de los establecimientos habían sido traspasados a la administración municipal. Desde un principio, se excluyeron de este proceso los hospitales con sus consultorios adosados así como los Consultorios de Especialidades. Por otra parte, en 1992 se revirtió el proceso de traspaso efectuado en la XI Región, debido a que sus particulares condiciones geográficas y de distribución poblaciones hicieron fracasar el proceso de municipalización. De esta forma, las autoridades

del Gobierno Central acogieron la propuesta elaborada por el nivel regional y el total de establecimientos está siendo administrado hoy por el Servicio de Salud respectivo. Cabe mencionar que el Servicio de Salud Metropolitano Central fue entregado inicialmente a una corporación de derecho privado, la cual administró el conjunto de establecimientos de nivel primario dependientes del Servicio, así como el Hospital Paula Jaraquemada (hoy, Hospital San Borja Arriarán). El fracaso de esta experiencia de privatización hizo que posteriormente el Servicio de Salud retomara la administración de los establecimientos, los que aun permanecen en esta condición.

Hospitales e Institutos

De los Servicios de Salud dependen en forma integral los Hospitales e Institutos. Estos son los establecimientos destinados a realizar actividades de recuperación, fomento, protección de la salud y rehabilitación en aquellos casos más complejos desde el punto de vista médico, que requieren un tratamiento más largo y eventualmente una internación por varios días. Se atiende a pacientes que son referidos desde otros establecimientos y a las personas que son internadas de emergencia. Su área geográfica de atención es fijada por la Dirección del Servicio de Salud, del cual dependen. Los Institutos son una clase especial de establecimientos hospitalarios, determinados por el Ministerio de Salud, destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, de alta complejidad técnica (ej. Enfermedades respiratorias y cirugía torácica, neurología). Los hospitales e institutos se clasifican en cuatro tipos (1,2,3 y 4), de acuerdo a los siguientes criterios:

- Grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo de las

especialidades.

- Grado de Desarrollo de organización administrativa.
- Ámbito geográfico de acción, acorde con el sistema de complementación asistencial.
- Número de prestaciones: consultas, egresos y otros.

La clasificación de los establecimientos es resuelta por el Ministerio de Salud y puede ser modificada a petición del Director del Servicio de Salud respectivo. Los Hospitales e Institutos están a cargo de un Director que desarrolla labor junto a una serie de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo, entre las cuales están el Servicio de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología, las Unidades de Emergencias, Anestesia, Cuidados Intensivos, Kinesioterapia, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y el Servicio Dental, entre otros.

Consultorios Generales Urbanos y Rurales

En términos administrativos, los establecimientos de nivel primario, es decir los consultorios Urbanos, Rurales y las Postas de Salud Rural, dependen de los Municipios. Dicho traspaso se inició en 1981 y concluyó en 1988. Desde entonces, tienen administración municipal, en lo relativo al presupuesto y gestión financiera. En el aspecto técnico, dependen del Ministerio de Salud. Los Consultorios Generales Urbanos y los Rurales tienen a su cargo la satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población, dentro del territorio del Servicio de Salud respectivo. Entregan atención ambulatoria de nivel primario y sobre el ambiente, en distintos grados de complejidad, atienden a los diferentes sectores de la población. Los Consultorios Generales Urbanos realizan diversas acciones de salud como por ejemplo se encargan de:

- Promoción, fomento y protección de la salud de la población que les corresponden.
- Atención médica, de especialidades y odontológicas, cuando procede.
- Orientación y derivación de los pacientes a establecimientos de mayor complejidad (hospitales/ institutos).
- Controles médicos a enfermos que no requieran ser hospitalizados, a embarazadas y niños.
- Atenciones de primeros auxilios.
- Actividades relacionadas con el medio ambiente y otras que tiendan al desarrollo integral de la población.

Postas y Estaciones Médico Rurales

Las Postas y Estaciones Médico Rurales atienden a la población rural alejada de otros establecimientos asistenciales. Desarrollan básicamente acciones de fomento, protección y atenciones sencillas de recuperación. Las situaciones que no pueden atender con sus medios, son derivadas a establecimientos de mayor complejidad. Las Postas Rurales están a cargo de un auxiliar paramédico que vive en la localidad y está preparado para desempeñar estas funciones. Su labor es supervisada por un equipo de salud profesional.

Atención Primaria de Salud

03

Salud Familiar: Un Modelo de Atención Primaria para Chile

La Reforma de la Salud ha introducido cambios que están transformando el Sistema de Salud Chileno. Se reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa. El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Acoge, trata, rehabilita y ayuda a las personas a su reinserción. Más allá de los avances alcanzados en la transformación del modelo, el desafío persiste. Uno de los elementos fundamentales es consolidar una relación que ponga al usuario en el centro del quehacer. El ejercicio de los derechos y deberes de cada uno es un pilar primordial para el cambio cultural impulsado.

Se hace preciso potenciar las capacidades de la Atención Primaria, llevar los servicios lo más cerca posible de las personas, mejorar la calidad de las prestaciones, completar la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias, abrir nuevos espacios a la participación ciudadana y establecer la promoción de la salud en las políticas locales.

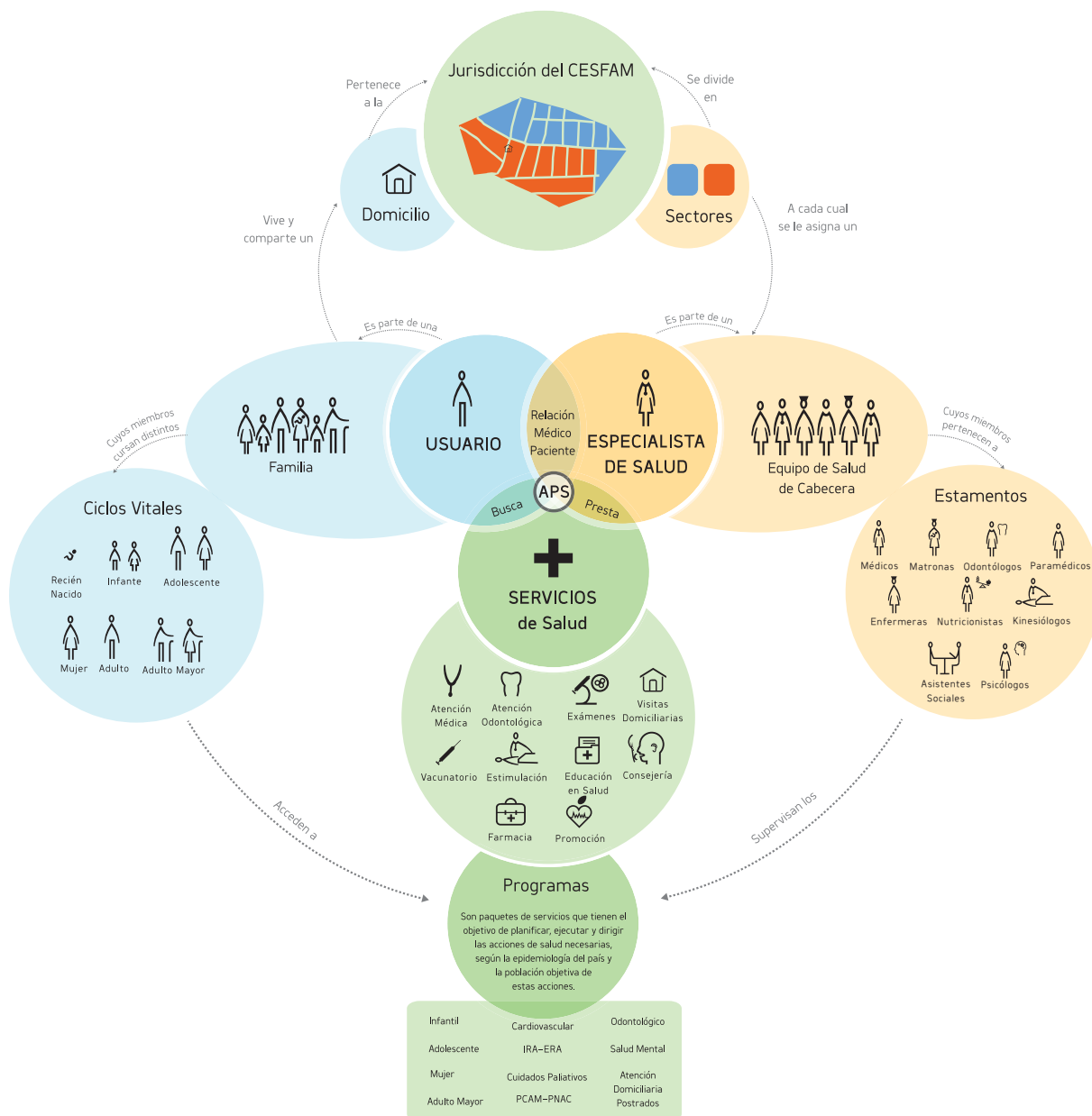
Algunos establecimientos de atención primaria fueron pioneros en el proceso de cambio, siguiendo el camino trazado en 1993, cuando se inició la transformación de los Consultorios a Centros de Salud. A partir de 1998 y los años siguientes, otros se han sumado a la implementación de las nuevas orientaciones, hasta transformarse en Centros de Salud Familiar.

Desarrollo de un CESFAM

El proceso de transformación del Centro de Salud a Centro de Salud Familiar, se enmarca en una política nacional de Reforma al Sistema Sanitario que releva a la Atención Primaria de Salud (APS) como un eje fundamental para el logro de una mejoría en la calidad de vida de la población.

El Ministerio de Salud promueve el desarrollo de los Centros de Salud Familiar a nivel de todo el país, con políticas de fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y de apoyo a la gestión local. Los Municipios tienen como tarea ejercer el liderazgo en el desarrollo local integrado, velando por el logro de más y mejores oportunidades, que permitan un incremento en la calidad de vida de sus comunidades. Se establece así, una unión de objetivos entre los Servicios de Salud, las autoridades comunales, los Centros de Salud y la Comunidad. Por su parte, serán los equipos de salud, en su práctica diaria, en el contacto con personas, familias y comunidad, los que transformarán progresivamente las formas de aproximarse a las diversas necesidades de salud.

La situación de desarrollo en que hoy se encuentra la Atención Primaria es el fruto de una larga historia de la Salud Pública chilena que no puede ser desconocida. Los desafíos,



Esquema de cómo funciona un CESFAM

de acuerdo al momento económico, socio epidemiológico o histórico han sido diferentes. La sustentabilidad del cambio, con sus profundas implicancias culturales, metodológicas y de enfoque, exige considerar algunos objetivos fundamentales:

- Lograr la adherencia al cambio de Modelo de Atención de todos los actores involucrados: Autoridades nacionales, regionales y locales, Equipos técnicos de los Servicios de Salud, Equipos de Salud, Comunidad, Academia.
- Asegurar un proceso que se retroalimente a sí mismo; que no tenga una connotación normativa del cambio, sino de acompañamiento creativo. Este acompañamiento será permanente, adecuando los objetivos al momento de su evolución
- Asegurar la participación efectiva, evitando la instrumentalización. Reconociendo el derecho de participación de las decisiones, abriendo espacios de participación, reconociendo el valor de la opinión del otro, acogiendo, aceptando el control social. Desarrollando los espacios para ser fuente de capital social.
- Mantener un proceso continuo de reconocimiento de brechas de recurso humano, financiero e infraestructura que permita una adecuación realista a las exigencias de calidad que requiere un Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y Comunitario.

El Proceso de Transformación

La tarea de avanzar hacia la transformación de los Consultorios y Centros de Salud, a Centros de Salud Familiar, pone a los equipos el desafío de acoger los elementos del cambio e introducirlos en un sistema en marcha. Es preciso entender dónde están los énfasis del cambio y

sus implicancias en nuestra forma de acercamiento a la comprensión de la salud enfermedad, en los fenómenos relacionales y en los modos en cómo se hace salud, desde la promoción hasta el abordaje de los problemas por los cuales las personas consultan.

Transformación	Implicancias
De lo biomédico a lo biopsicosocial	Cambio en la forma de pensar el proceso de salud enfermedad
De lo individual a lo familiar y comunitario	Cambio en la forma de relacionarse
Del paternalismo a la autodeterminación	Cambio en la forma de ejercer la práctica de salud, desde el personal hacia los pacientes.

CESFAM en Red

Ya que los CESFAM son sólo una parte de la Atención Primaria, la explicación teórica sobre su funcionamiento en red corresponde a la división general de las instituciones por niveles de complejidad. Sin embargo, en la práctica vemos heterogeneidad entre centros de salud de igual nivel de complejidad pero que poseen distintas prestaciones, donde es fácil crear confusión en los usuarios acerca del acceso a la atención según la necesidad que tengan. Este tipo de dificulta la transparencia de los procesos y procedimientos.

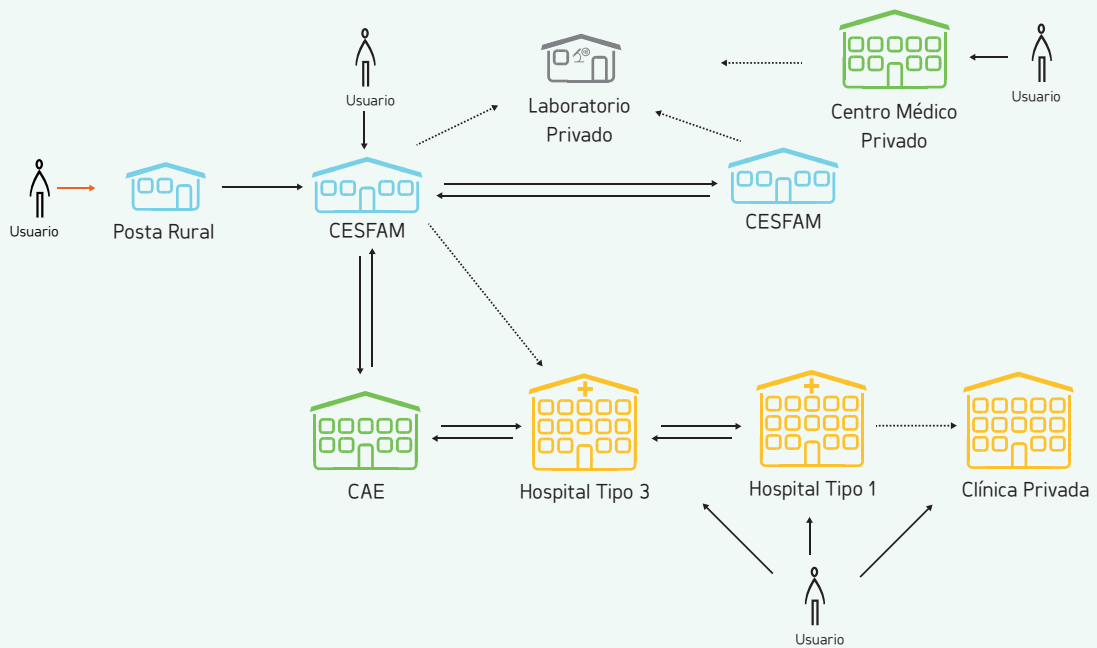
Red de Atención – En Teoría

Por niveles de complejidad



Red de Atención – En Práctica

Por servicios prestados



Postas de Salud Rurales
 Consultorios Generales Urbanos
 Consultorios Generales Rurales
 C. Adosados de Atención Primaria
 CESFAM Centros de Salud Familiar
 COSAM Consultorios de Salud Mental
 CECOSF Centros Comunitarios de Salud Familiar
 SAPU Servicios de AP de Urgencia

CDT Centros de Diagnóstico Terapéutico
 CRS Centros de Referencia de Salud
 CAE Consultorios Adosados de Especialidades

Hospitales tipo 1 y 2 de Alta Complejidad
 Hospitales tipo 3 de Mediana Complejidad
 Hospitales tipo 4 de Baja Complejidad

Esquema del CESFAM en la Red de Atención

Cuidados a lo largo de la Vida

Todas las actividades que destinadas al cuidado de la salud a lo largo de la vida expresan el reconocimiento de los derechos de las personas de parte del Estado y a su rol de entregar protección social de la población más desfavorecida para disminuir las desigualdades en salud. La oferta de los establecimientos de atención primaria permite a las personas recibir información y apoyo para el auto cuidado de su salud y la de las personas de la familia; ser examinadas para detectar condiciones de riesgo de enfermar y enfermedades en una etapa temprana; para recibir tratamiento en atención primaria y ser derivadas a atención especializada y/o a rehabilitación cuando esto es necesario.

La vida es un continuo y la salud requiere un continuo de cuidados. Pero cada etapa tiene características biológicas propias y también vulnerabilidades y oportunidades distintas y diferentes expectativas y comportamientos. Por lo tanto, los desafíos para el cuidado de la salud son propios de cada etapa. Este cuidado continuo debe considerar que la transición de una etapa a la siguiente suele tener características particulares y requerir también un abordaje específico.

El incentivo y apoyo a la mantención de hábitos saludables y la realización de controles periódicos preventivos son acciones efectivas en todas las etapas, pero con énfasis diferentes. Las enfermedades a detectar precozmente para facilitar el acceso a tratamiento son también distintas en las diferentes edades.

Salud Infantil

El Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la diada y continúa con las atenciones proporcionadas al niño o niña para evaluar el estado de salud, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados y las intervenciones psicoeducativas que fomentan las habilidades parentales en la crianza. Por lo cual la atención de salud proporcionada a los niños y niñas pone los énfasis en contribuir a una acogida segura y afectuosa a las nuevas personas, en el fomento de la adquisición de hábitos saludables, en alimentación y actividad física, en facilitar el acceso a tratamiento de aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia en la crianza, en ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, adicciones, accidentes domésticos y maltrato, en detectar tempranamente las enfermedades más frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y apoyo del desarrollo integral de los niños y niñas, etc.

Salud del Adolescente

El objetivo de la atención es apoyar el proceso de autonomía progresiva, de modo que las y los adolescentes cuenten con información y servicios adecuados para que puedan tomar decisiones en favor de su salud y calidad de vida, en el marco de relaciones inter generacionales positivas y cercanas, de una integración social activa y con equidad de género. Desde el punto de vista sanitario,

la salud adolescente debe ser abordada con enfoque de determinantes sociales de la salud de participación social, enfatizando el desarrollo de iniciativas intersectoriales que permitan incorporar a los y las adolescentes y su entorno social, canalizando la enorme energía disponible para nuevos aprendizajes y el interés por explorar el mundo que caracterizan la adolescencia, permitiendo a las personas con el apoyo de su comunidad, culminar su proceso de desarrollo y de construcción para sí mismos de una identidad que se proyectará en la vida adulta, reconociendo en este período, enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, equitativas y solidarias.

Salud de las Personas Adultas

Los principales problemas de salud en nuestro país son las enfermedades crónicas no Transmisibles, Cardiovasculares, Tumores malignos, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. Según la Organización Mundial de la Salud, 80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital.

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. La relación de estos 2 grupos es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación. Existe una interrelación entre la presencia

de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías.

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para mujeres y hombres adultos, también lo es en la adolescencia y la adultez mayor. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, opción sexual ni cultura. El énfasis está en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención Personalizada, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional y la detección de la violencia sexual y de género y de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama.

Salud del Adulto Mayor, Familia y Cuidadores

La funcionalidad es el mejor indicador de salud de este grupo etáreo, constituye una base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos que se realizarán en la mantención y/o recuperación de la funcionalidad, se traducirán de manera directa, en calidad de vida para la población mayor.

El modelo de abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, nos obliga hoy día a consolidar la atención del adulto mayor con una mirada de Integralidad, de Mayor resolutiveidad y de Satisfacción Usuaría. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito de los adultos mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etéreo, en otras palabras, que las personas mayores de 60 años realicen actividades que les permita retrasar las limitaciones del envejecimiento y puedan mantenerse autovalente.

Modelo de Atención Integral con Enfoque Biopsicosocial Familiar

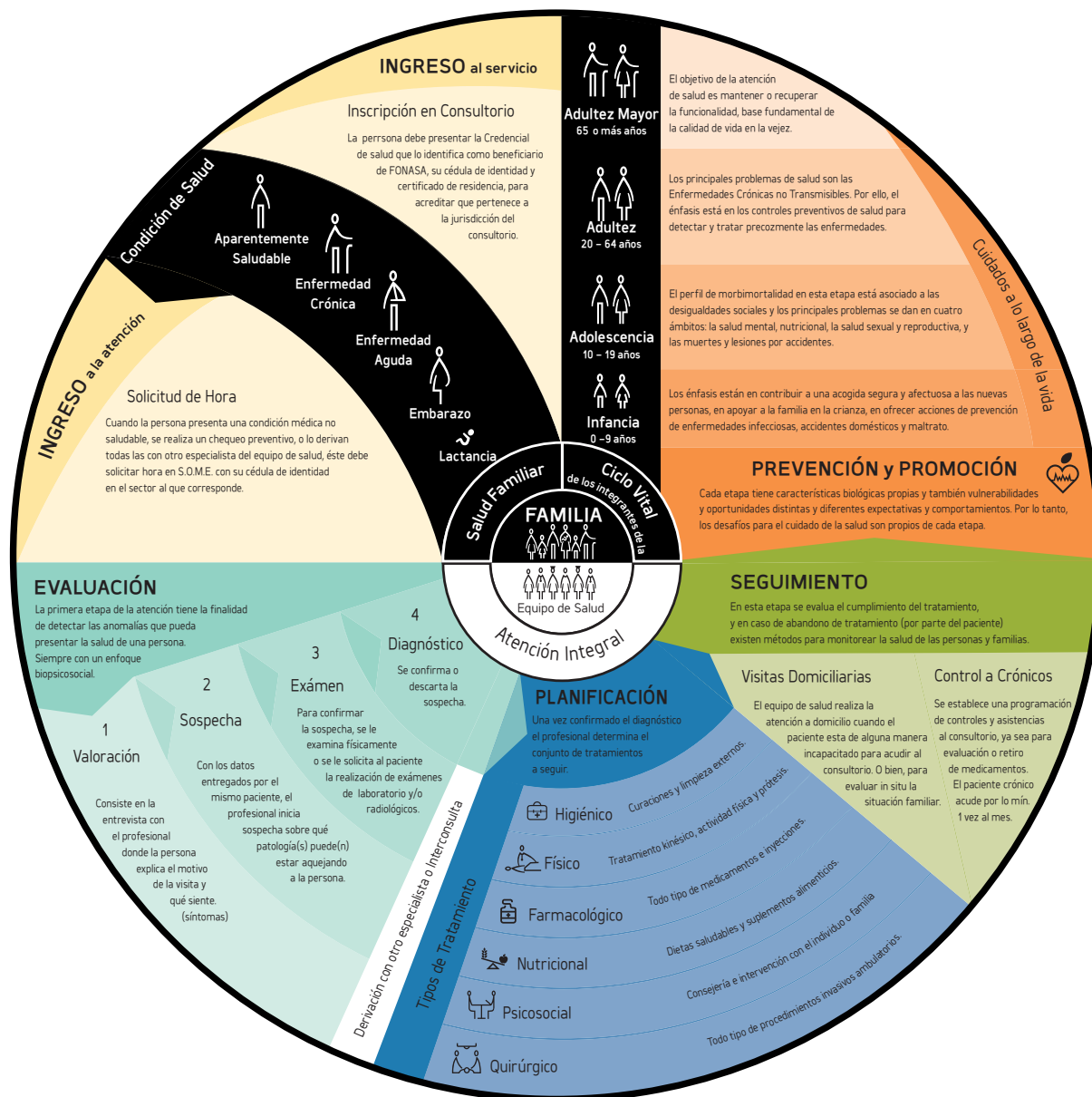
Para la implementación de este modelo se necesitan tres grandes cambios que se producen en el equipo de salud:

- Una forma distinta de analizar el proceso salud enfermedad. Desde una secuencia causa- efecto (pensamiento lineal) hacia una manera circular de comprensión de los fenómenos socio psico biológicos. (pensamiento sistémico)
- Una forma distinta de relación con las personas, familias y comunidad, en la que su participación pasa a ser relevante en la promoción y prevención. En materia curativa la perspectiva del usuario es fundamental en el diagnóstico, en las intervenciones y en el seguimiento. Todo lo anterior implica también, una forma relacional diferente, entre los miembros del equipo de salud.
- Una forma distinta de hacer salud, tanto en el diseño de las intervenciones (más participativa) como en el tipo de respuestas que se implementa.

Estos cambios introducen exigencias de adaptación a los equipos de salud, en cuanto competencias técnicas y relacionales:

- Desarrollo de una actitud de profundo respeto por el otro.

- Aceptación del otro como un ser distinto, único y autónomo.
- Mejor entendimiento del contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos.
- Interés por la persona, su historia, sus temores y expectativas.
- Compromiso por el otro como ser social, aceptar su necesidad de compañía (de familia, amigos) y la influencia que estas redes sociales tienen sobre él.
- Reconocimiento de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del otro.
- Explicar lo que el otro necesita saber.
- Informar con honestidad, siempre en sintonía con las necesidades de las personas y familias.
- Continuidad en el vínculo que se manifiesta en el cuidado durante la vida y en ayudarlo a bien morir.



Modelo de Atención Integral con Enfoque Biopsicosocial Familiar y Comunitario

04

Administración de la APS



Corporaciones Municipales

A lo largo del país existen 42 Corporaciones Municipales que se encargan de administrar y gestionar el funcionamiento de los centros de atención primaria pertenecientes a su jurisdicción.

¿Qué son las Corporaciones Municipales?

Son personas jurídicas de derecho privado y sin fines de lucro, constituidas a partir de 1981 conforme a las normas del Código Civil y a los Decretos N° 462/81 y 110/76 del Ministerio de Justicia.

La finalidad principal de las Corporaciones Municipales es

administrar y operar los entonces traspasados servicios de educación y salud, así como también en algunos casos, la atención de menores.

A contar de la vigencia de la Ley N° 18.695 del 31 de marzo de 1988, los municipios ya no pudieron crear este tipo de entidades sino con los objetivos específicos de educación y salud, así como también en algunos casos, la atención de menores.

¿Qué son las corporaciones o fundaciones?

Las organizaciones, asociaciones y reuniones de personas, si bien pueden desarrollar diversas actividades, generalmente no son reconocidas por el derecho. Entonces, sólo a partir de la concesión de la personalidad jurídica la organización ahora como corporación o fundación, es reconocida formalmente por el derecho y por las instituciones del Estado. Con ello es posible postular y acceder a diversos beneficios, tanto gubernamental (programas, adjudicarse proyectos, licitaciones, fondos concursables, etc.), como del sector privado (programas ONG, financiamiento, crédito, etc.).

Corporación Municipal Valparaíso

La Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social nace con el objeto de administrar los servicios traspasados desde los Ministerios de Educación y de Salud que haya tomado a su cargo la Ilustre Municipalidad de Valparaíso. La CORMUVAL, es una institución de derecho privado sin fines de lucro, responsable de administrar, desarrollar y gestionar los servicios de educación, salud y cementerios municipalizados. Entre las principales funciones

de la CORMUVAL se destacan:

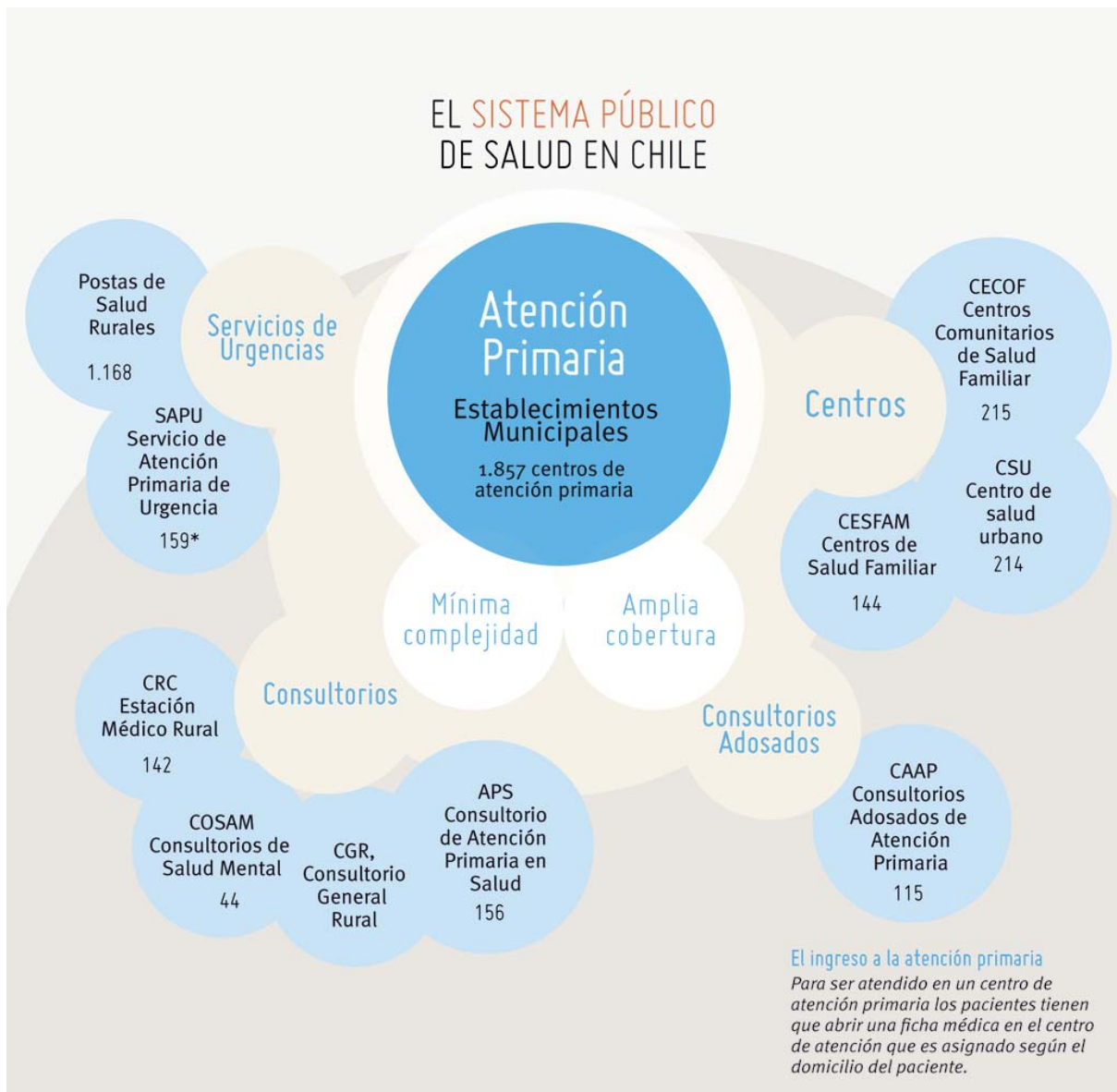
- Atender las necesidades de la comunidad de Valparaíso en lo que se relaciona con materias de Educación, Salud y servicios de Cementerios municipalizados.
- Adoptar los planes y programas necesarios para el cumplimiento de sus funciones y objetivos. Promover las reformas de Educación y Salud Primaria.
- Velar por el cumplimiento de las Normas y Leyes dictadas por los ministerios respectivos y el supremo gobierno, cumplir con las políticas de gobierno en materia de Salud primaria y Educación.
- Le corresponde la organización, administración, dirección y control de todos los servicios que administra.

Las funciones anteriores son canalizadas a través de las Áreas de Educación, Atención Primaria de Salud, Cementerios 1, 2, 3 y la Administración Central.

Instituciones y Organizaciones de la APS

La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte íntegramente, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad; representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE



Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.

Establecimientos que brindan servicios APS

Los establecimientos de baja complejidad, son los Consultorios y las Postas de Salud Rural. A estos deben agregarse los Hospitales de Baja Complejidad, actualmente en transformación a Hospitales Comunitarios, que a continuación se detallan:

Hospitales de Baja Complejidad en transformación a Hospitales Comunitarios

El Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC), es un establecimiento que forma parte de la estrategia de atención primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención.

En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al centro, más allá de la definición político administrativa de los municipios. Estos establecimientos también forman parte de la Red asistencial de los territorios y por tanto están disponibles con sus recursos, en forma solidaria, para el

resto de la red asistencial y del mismo modo cuentan con los recursos de ésta para los casos que superen su capacidad resolutive instalada. En tal sentido también constituyen un puente de desarrollo del Modelo de Atención Integral y Comunitario para todos los establecimientos de la red asistencial. Todo ello define el carácter particular de estos centros hospitalarios, cuyo eje es asumir la responsabilidad del cuidado integral de la salud de la población de un territorio, contribuir a la continuidad del cuidado en la red asistencial y contribuir al desarrollo social de las comunidades.

Consultorios Generales

Son los establecimientos esenciales para dar la Atención primaria de salud; corresponde al que tiene por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y que cuenta con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos o rurales según se ubiquen en localidades de iguales características.

Realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan todo el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan, y para realizar sus actividades trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan sus prestaciones con pertinencia cultural.

CESFAM

Corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas. Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, las acciones son participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias tales producidas por disfunciones tales como VIF, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.

Postas de Salud Rurales

Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud,

la promoción, prevención de las enfermedades y el autocuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social.

CECOSF

No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

Estaciones Médico Rurales

Corresponden a estrategias de trabajo. Esta estrategia esta en disminución como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país.

Financiamiento de las APS

La Atención Primaria (APS) posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, así como distintas dependencias administrativas.

Se distingue la Atención Primaria de Salud Municipal cuya administración se encuentra en las entidades administradoras

de salud municipal y su red de establecimientos. Posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios el que se encuentra en la ley N°19.378, artículos 49 y 56, y se refleja en dos mecanismos de pago per cápita y pago prospectivo por prestación (programas).

Se distinguen los siguientes mecanismos de financiamiento, según dependencia administrativa:

Mecanismo de Pago Per Cápita

Hasta junio de 1994, el sistema de asignación de recursos a la Atención Primaria Municipalizada, estaba caracterizado por el pago de las atenciones prestadas, más comúnmente conocido como el Mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados (FAPEM). Dicho mecanismo operaba sobre la determinación de ciertos techos comunales, discrecionalmente definidos por la autoridad regional. El mecanismo FAPEM generaba incentivos a la sobrefacturación de prestaciones sin reparar en su calidad, ya que estaba asociado a realizar una mayor cantidad de acciones, principalmente aquellas con mayor precio relativo en el arancel. Considerando las deficiencias que implicaba un mecanismo como el FAPEM, a partir de julio de 1994, se puso en marcha un nuevo mecanismo de asignación de recursos, denominado, el sistema de pago per-cápita a la atención primaria municipalizada el cual prioriza la entrega de recursos a las comunas de mayor pobreza, ruralidad, con mayor dificultad de acceso a los beneficios, distancias geográficas y con mayor dificultad para prestar las atenciones de salud. El artículo 49 define de manera específica el sustento para el mecanismo de Pago

Per Cápita. El Per Cápita es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar y sus programas y la inscripción de la población beneficiaria. Con relación al plan de salud familiar, se menciona que su cálculo se efectúa con base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la atención primaria. El plan de salud familiar, considera los distintos programas de salud, tales como: programa de salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente y garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. Para el cálculo del plan de salud familiar se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley No 19.378 - Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, consideran grupo objetivo y coberturas; finalmente se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con base a todos los anteriores costos, se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

Per Cápita Basal

El per cápita basal se define como el aporte básico unitario homogéneo, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Los factores de incremento del per cápita basal, consideran: el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, contemplando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema; La dificultad para prestar atenciones de salud; La dificultad para acceder a las atenciones de salud.

Aplicación de Criterios de Incremento del Per Cápita Basal:

- Pobreza: Se considera el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP, elaborado con base a la información proporcionada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE) a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Este indicador mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1. Más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM y por ende mayor pobreza o menor capacidad de generar recursos propios. Existen cuatro tramos de pobreza e incrementos respectivos en el per cápita basal:
 - Tramo 1: 18%
 - Tramo 2: 12%
 - Tramo 3: 6%
 - Tramo 4: 0%
- Riesgo asociado a edad: Por el mayor costo relativo de la

atención de adultos mayores en salud, a las comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos que asciende a \$ 448 (en pesos de 2010) por persona de 65 años y más, a cargo, por mes

- Ruralidad: Incremento por ruralidad: 20%. De acuerdo al CENSO de 2002, se clasifican las comunas en rurales y urbanas, considerando rural toda comuna en la cual población rural sea igual o mayor al 30%, así como, aquella en que la entidad respectiva administre solamente establecimientos rurales, tales como consultorios generales rurales, postas rurales, estaciones médicos rurales.
- Referencia de Asignación de Zona: Para las comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las atenciones de salud, se ha considerado en forma referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en artículo 7° del Decreto Ley N° 249, estructurado en diferentes tramos, con porcentajes de incremento que van desde 0% a 24%.
- Desempeño Difícil: Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud, en que la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud deba recibir la asignación de desempeño difícil a la que se hace mención en los artículos 28.29 y 30 de la Ley N° 19.378. Los recursos que resultan de la combinación de los distintos factores de incremento del per cápita, permiten la implementación de un Plan de Salud Familiar, al que tienen derecho los beneficiarios del sistema público inscritos en cada comuna. Este aporte estatal a la salud municipal, que plasma el plan de salud, se financia con aporte fiscal y se efectúan las transferencias a través de los Servicios de Salud a los Municipios, con base a Decreto fundado anual suscrito por los Ministerios de Hacienda, Interior y Salud y resoluciones respectivas.

Mecanismo Pago Prospectivo por Prestación – Programas

El aporte estatal vía el mecanismo de pago de per cápita, se complementa con aportes estatales adicionales, normados en el artículo 56 de la ley No 19.378. Su mecanismo es de pago es prospectivo por prestación. Estos aportes se entregan vía convenios suscritos entre los respectivos Servicios de Salud y los Municipios correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Financiamiento Local a la Atención Primaria de Salud Municipal

Se debe destacar como fuente de financiamiento, a la salud primaria de administración municipal, los aportes propios que establece cada Comuna para atender a las necesidades de salud de la población a cargo, en forma complementaria a los aportes estatales señalados anteriormente.

Otros Aportes Fiscales a la Salud Primaria

Tales recursos con cargo a aporte fiscal, se encuentran determinados en la Ley de Presupuestos del Sector Público y se describen a seguir:

- Bienes de Salud Pública: Para los bienes de salud pública se consideran recursos, entre ellos, Plan Ampliado de Inmunizaciones, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), y, Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).

- Refuerzo Estacional: Campaña de Invierno: En función de refuerzo asistencial estacional para las atenciones de salud en toda la Red Asistencial, se establece el “Programa Campaña de Invierno”. Esta estrategia procura enfrentar en la red asistencial las infecciones respiratorias agudas (IRA), las que constituyendo un problema epidemiológico nacional que afecta a un número importante de la población durante todo el año, pero que en un determinado momento por un conjunto de variables: exposición a contaminantes, frío, humedad y virus circulantes, donde las enfermedades adquieren un carácter epidémico que determina gran impacto en mortalidad y morbilidad.
- Protección Social: Asociado a acciones de promoción y prevención, se establece el Programa de Apoyo al Recién Nacido, destinado a mejorar las condiciones de atención y cuidado para el desarrollo infantil; así como también, a fomentar la instalación de interacciones y relaciones de apego seguro entre los padres, madres, cuidadoras(es) y sus hijos o hijas.
- Inversión Sectorial de Salud: Se consideran asimismo, recursos contemplados para inversiones de financiamiento sectorial. Se relaciona con el financiamiento de obras civiles y equipamientos para nuevos consultorios y postas de salud rural y sus reposiciones.

05

Garantías Explícitas de Salud GES

El sistema de Garantías Explícitas en Salud es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. Para ello, las patologías acogidas al AUGE se han agrupado según género, edad y tipo de afección; destacando los procedimientos que se deben realizar y los plazos máximos que se deben cumplir.

Es importante señalar que dado que la Atención Primaria de acuerdo a la Ley 19.966 es la puerta de entrada al GES (excepto urgencias, recién nacidos y parto), la programación global de la actividad GES del Servicio de Salud, debe considerar los casos en sospecha que la atención primaria detectará y derivará a los siguientes niveles, lo que a su vez son dependientes de los siguientes factores:

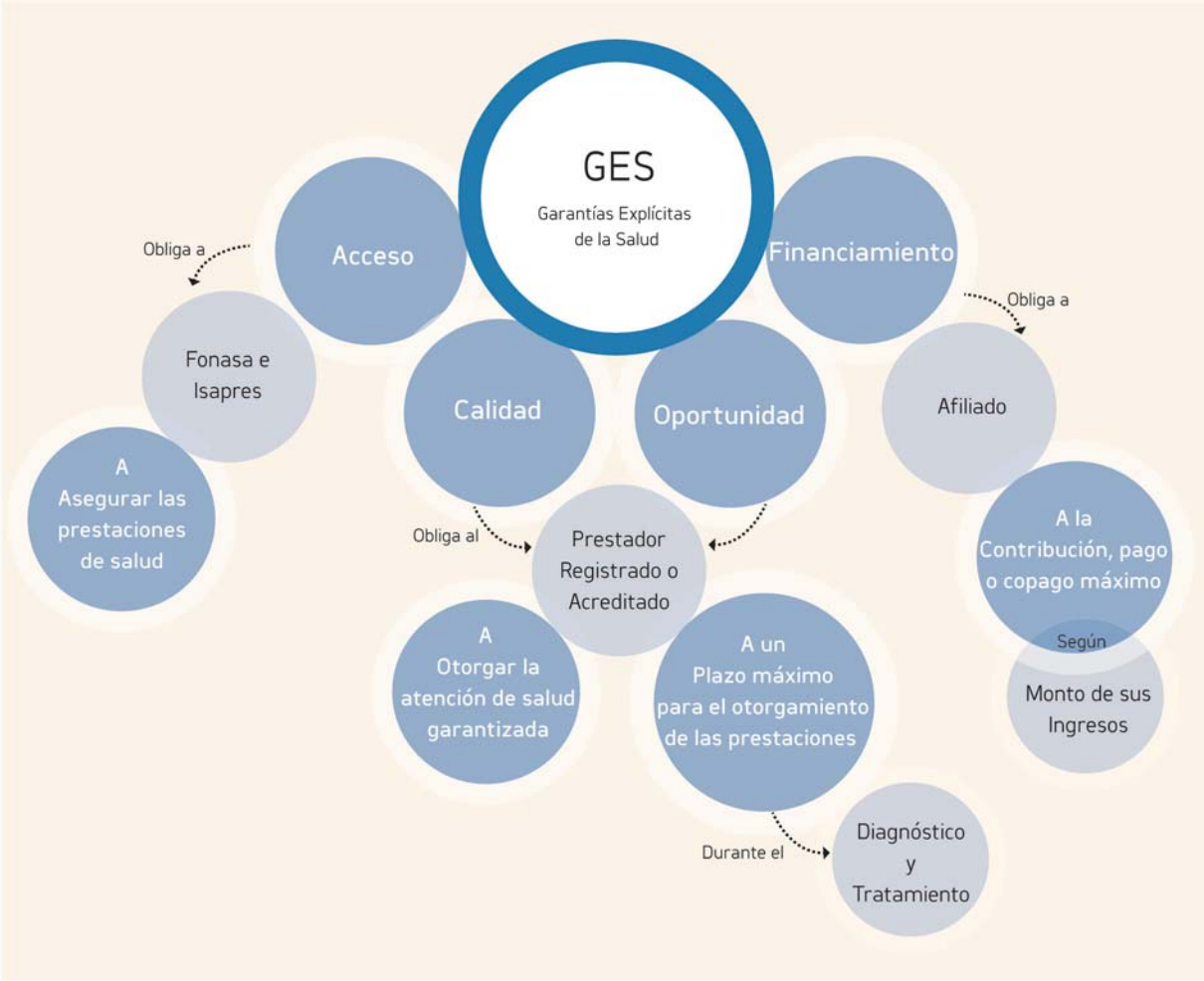
- Grado Información a la comunidad y al paciente GES, campañas educativas y preventivas.
- Grado de cobertura del examen de medicina preventivo (detección precoz).
- Grado de conocimiento de las guías clínicas GES y acatamiento a sus recomendaciones.
- Pertinencia de la derivación.
- Existencia de normas de derivación y de contra-derivación.
- Nivel de resolutivez de la APS; disponibilidad de especialistas en APS, equipamiento (laboratorio, radiografías, eco tomografías)
- Modelo de atención del GES; el que determina el nivel de resolución preferente de los problemas de salud GES en la Red. En este sentido le corresponde a la APS, en forma preferente la atención de los siguientes Problemas de Salud Ges:
 - Hipertensión arterial esencial

- Diabetes mellitus tipo 2
- Depresión leve y moderada
- Presbicia
- Entrega de Ortesis
- Artrosis de cadera y/o rodilla
- Neumonía
- Epilepsia no refractaria
- Salud oral integral de 6 y 60 años
- EPOC
- Asma bronquial
- Urgencia odontológica
- Plan ambulatorio básico consumo perjudicial de OH y drogas.

Listas de Espera, Brecha y su Abordaje

Una de las consecuencias más importantes de la limitación de recursos es la necesidad de establecer prioridades. Cuando no es posible satisfacer al mismo tiempo las demandas de todas las personas, se hace necesario establecer unos criterios sobre quién tienen preferencia. Existen algunos servicios que la sociedad considera que no deben asignarse mediante reglas de mercado, bien por razones de eficiencia al tratarse de bienes públicos, bien por razones de justicia, para evitar que la prioridad de las demandas se vea influenciada por la renta de las personas. En este último aspecto es necesario señalar que debe hacerse todo lo posible para que prevalezcan los criterios clínicos y las características socio-sanitarias por encima de cualquier otra consideración en el momento de decidir a quién atender.

El balance oferta-demanda puede presentar brechas, entendiendo por éstas: la diferencia entre la oferta y la



demanda de prestaciones finales e intermedias, a nivel de la red por nivel de atención; en otras palabras, se producen brechas en la atención de los usuarios cuando la oferta no es suficiente para satisfacer la demanda dentro de los plazos establecidos para las GES y los Compromisos de Gestión.

Desde el Ministerio de Salud se han desarrollado estrategias que buscan abordar esta brecha de atención en todas sus dimensiones. Es por esta razón que, entre otras estrategias, se crean los Consejos de Integración de la Red Asistencial, dado que el trabajo en Red implica un cambio cultural, que incorpora además adecuaciones a la estructura actual de los Servicios de Salud. La Ley de Autoridad Sanitaria establece la existencia de este Consejo Integrador de la Red Asistencial. En el artículo N° 21 A, menciona lo siguiente:

“En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios. El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio”.

Esta estructura pretende responder a las características del trabajo en red, que son básicamente: equipos de trabajo horizontales, colaborativos, flexibles, abiertos a nuevos estilos de gestión. La esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes. “La RED se construye trabajando en red

Un equipo, en el que participan todos los componentes que gestionan la red, debería ser capaz de resolver de manera más eficiente y eficaz el problema del desbalance entre la oferta y la demanda, interviniendo la gestión local, reorientando los flujos si es necesario, estableciendo protocolos, reformulando mecanismos ya conocidos de gestión de la demanda, adecuándolos a la realidad local, etc.

La Experiencia de las Personas

06

Casos de Estudio



Los casos de estudio por los cuales accedí a la experiencia del usuario de atención primaria fueron los Centros de Salud Familiar, ya que se caracterizan por aplicar un modelo integral de atención y en estos momentos los antiguos centros de salud primarios están encaminados a la transformación e implementación de este modelo. Es importante aclarar que la gestión de cada proceso y etapa es decisión exclusiva del consultorio, por lo que pueden variar algunos detalles administrativos. Los casos de estudio fueron los siguientes CESFAM: Barón, Reina Isabel II, Las Cañas y Cirujano Videla, este último ubicado en Iquique. Los hallazgos de este estudio reflejan las observaciones realizadas en las visitas a estos centros, aunque es necesario aclarar que en cada uno de ellos se hicieron distintas actividades de investigación:

- Barón: Observación, Fotografía, Entrevista Funcionarios Administrativos y Sonda de Investigación para Funcionarios

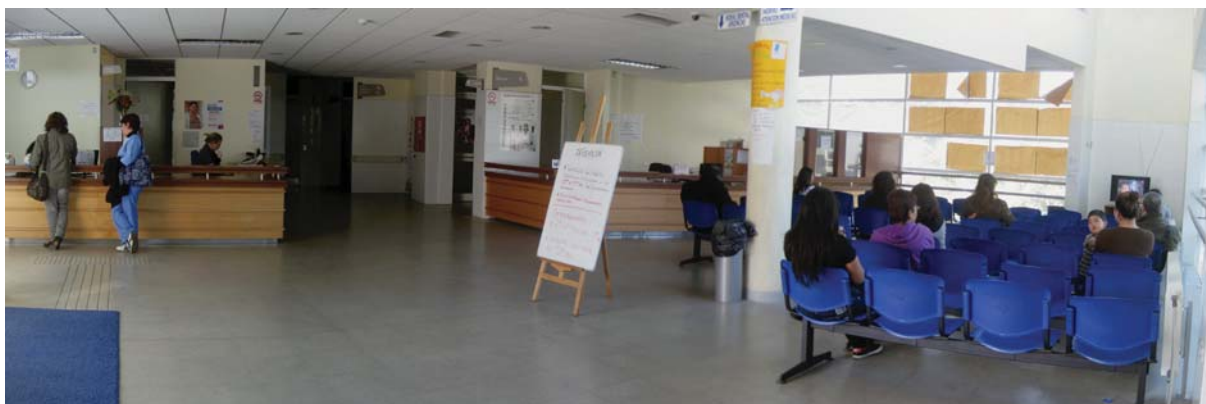


del Área Clínica.

- Reina Isabel II: Observación, Fotografía, Entrevista Funcionarios Administrativos. Pruebas de Usuario.
- Las Cañas: Entrevista Directora para conocer el funcionamiento del actual sistema digital de gestión por módulos AVIS.
- Cirujano Videla: Observación, Sonda de Investigación para Pacientes, Encuesta Satisfacción Usuaría.

CESFAM Barón

Se ubica en Blanco Viel #661, Cerro Barón, Valparaíso, frente a la Iglesia de San Francisco. Atiende a 24.530 personas inscritas, lo que serían alrededor de 6.000 familias atendidas en 2 sectores. En este momento, es dirigido por Ximena Cid Salazar, posee alrededor de 70 funcionarios de planta y ocasionalmente son apoyados por alumnos en práctica del



Recepción CESFAM Reina Isabel II

área de salud.

CESFAM Reina Isabel II

Se ubica en Avenida Washington #1926, Cerro O'Higgins, Valparaíso. Con una nueva edificación inaugurada el 2009, atiende a más de 30.000 personas inscritas. El ingreso a la atención está dividida en 3 SOME de Sectores para atender los controles por especialidades, más un cuarto SOME para recibir los casos por morbilidad con médicos generales. Actualmente es dirigido por Trinidad Achondo Gómez con una planta de 94 funcionarios.

CESFAM Las Cañas

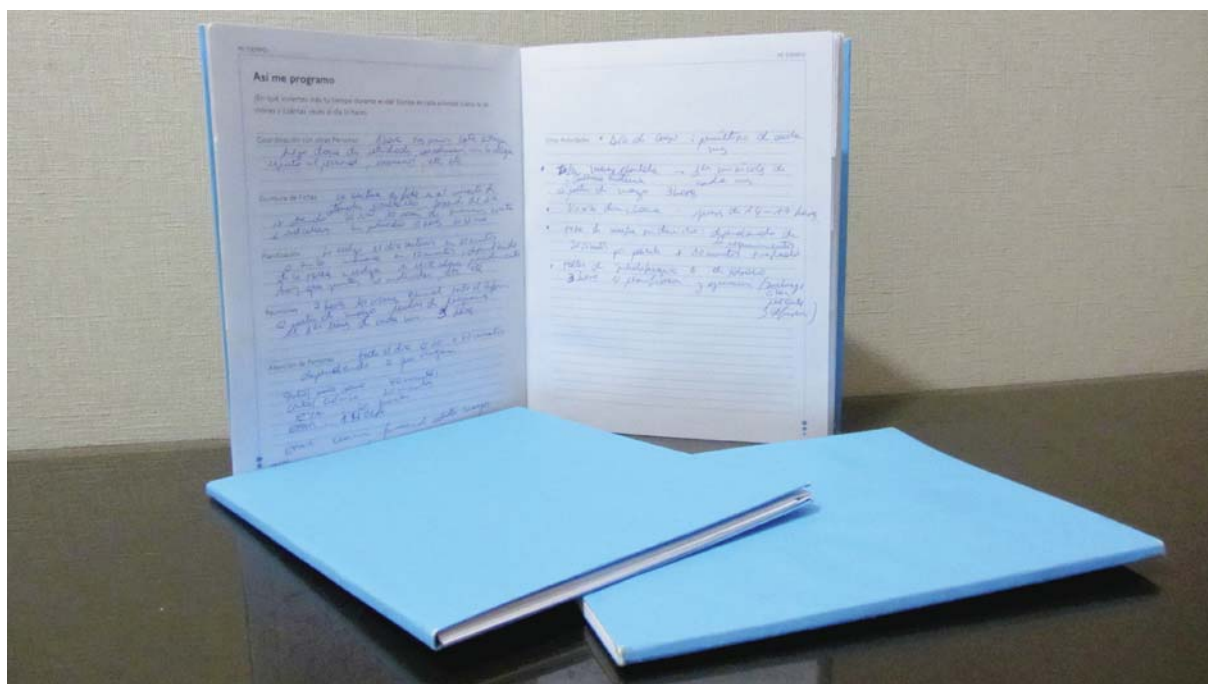
Se ubica en Los Alerces S/n, Cerro Las Cañas, Valparaíso. Es dirigido por Rosa Muñoz Vera con una planta de 43

funcionarios.

CESFAM Cirujano Videla

En el momento del estudio se ubicaba en Obispo Labbé S/n, Población La Puntilla, Iquique, pero debido a su ubicación dentro de área de inundación en caso de tsunami se reubicó. Es dirigido por Paz Rodríguez. Una condición especial de este consultorio es que atiende a un gran número de extranjeros.

Todos los CESFAM deben contar con a lo menos dos sectores con equipos interdisciplinario conformados por los profesionales pertenecientes a distintos estamentos, entre los que encontramos: Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, Asistentes Sociales, Kinesiólogos, Psicólogos y Paramédicos.



Investigación con Funcionarios de un CESFAM

Para comprender un sistema no solo basta la explicación teórica de cómo los modelos y protocolos son definidos; así también, cómo este se implementa en la realidad de cada consultorio, los cuales varían en factores cuantitativos tales como la superficie de jurisdicción, cantidad de personas inscritas, personas en atención (diaria, mensual, anual),

número de funcionarios de planta e internos universitarios, entre otros; y factores cualitativos como calidad de la infraestructura física y digital, eficiencia y eficacia en los procesos de atención y calidad en el trato con el usuario. Teniendo en cuenta la diversidad de realidades y situaciones que pueden afectar la experiencia del usuario de APS, se hace necesario identificar los ejes que guían este servicio y los conflictos más comunes que afectan la buena comunicación entre usuario y servicio.

Es aquí donde se incluye a los funcionarios como principales puntos de contacto entre el usuario y la prestación de servicios de salud, por lo cual la investigación comienza con documentar su experiencia.

Sondas de Investigación

El objetivo de la sonda es identificar donde y cuando se producen los problemas comunicacionales con el usuario. Se cuenta también con el estado anímico del funcionario y su propia interpretación de estas dificultades, a pesar de todo se destacan los incentivos y satisfacciones que les produce su labor.

Técnicamente, la sonda cuenta con:

- Una página de compromiso: Donde se explica de qué se trata el proyecto, para qué se solicita su ayuda y se pide honestidad a la hora de responder.
- Una página de identificación: Donde se describe un poco de su perfil profesional y otros datos como edad y sexo.
- Una sección del área de trabajo: Para identificar que espacios del consultorio ocupan para hacer cada una de sus labores.
- Una sección de programa: Se describe la cantidad de tiempo que se le dedica a tareas específicas, como coordinación con personas, escritura de fichas, planificación, reuniones, atención de personas y otras actividades.
- Una sección de registro diario: Ésta se divide en el registro de las actividades y estados de ánimo durante el día, y luego una reflexión sobre lo mejor, lo peor y lo curioso del día.
- Una sección de pregunta abierta: Son preguntas más específicas acerca de las labores, procedimientos, incentivos en el trabajo, anhelos, y relación con los pacientes.

Hallazgos

- La mayor parte de los problemas que enfrentan en su labor tiene que ver con la excesiva burocracia y lentitud en el sistema de registro, ya que en su mayoría son sistemas manuales en los cuales repiten una y otra vez los mismo datos.
- La constantes inasistencias causadas por un inexistente proceso de confirmación de hora generan una perdida de recursos y atochan las listas de espera pues esas personas vuelven a sacar otra hora.
- El sistema no es lo suficientemente flexible para recalendarizar citaciones en un tiempo acotado cuando hay escasez de personal o surgen imprevistos como un funcionario que no pueda atender su agenda un día. Se genera un colapso y molestia generalizada de parte de los usuarios.
- Los mayores incentivos de los funcionarios son su labor educativa y la confianza que depositan los usuarios en ellos.
- Una buena experiencia no yace solo en que no hayan contratiempos, así también en la capacidad de respuesta del servicio para solucionarlos.
- El trabajo en equipo es indispensable para solucionar atochamientos,

134 135

Día 1

● ● ●

Portadilla de bitácora diaria

Día 1

Así fue mi día

Así me sentí en el día

😊 😐 😞 😡

7:00 0 0 0 0

8:00 0 0 0 0

9:00 0 0 0 0

10:00 0 0 0 0

11:00 0 0 0 0

12:00 0 0 0 0

13:00 0 0 0 0

14:00 0 0 0 0

15:00 0 0 0 0

16:00 0 0 0 0

17:00 0 0 0 0

18:00 0 0 0 0

● ● ●

Descripción de la jornada laboral y flujo de ánimo a través del día

Día 1

Lo Bueno, Lo Malo y Lo Curioso

Lo mejor del día fue

Lo peor del día fue

Lo que me llamó la atención hoy fue

● ● ●

Hitos e incentivos en la labor realizada durante el día

¡SUEÑA!

Inventa una máquina o dispositivo que te facilite alguna o muchas tareas de tu labor diaria. Dibújala, describe sus funcionalidades, y cómo te ayudaría.

● ● ●

Preguntas libres (arriba: llamado a proponer soluciones creativas)

Tabla Resumen de Respuestas

Preguntas	Funcionario 1	Funcionario 2	Funcionario 3
Cargo	Médico-Pediatra	Enfermero	Enfermera ERA
Sexo	Femenino	Masculino	Femenino
Edad	28		25
Funciones	Controles de niño sano y controles por morbilidad	Atención Pacientes Adultos. Visita Domicilio postrados. Curaciones a domicilio (SOS), Realizar EMPA y EMPAM. Tarjeta Alimentación Complementaria. Otros.	Controles de salud enfermedades pulmonares obstructivas. Control niño sano. Censo ERA. Procedimientos en domicilio. Docencia (asignación de interna 5° año de enfermería)
Marca por donde más circulas y cuenta qué haces en cada lugar	Características negativas del espacio donde trabaja (consulta)	Of. 16 Atención Adulto Mayor. Características negativas del lugar donde trabaja. Ocasionalmente: Extracción de sangre en of. 19 y de enfermero supervisor.	Atiendo según disponibilidad de box. Lunes y miércoles atiendo en sala ERA y martes y jueves en of.16 3er box. Los jueves en la tarde hago visita domiciliaria.
¿En qué inviertes más tu tiempo durante el día? Escribe en cada actividad cuánto te demoras y cuántas veces al día lo haces.	Aproximadamente 3/4 del tiempo de consulta escribo todo tipo de documentos. Reunión solo viernes en la tarde	Escritura de fichas, todo el día a diferentes horarios, no continuo. Reunión viernes 14 a 16 hrs. Atención personas 8 a 13 - 14 a 17 hrs. Además de ser Enfermero universitario, soy podólogo en una consulta privada con un grupo de médicos, también a domicilio y estudio medicina china	Coordinación con otras personas: 1 hora, entregar hoja diaria de actividades, coordinación con la colega, insumos, etc. Escritura de fichas: la mitad del tiempo de la atención. Planificación: Lo realizo el día anterior en la tarde (30 min) o en la mañana (10 min). Reuniones 2 hrs. los viernes, a partir de marzo reuniones de programas 1er lunes de cada mes 3 hrs. Atención personas: todo el día entre 20, 40 o 60 min cada una dependiendo. Otras actividades: Talleres 3 hrs. c/planificación y ejecución, no incluye citar a pacientes y difusión

Preguntas	Funcionario 1	Funcionario 2	Funcionario 3
Días 1		Miércoles 25 de Enero	Lunes 30 de Enero
Así fue mi día /Así me sentí		7:00 Entrada al trabajo. Extracción de muestras de sangre. 8:30 Empieza atención pacientes. 13:00 Almuerzo. 14:00 Atención pacientes. 17:00 Salida	8:00 A trabajar. 10:00 Haciendo censo. 13:00 Preparación de ficha - almuerzo. 14:00 Revisión de ??? cardiovascular y niño sano. 17:00 fin del día laboral
Lo mejor del día fue		Día tranquilo, rutinario. Varios pacientes agradecen calidez en la atención.	
Lo peor del día fue		Mi silla me hace doler la espalda. Me avisan que probablemente no tendré auxiliar la próxima semana.	Enterarse de las nuevas planillas para censo del programa IRA -ERA. Te piden ciertos datos que no has cuantificado durante el mes y charla que no tienes planificadas para mes de verano.
Lo que me llamó la atención hoy fue		Escaso público	La poca gente que hay en el consultorio con todo el mundo de vacaciones.
Días 2		Jueves 26 de Enero	Martes 31 de Enero
Así fue mi día /Así me sentí		8:00 Entrada al trabajo. Tuve mala noche por mi lumbago. 10:30 Salida Terreno por curaciones. 13:00 Almuerzo. 14:00 Atención pacientes.	8:00 Día terrible por muchos citados y con cupos no correspondientes a atención. Cuando uno va a capacitación se te "atocha" toda la gente en el resto de los días. Cuando es Enero-Febrero falta personal y tienes que escribir carnet, buscar ficha, preparar paciente y atenderlo, te demoras más y la gente reclama. 16:00 Frustración máxima

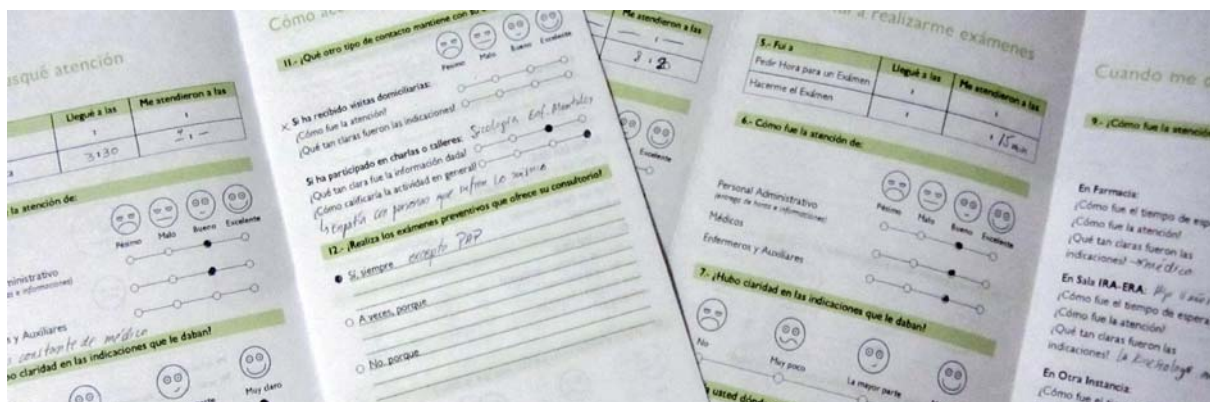
Preguntas	Funcionario 1	Funcionario 2	Funcionario 3
Lo mejor del día fue		Fui muy regalado, es decir, pacientes a quienes atendí me dieron regalos e incluso quisieron pagarme (lo rechacé)	Salí temprano (17:00) a pesar de agenda completa y celebrar mi santo.
Lo peor del día fue		-	Cupos de 20 minutos con niños que requerían 40 minutos para evaluación de desarrollo pre-escolar que tuvo que quedar pendiente.
Lo que me llamó la atención hoy fue		Los agradecimientos de los pacientes en terreno	Nada, fui una máquina
Días 3		Viernes 27 de Enero	Miércoles 1 de Febrero
Así fue mi día /Así me sentí		8:00 Entrada al trabajo. Atención pacientes. 13:00 Almuerzo. 14:00 Charla en salón sobre caso pacientes DM-HTA Hipotiroidismo	8:00 Informes diarios nuevos, confusión en el registro. 11:00 Problemas de comunicación en el equipo. 14:00 Estudio de encuesta de calidad de vida en el paciente, pauta a aplicar que aparece en el censo nuevo. 17:00 Acupuntura
Lo mejor del día fue		Charla sobre DM-HTA con especialista	Acupuntura
Lo peor del día fue		Largo y pesado sin tiempo para nada	
Lo que me llamó la atención hoy fue		Día tranquilo (sin incidentes)	Informes diarios nuevos y nadie sabe como registrar prestaciones, generalmente se cambia el registro con códigos nuevos que abarquen fielmente el quehacer de los profesionales, pues esto se hace sobre la marcha y causa confusión si no hay reunión previa.

Preguntas	Funcionario 1	Funcionario 2	Funcionario 3
Días 4		Lunes 30 de Enero	Jueves 2 de Febrero
Así fue mi día /Así me sentí		8:00 Entrada al trabajo. Malas noticias, debo trabajar solo, sin auxiliares. Pega (+++) 13:00 Almuerzo. 14:00 Pega (+++) 17:15 Salida Cansado (+++)	7:00 Desayuno. 8:00 La atención de niño sano me encanta 15:00 Mucho calor para hacer visita domiciliaria.
Lo mejor del día fue		Pude ayudar a una amiga mía.	El compañerismo
Lo peor del día fue		Trabajar solo, doble pega (auxiliar y mía) y también ayudar a otros	El calor
Lo que me llamó la atención hoy fue		Estoy en el circo Chamorro. Soy el Sr. Corales	El compañerismo con mi colega enfermera, yo le ví a una persona para que no se estresara y ella me devolvió la mano viéndome a un paciente cuando yo estaba estresada
Días 5		Jueves 2 de Febrero	Viernes 3 de Febrero
Así fue mi día /Así me sentí		8:00 Entrada a turno. Feliz llegaron 2 auxiliares. Pocos pacientes. 11:30 Estudio. 13:00 Almuerzo. 14:00 Tarde tranquila	8:00 Cansancio extremo! 9:00 Último día de la semana. 10:00 Atención a gotera, pacientes salen de vacaciones o simplemente no vienen a control. 14:00 Reunión y a la casa 17:00 Fin de Semana
Lo mejor del día fue		Tengo remplazo de auxiliar y no trabajo solo	-
Lo peor del día fue		-	Reunión con propuestas de nueva meta para 2012, más la dificultad para su cumplimiento. Examen médico preventivo cada 3 años en hombres y mujeres.
Lo que me llamó la atención hoy fue		Tenía tantos pacientes y llegó menos de la mitad.	Inasistencia de los pacientes citados con antelación.

Preguntas	Funcionario 1	Funcionario 2	Funcionario 3
Escoge un funcionario de la salud que realice labores que no sean las mismas tuyas. ¿Qué diferencias hay en cómo se relacionan con los pacientes?	Auxiliar: Ellas toman la presión, pesan y miden. Por ende pueden ocupar el tiempo en conocer y conversar con el paciente en un plano extra-médico. Reciben muchas quejas(requiere mucha paciencia)		Kinesiólogo: El kinesiólogo tiene una relación mas intensa con el paciente pero por periodos más cortos. Me explico: cuando un niño(a) necesita terapia está toda una semana viendo al profesional, pero se mejoró y no lo vuelve a ver. La función de ellos es casi completamente asistencial, de técnicos, lo de la enfermera es además educativa y ve a los niños durante el ciclo vital. Los ve crecer, ve a la familia completa, al adulto crónico, a la madre que fuma, el padre que le realizó el examen preventivo y al niño o niña hasta los 6 años y lo retoma en la etapa de la adolescencia.
Menciona 3 tareas que hagas periódicamente y explica con qué problemas te encuentras en cada una de ellas.	Almuerzo: falta espacio, por eso sale a comer. Chequear datos de pacientes en el notebook, se queda sin batería. Pacientes a quienes pedí exámenes, entran y no han avisado, por lo que debe salir a decir que los busquen.		1. Pasar cartola de crónicos: tengo Lu-Mi-Vi para poder pasarla porque sólo allí tengo acceso a computador. 2 Día Jueves PM: tengo visita domiciliaria y no hay disponible móvil, sólo los Lu-Mi-Vie, uno demora más y es peligroso ir sola. Debería cambiar mi día de terreno, pero es complicado porque debería cambiar la agenda.
¿Cómo es tu relación con los pacientes que asisten al consultorio?	Buena. Con el tiempo se establecen relaciones de confianza.		En general buena, bien cercana con los niños y sus madres, y con los pacientes crónicos, uno los ve desde el ingreso, les enseño la técnica inhalatoria, compensan sus enfermedades y no tienen más crisis, y eso lo valoran mucho. Con las madres, uno es el referente ante cualquier duda. Los primerizos acuden a uno preferentemente ante cualquier duda.

Preguntas	Funcionario 1	Funcionario 2	Funcionario 3
"¿Qué cosas de tu trabajo te satisfacen como persona y por qué?	Cuando quieren verse contigo. Cuando agradecen la atención. Cuando sienten que les resolviste sus problemas. En general cuando sientes que fuiste útil, que el esfuerzo de tantos años se nota en los resultados.		1. El poder ayudar al crecimiento y desarrollo óptimo de los niños mediante educación a la madre en todo ámbito: alimentación, reposo, sueño, estimulación, en verdad me llena, verlos crecer y que tu aportaste a su crianza es genial. 2. El poder entregar conocimientos a los pacientes crónicos sobre sus patologías y como compensarlas, responder a sus dudas, sobretodo de fármacos. 3. El ir a visita domiciliaria y orientar a cuidadores de personas postradas, gestionar visita médica, proporcionar insumos, etc.
Describe un procedimiento, dentro de tus funciones habituales, que consideres que está dentro de los más importantes. Puedes dibujar, esquematizar, escribir, etc.	Intervenciones educacionales, en cualquier aspecto, desde educar sobre rinitis alérgica (qué es, como mejorarla, que es importante y que no), hasta educar sobre técnicas de crianza e intervención nutricional, la más difícil de persuadir.		Atención Niño Sano: 1.- Anamnesis o Valoración, preguntar sobre estado de salud, alimentación, reposo, sueño, eliminación, higiene, estimulación 2.- Examen Físico 3.- Educación 4.- Observación vínculo madre-hijo, opuesto de la madre-padre y(o cuidador
Describe un procedimiento, dentro de tus funciones habituales, que consideres que está dentro de los más importantes. Puedes dibujar, esquematizar, escribir, etc. ¡Exprésate!			En el control niño sano se pesa y mide al niño, con estos datos podemos ver índices de peso/edad - talla/edad y peso/talla, los cuales están esquematizados por la OMS para el niño de 0 a 6 años por sexo. La máquina podía tener incorporada esta tabla y en la pantalla reflejar todos los indicadores con solo ingresar edad, sexo y con los datos de peso y talla.

Preguntas	Funcionario 1	Funcionario 2	Funcionario 3
"Inventa una máquina o dispositivo que te facilite alguna o muchas tareas de tu labor diaria. Dibújala, descríbe sus funcionalidades, y cómo te ayudaría.	Insistir en la cantidad de documentos y papeleos burocráticos que hay que llenar. Toman más de la mitad de la consulta y entorpecen la calidad de la atención.		Esta fue una semana especial, la penúltima antes de vacaciones. Por lo general hay muchas cosas buenas en mi trabajo, disfruto más haciéndolo cuando el equipo está completo y no hay sobrecarga de trabajo. Esa es mi apreciación, anhelando mis dos semanitas de vacaciones.
Se te queda algo en el tintero?	Insistir en la cantidad de documentos y papeleos burocráticos que hay que llenar. Toman más de la mitad de la consulta y entorpecen la calidad de la atención.		Esta fue una semana especial, la penúltima antes de vacaciones. Por lo general hay muchas cosas buenas en mi trabajo, disfruto más haciéndolo cuando el equipo está completo y no hay sobrecarga de trabajo. Esa es mi apreciación, anhelando mis dos semanitas de vacaciones.



Investigación con Usuarios

El objetivo de la encuesta es que permita acceder a la intimidad de las transacciones que suceden en el servicio, el sentido que tienen para las personas, los eventuales problemas y oportunidades, entre otras cosas que pudiesen aparecer. No se trata de “saber lo que la gente quiere”, que es el error más grave que suele ocurrir con este tipo de estudios, sobre todo cuando lo interpretan los proveedores del servicio. Sobre la aplicación de esta sonda, que en un principio se pensaba como autocompletado por el usuario, finalmente fue una guía de entrevista, para dirigir la información, pues por sí sola no alcanzaba a recoger los aspectos más cualitativos de la experiencia del paciente.

Hallazgos:

- Comprensión de las carencias del sistema y conformismo de parte de los usuarios, se repite mucho la frase “es lo que hay no más”.
- Resistencia a acudir al consultorio, quienes pueden, pagan atención privada y solo utilizan algunos servicios del consultorio.
- Todas las peticiones de información sobre “cómo hacer”, “donde voy” y “qué hago” se dirigen a OIRS. No existe transparencia en los procesos, no hay una guía clara haciendo que el usuario se pierda en el recorrido.
- No suelen tener problemas con los especialistas que los atienden, la mayor parte de las quejas se dirigen al personal administrativo (SOME).
- Dicen aprender a cuidar su salud a través de los siguientes medios: 1º Médicos, 2º Televisión y 3º Diarios Murales (del consultorio).
- Tienen problemas con los tamaños de las lecturas e informaciones que hay en las paredes de los consultorios.
- Su satisfacción al salir está directamente relacionada con el tiempo de espera.
- Poca flexibilidad de vías para tomar hora. Se producen situaciones como hacer fila desde una hora antes que abran el consultorio para tomar hora con odontólogo.

Encuesta
Percepción del Servicio



Mi edad es
Mi sexo es ..Femenino Masculino

Cómo me sentía

Pésimo Malo Bueno Excelente

Al Llegar

Durante la atención

Al Salir

Portada del tríptico

Cuando busqué atención

I.- Vine a	Llegué a las	Me atendieron a las
Pedir Hora	:	:
Consulta Médica	:	:

2.- Cómo fue la atención de:

Pésimo Malo Bueno Excelente

Personal Administrativo
(entrega de horas e informaciones)

Médicos

Enfermeros y Auxiliares

3.- ¿Hubo claridad en las indicaciones que le daban?

No Muy poco La mayor parte Muy claro

4.- ¿Sabía usted dónde debía dirigirse en cada etapa de la atención?

No Pocas veces Casi siempre Siempre

Solicitud de Atención

Quando fui a realizarme exámenes

5.- Fui a	Llegué a las	Me atendieron a las
Pedir Hora para un Exámen	:	:
Hacerme el Exámen	:	:

6.- Cómo fue la atención de:

Personal Administrativo
(entrega de horas e informaciones)

Pésimo Malo Bueno Excelente

Médicos

Enfermeros y Auxiliares

7.- ¿Hubo claridad en las indicaciones que le daban?

No Muy poco La mayor parte Muy claro

8.- ¿Sabía usted dónde debía dirigirse para realizar su examen?

No Pocas veces Casi siempre Siempre

Quando me dieron un tratamiento

9.- ¿Cómo fue la atención cuando recibió su tratamiento?

Pésimo Malo Bueno Excelente

En Farmacia:

¿Cómo fue el tiempo de espera?

¿Cómo fue la atención?

¿Qué tan claras fueron las indicaciones?

En Sala IRA-ERA:

¿Cómo fue el tiempo de espera?

¿Cómo fue la atención?

¿Qué tan claras fueron las indicaciones?

En Otra Instancia:

¿Cómo fue el tiempo de espera?

¿Cómo fue la atención?

¿Qué tan claras fueron las indicaciones?

10.- ¿Hubo claridad en las indicaciones que le daban?

No Muy poco La mayor parte Muy claro

Proceso de exámenes para control o diagnóstico

Acceso a tratamiento farmacológico, kinesiólogía y otros.

Cómo accedo a otros servicios

11.- ¿Qué otro tipo de contacto mantiene con su consultorio?



Pésimo Malo Bueno Excelente

Si ha recibido visitas domiciliarias:

¿Cómo fue la atención?



¿Qué tan claras fueron las indicaciones?



Si ha participado en charlas o talleres:

¿Qué tan clara fue la información dada?



¿Cómo calificaría la actividad en general?



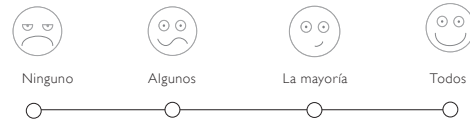
12.- ¿Realiza los exámenes preventivos que ofrece su consultorio?

- ☐ Sí, siempre.....
- ☐ A veces, porque.....
- ☐ No, porque.....

13.- ¿Lee las informaciones en los muros de las salas de espera?

- ☐ Sí, siempre.....
- ☐ A veces, porque.....
- ☐ No, porque.....

14.- ¿Sabe a qué servicios puede acceder en su consultorio?



Ninguno Algunos La mayoría Todos

15.- ¿Con cuáles medios aprende a cuidar más su salud?

- ☐ Televisión ☐ Colegio/Liceo
- ☐ Médicos ☐ Folletos/ Trípticos/ Afiches
- ☐ Enfermeras ☐ Diarios Murales (sala de espera)
- ☐ Parmédicos ☐ Otros:.....

*Sobre el acceso a otros servicios distintos de la atención
clínica en box*

Partituras de Interacción

Para poder llegar a construir un modelo de experiencia del usuario de atención primaria, me centré en los viajes que hacen las personas en cada etapa de la interacción con el servicio. Los usuarios que por su condición de salud, son los que más frecuentan el servicio son las embarazadas y los enfermos crónicos que en su mayoría se trata de los adultos mayores.

En sí, el funcionamiento administrativo del CESFAM es independiente de los tipos de usuarios y sus condiciones, por lo que las mayores diferencias se centran en la especialidad del profesional al que consulta y por lo tanto, dependen de éste las acciones que se toma con cierto tipo de pacientes o incluso dependiendo de la gravedad de sus casos.

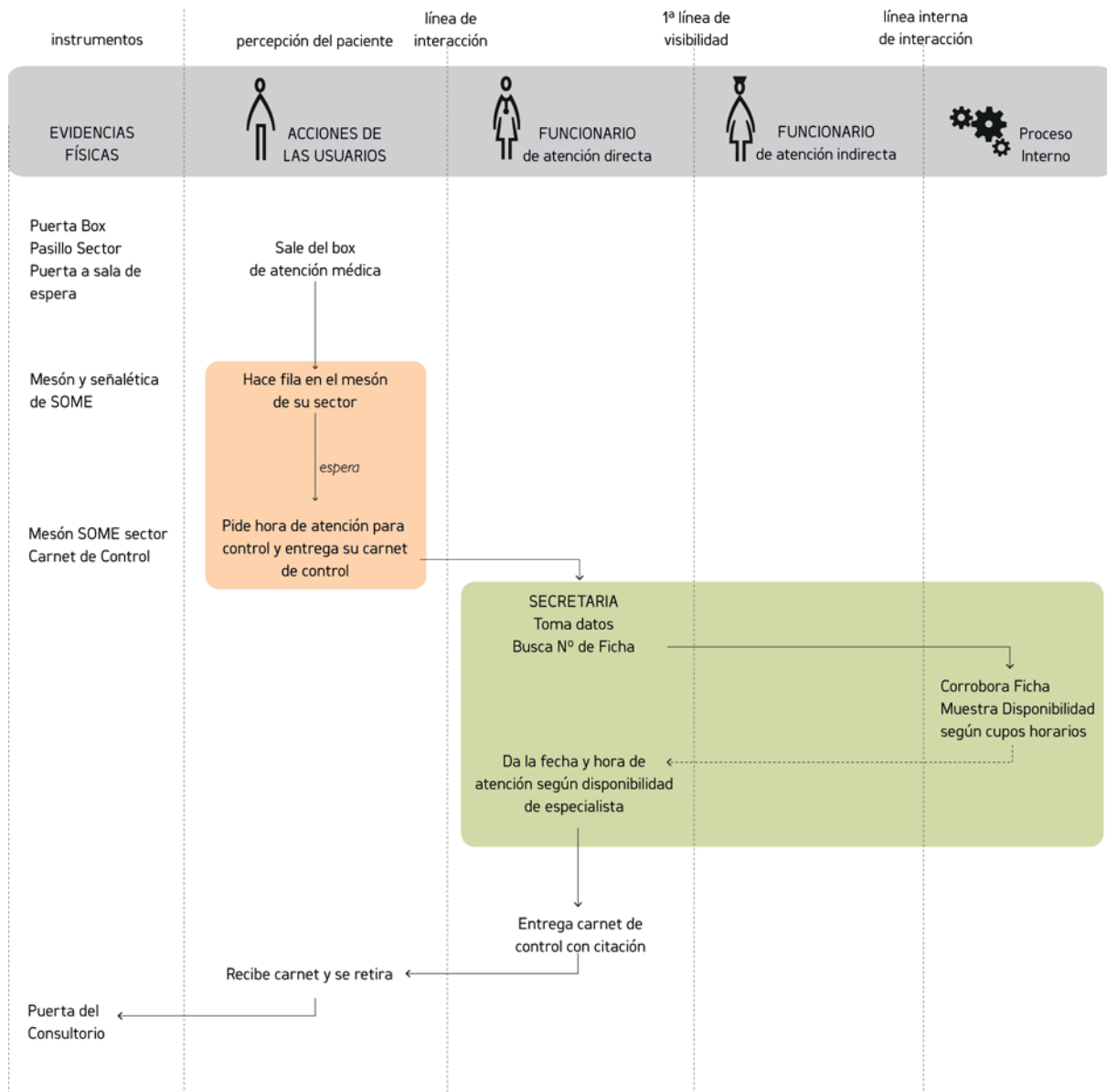
A continuación se presentan las partituras de los procedimientos más comunes y en las cuales se destacan ciertas transacciones relevantes en el proceso de atención y experiencia del usuario. Éstas son:

Solicitud de Atención

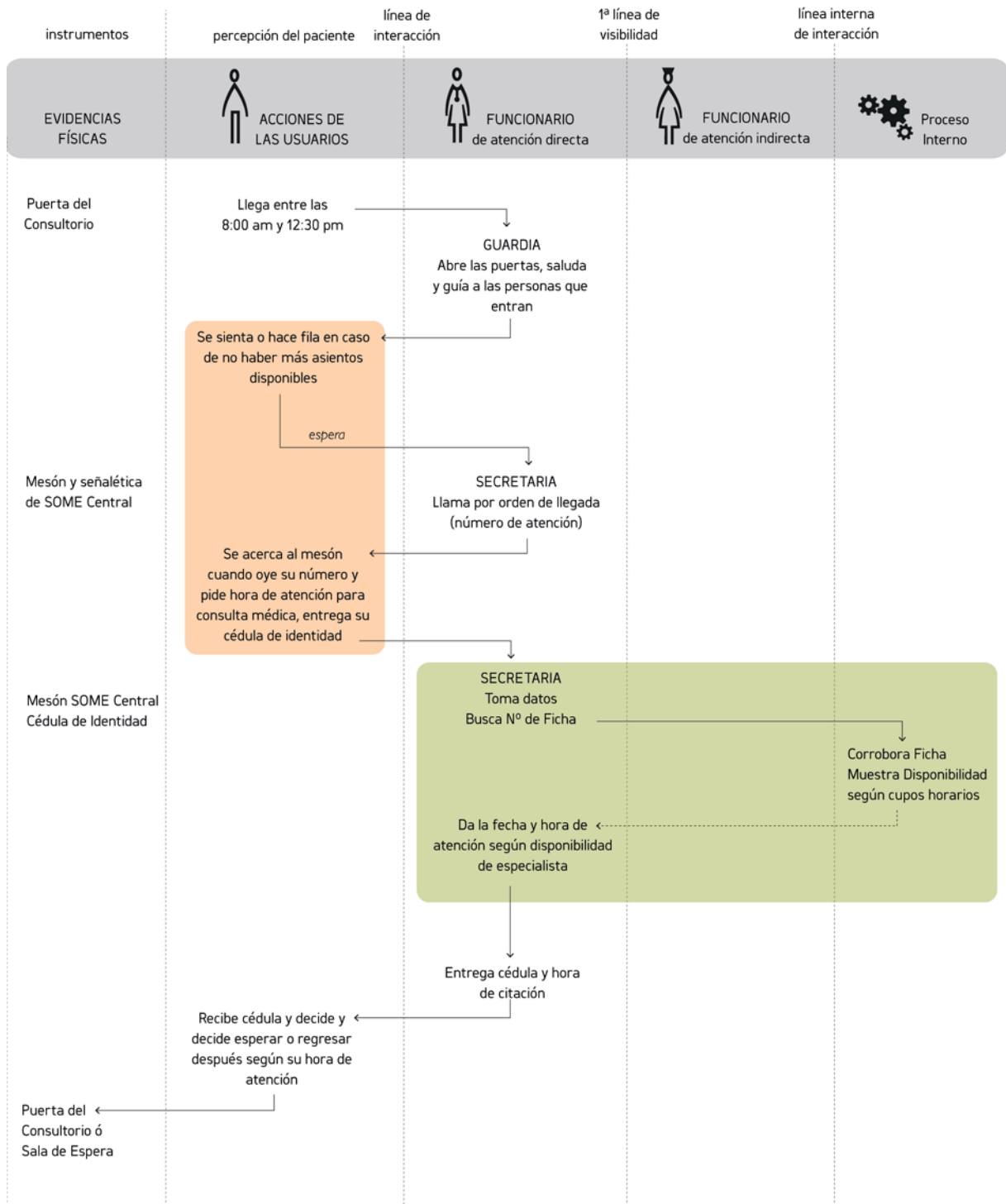
Proceso de registro de datos

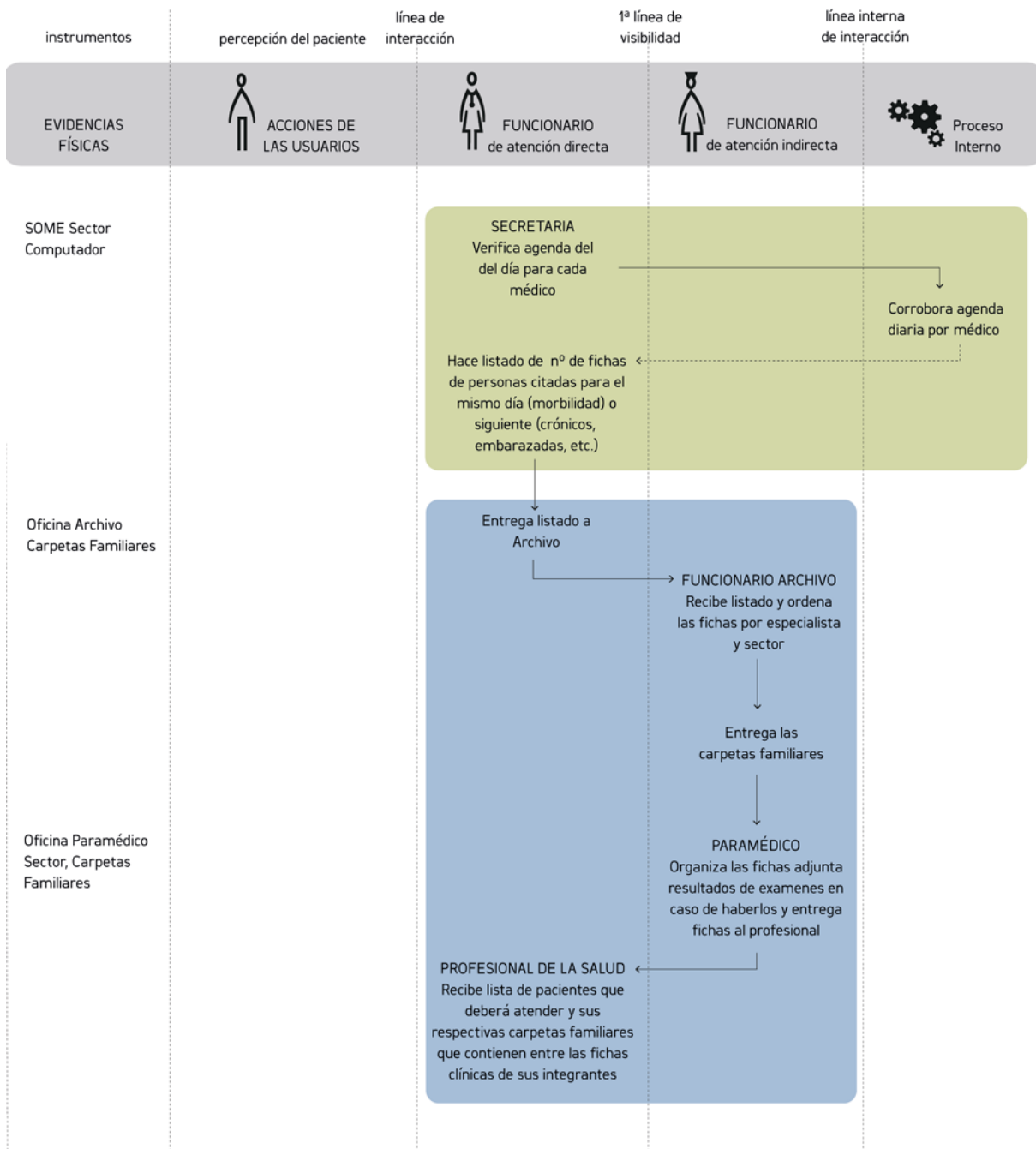
Proceso de corroboración de datos

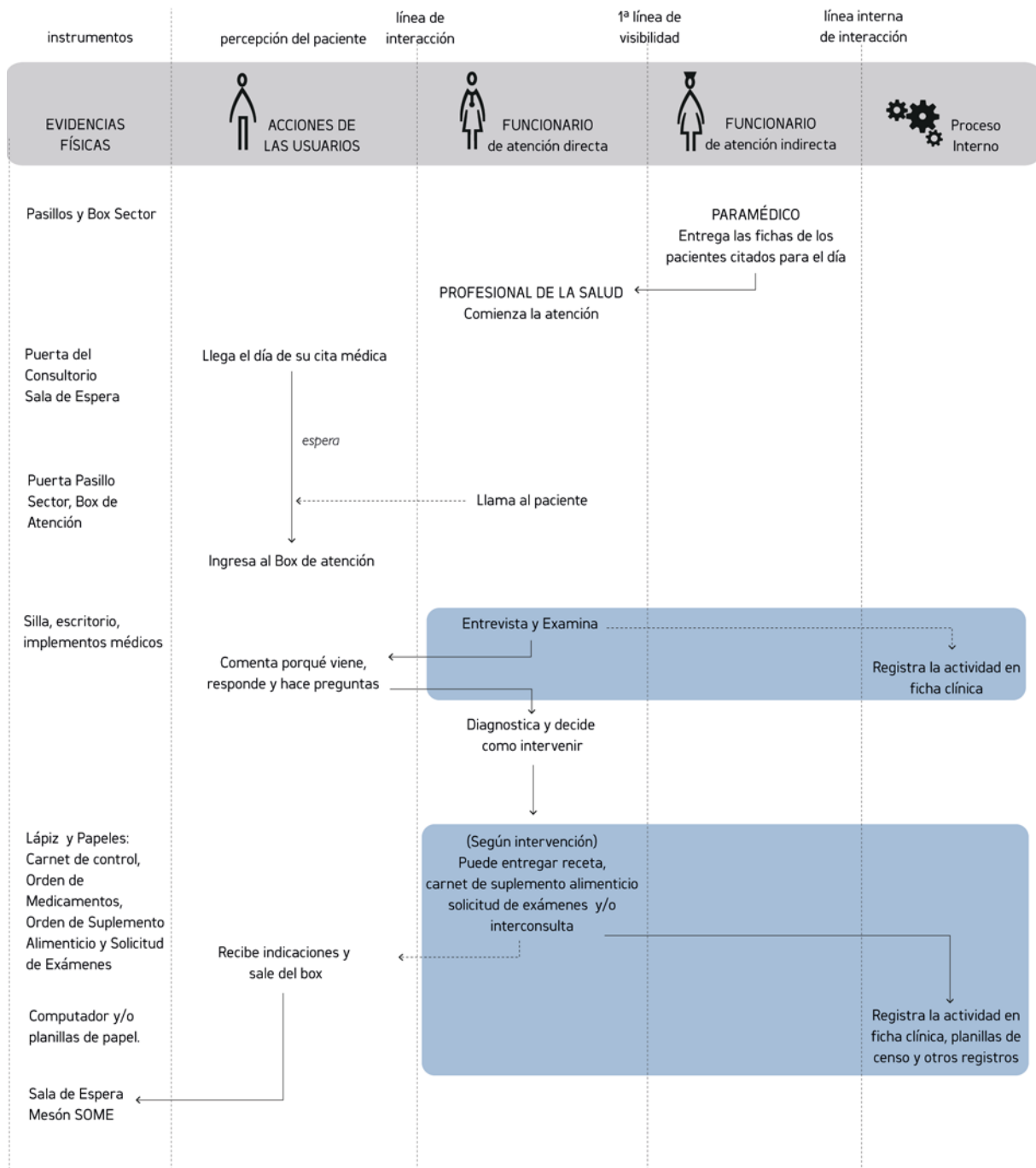
SOLICITUD DE ATENCIÓN Solicitud de hora para siguiente control

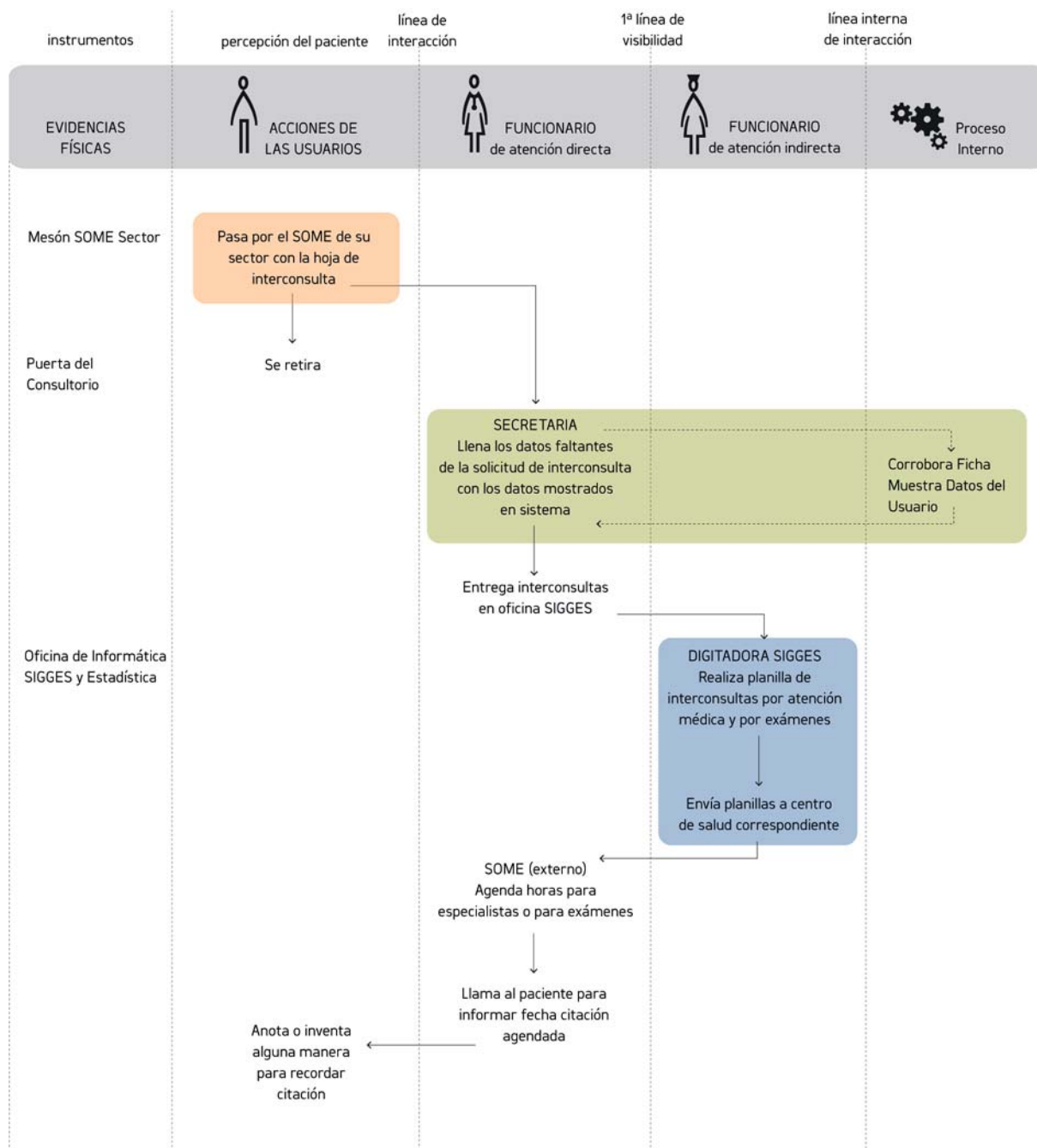


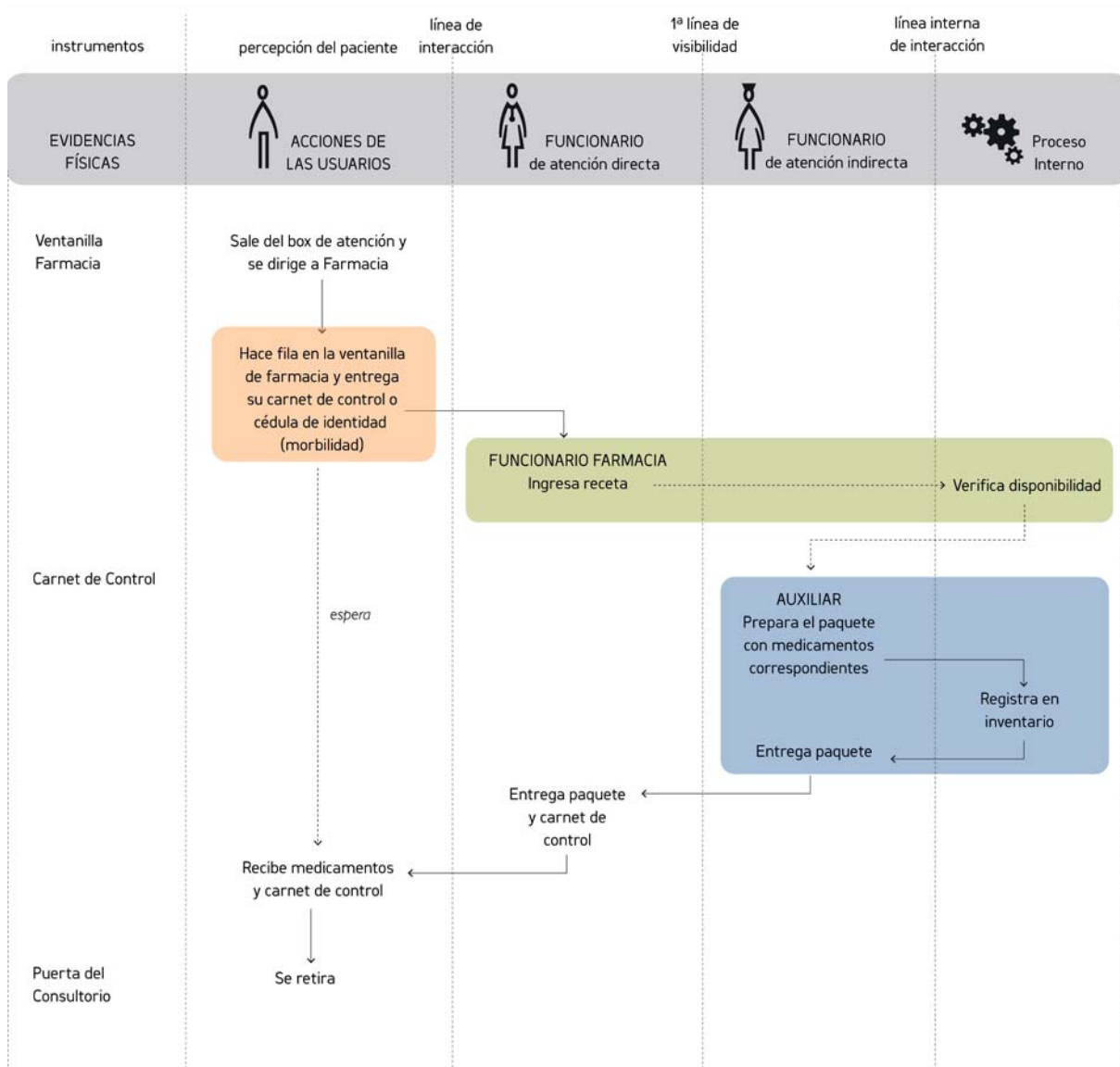
SOLICITUD DE ATENCIÓN Solicitud de hora para atención el mismo día por enfermedad aguda



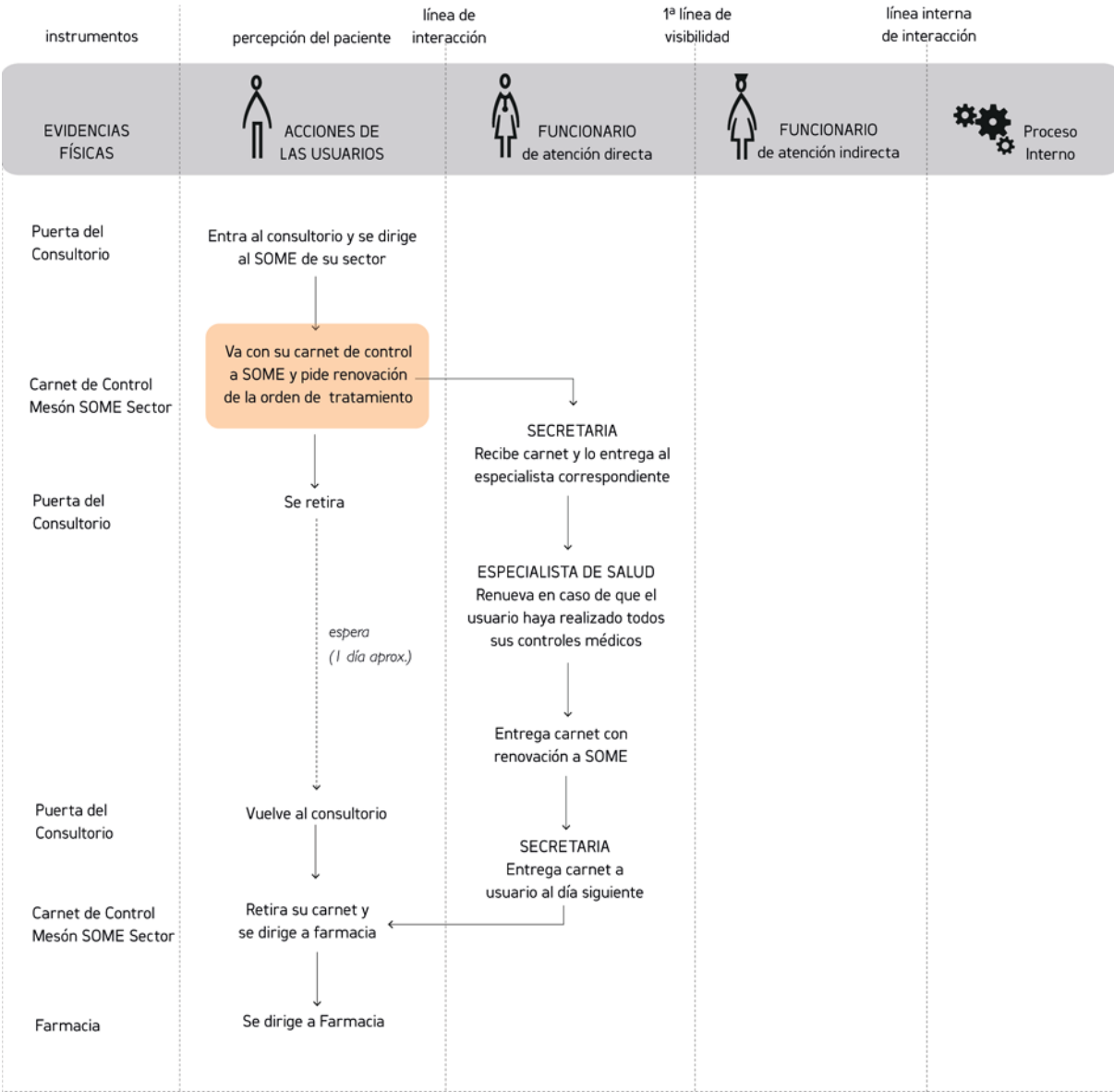






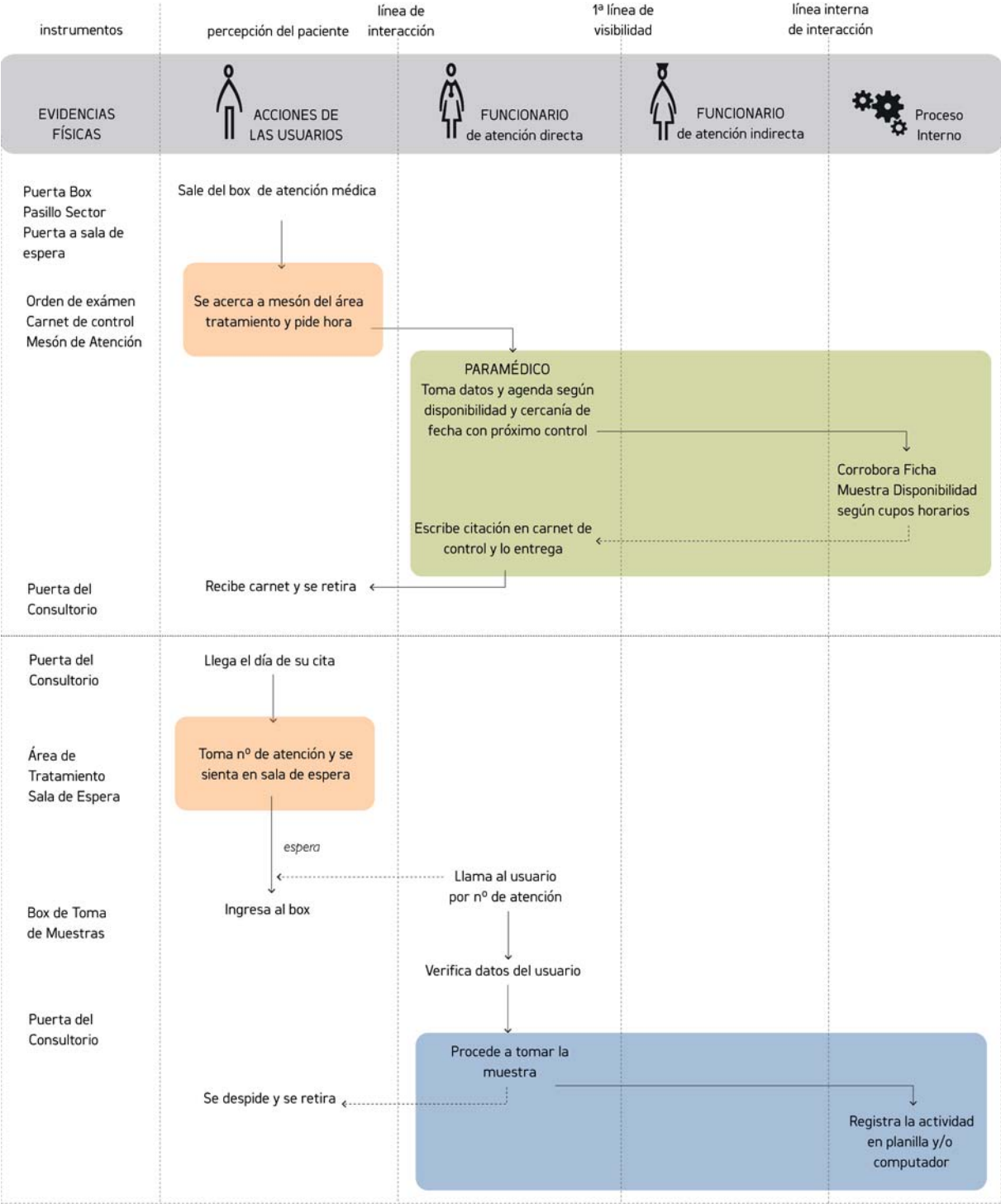


RENOVACIÓN DE RECETA Para tratamientos que no se han podido retirar por completo por falta de stock



TOMA DE MUESTRA PARA EXÁMENES

Incluye agendamiento de citación y toma de muestra el día citado



07

Modelo de Experiencia del Usuario de Atención Primaria

El eje central de la experiencia es la interacción de la familia con el equipo de salud. Cómo está compuesto el núcleo familiar, los ciclos vitales por los que atraviesa cada integrante y sus condiciones de salud.

En pocas ocasiones se alcanza el equilibrio entre el medio ambiente y la persona, por lo que cada ciclo vital es vulnerable a distintos factores de riesgo. Asimismo, se dice que una persona está aparentemente sana cuando no presenta una sintomatología visible y en muchos casos se trata de una patología oculta. Por eso los esfuerzos puestos en la promoción de un estilo de vida saludable, la información sobre los factores de riesgo y los exámenes preventivos para todos los ciclos son fundamentales.

Sin embargo, el estilo de vida actual y la falta de recursos económicos y humanos del sistema público de salud hacen la mayoría de las personas opten por no “perder tiempo” y no se controlan periódicamente, incluso algunos dejan pasar varios años hasta que presentan síntomas de alguna patología aguda o crónica. Tanto así, que los funcionarios suelen “hacer lo que se puede con lo que se tiene”, y así también los usuarios se conforman porque “es lo que hay no más”.

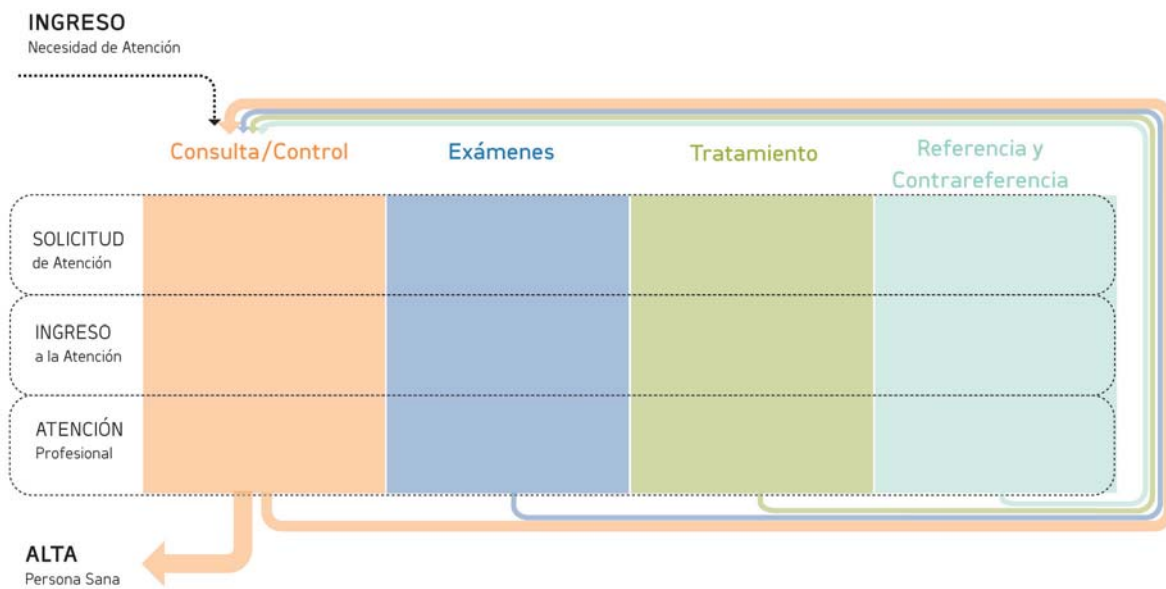
Si bien los esfuerzo de los mismos equipos de salud se abocan a cubrir la mayor cantidad de prestaciones que puedan, las decisiones sobre la gestión y los procesos no siempre se hacen pensando en el usuario, sino en la metas; es así como encontré un caso de una señora que prefería atender a su padre (adulto mayor) en el sistema privado, porque para pedir hora en el consultorio tenía que llevarlo a las 7:30 de la mañana en invierno, cosa que ella consideraba inadmisibles para la edad y condición de salud de su padre.

El Modelo de Experiencia está basado en cuatro procesos que se diferencian en el motivo por el que se solicita atención, todos éstos derivados de un proceso principal, la consulta con el especialista, ya que en él se planifica la continuidad o término de la atención.

Este modelo de salud debería tender a un egreso satisfactorio del usuario, siendo dado de alta por el especialista, sin embargo, dados los constantes problemas, el proceso de atención se estanca en ciertas etapas desembocando en un abandono del sistema por parte del usuario. Los procesos iniciados quedan a medias y a veces empeoran la condición por la cual entraron por primera vez.

Aún no hay mucha claridad en la promoción y prevención que ocurre entre el alta de la persona y una nueva necesidad de atención. Aun así, uno de los objetivos de este proyecto es hacer que este flujo tienda a empoderar a las personas con su salud y generar grupos de pacientes bien informados y que sean capaces de mantener tanto su salud como aportar a la de su comunidad desde su propia experiencia. Sería el caso de los enfermos crónicos, que debido a su condición, la enfermedad pasa a ser parte de un estilo de vida. Por esto mismo y por la naturaleza empática del ser humano es que nadie entiende mejor a un crónico, que otro crónico.

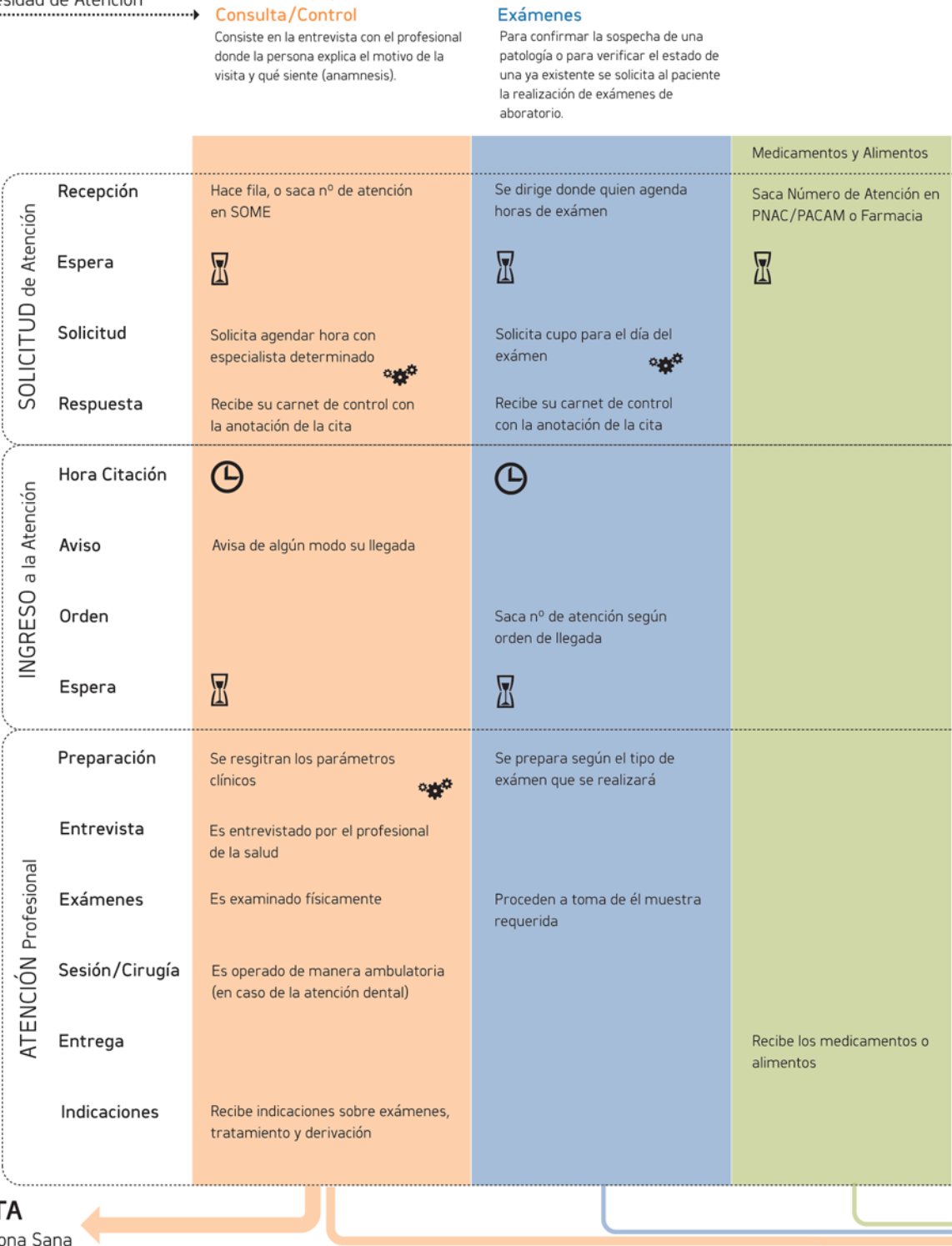
A continuación expone el Modelo de Experiencia del Usuario de Atención Primaria y luego, un análisis de las principales problemáticas.



Esquematzación de los procesos principales para la posterior construcción del Modelo de Experiencia

INGRESO

Necesidad de Atención



Tratamiento

Una vez confirmado el diagnóstico el profesional determina el conjunto de tratamientos a seguir, de los cuales algunos brinda el servicio y otros son instrucciones a seguir en el hogar.

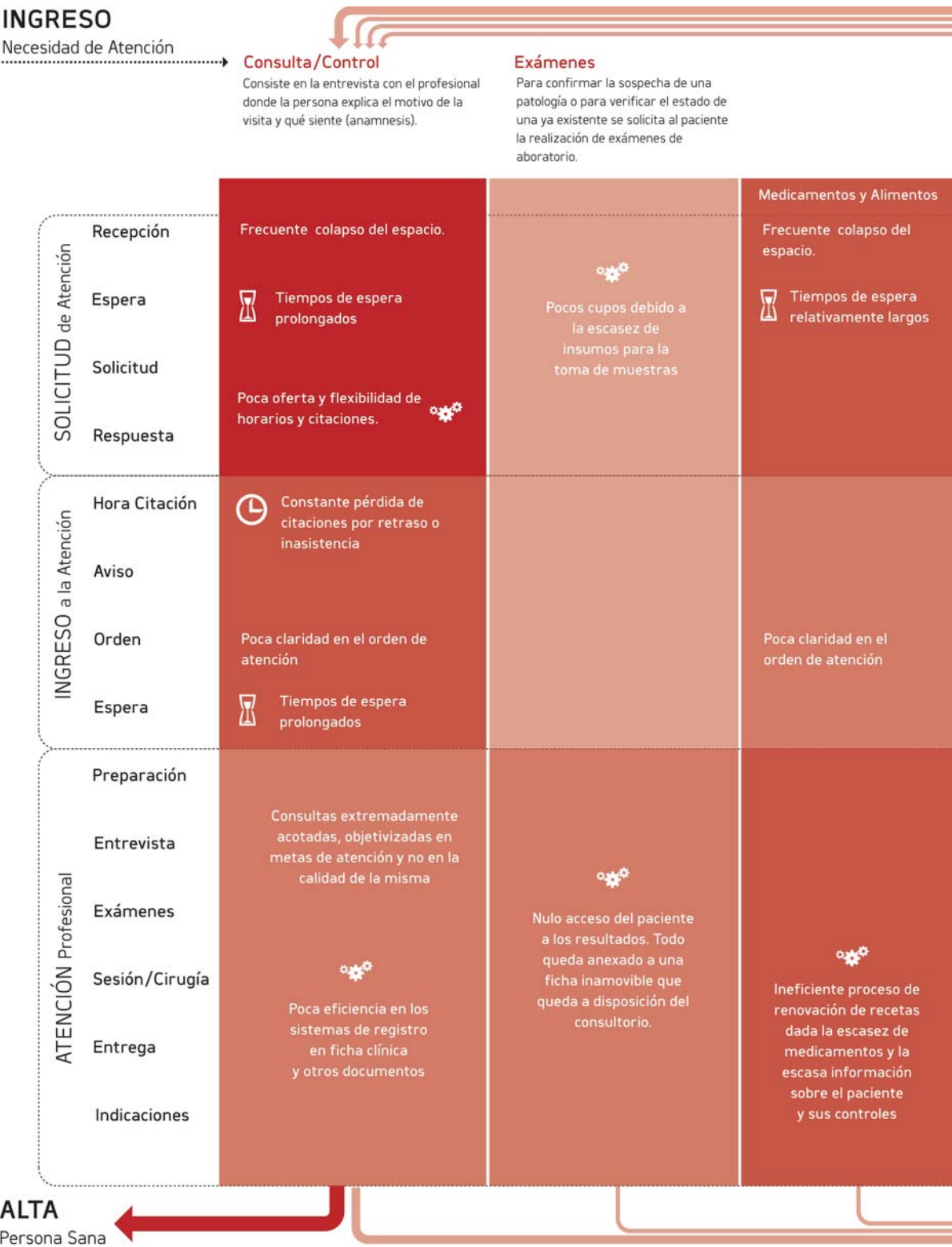
Referencia y Contrareferencia

Cuando el especialista de salud determina que el paciente amerita atención de un nivel técnico-científico, o de especialización superior al que ofrece la atención primaria, se remite al paciente con una Interconsulta.

Tratamientos Kinésicos	Curaciones		
Hace fila, o saca n° de atención en SOME 	Se dirige donde quien agenda horas de curación 	Entrega orden de examen en oficina encargada 	Entrega interconsulta en oficina encargada 
Solicita agendar hora de atención con kinesiólogo 	Solicita agendar hora de atención 		
Recibe su carnet de control con la anotación de la cita	Se anota de alguna manera la citación	Es notificado telefónicamente	Es notificado telefónicamente
			
Avisa de algún modo su llegada	Avisa de algún modo su llegada	Avisa de algún modo su llegada	Avisa de algún modo su llegada
			
Recibe el tratamiento kinésico	Recibe el tratamiento curativo	Se prepara según el tipo de examen que se realizará Realización del examen (toma de muestra o imagenología) 	Entrevista con profesional de la salud Es examinado físicamente
Recibe indicaciones para continuidad de tratamiento en casa	Recibe indicaciones para cuidados de recuperación en casa	Recibe los resultados de los exámenes	Recibe indicaciones sobre exámenes, tratamiento y contra-derivación

INGRESO

Necesidad de Atención



Tratamiento

Una vez confirmado el diagnóstico el profesional determina el conjunto de tratamientos a seguir, de los cuales algunos brinda el servicio y otros son instrucciones a seguir en el hogar.

Referencia y Contrareferencia

Cuando el especialista de salud determina que el paciente amerita atención de un nivel técnico-científico, o de especialización superior al que ofrece la atención primaria, se remite al paciente con una Interconsulta.

Tratamientos Kinésicos	Curaciones		
Frecuente colapso del espacio.  Tiempos de espera prolongados Poca oferta y flexibilidad de horarios y citas.	 Poca transparencia e inexistencia de un proceso protocolizado de acceso común	 Tiempos de espera prolongados Poca oferta y flexibilidad de horarios y citas.	 Tiempos de espera prolongados Poca oferta y flexibilidad de horarios y citas.
 Constante pérdida de citas por retraso o inasistencia Poca claridad en el orden de atención  Tiempos de espera prolongados	 Constante pérdida de citas por retraso o inasistencia	 Constante pérdida de citas por retraso o inasistencia	 Constante pérdida de citas por retraso o inasistencia
Consultas extremadamente acotadas, objetivizadas en metas de atención y no en la calidad de la misma  Poca eficiencia en los sistemas de registro en ficha clínica y otros documentos	Poca eficacia de indicaciones verbales sobre cuidados en el hogar. Nulo material de apoyo confiable	 Inexistencia del concepto de redes en la entrega de resultados. El usuario es el encargado del transporte de los resultados, lo que implica mayor riesgo de pérdida	 Muñtiplicidad de registros de ficha en la red. Poca eficiencia de trabajo interdisciplinario.

Calidad Percibida y Satisfacción Usuaría

El interés por medir la calidad percibida y la satisfacción en la atención de salud desde los usuarios se presenta cada vez más como algo esencial para el mejoramiento continuo en instituciones de salud de países desarrollados. Esta mirada centraliza el foco de atención en los consumidores de salud.

La percepción de calidad y satisfacción parecen ser uno de los factores más influyentes en la evaluación del centro asistencial, lo que puede no ser siempre debido a un conocimiento objetivo por parte del consumidor de salud. Lo anterior, significa que su evaluación no siempre se condice con la calidad funcional del centro de salud, porque existen elementos en esta evaluación que están relacionados con atributos que forman parte de sus sentimientos, emociones, pensamiento y expectativas.

La satisfacción está estrechamente relacionada con el buen trato como elemento importante para incrementar la satisfacción en la atención de salud recibida en los consultorios públicos. El estudiar la satisfacción en los usuarios respecto de la atención de salud se ha convertido en una meta muy valorada y significativa.

El trato a los usuarios es un elemento más que, el consumidor de salud vincula a la imagen y a la calidad percibida en la atención de salud lo que es evaluado desde que la persona entra al consultorio hasta que se va, es decir, la exploración de esta ruta se vivencia como una experiencia ya sea como paciente, acompañante, etc.

En la evaluación no sólo importa considerar la calidad

funcional del centro de salud, por ejemplo respecto de los tiempos de espera, los equipos, su problema de salud que fue resuelto, sino que también todos los otros aspectos que tiene que ver con sus percepciones de calidad subjetiva y sus expectativas. El trato como elemento importante de la satisfacción tiene un fuerte asidero en las relaciones e interacciones personales que se generen entre el usuario y los funcionarios que son parte del consultorio. En ese sentido, cuando el usuario se ha sentido maltratado, no escuchado, no respetado o discriminado produce una relación insatisfactoria que conocerla y enmendarla significa un gran desafío para el equipo y los gestores del establecimiento. Por lo tanto, no servirá sólo evaluar la satisfacción, sino el esfuerzo que hagan los centros asistenciales para que el usuario se sienta satisfecho. Dar soluciones a los problemas que presentan, conocer sus necesidades y también sus expectativas.

Propuesta de Diseño: EGLES

08

Articulando la Red del Servicio

En ésta era de la información y los servicios, la salud pública se ha estado quedando atrás, si bien cada institución se ha preocupado de aplicar nuevas tecnologías tanto en el área clínica como administrativa, sus esfuerzos se ven disminuidos ante la fragmentación e ineficiencia del trabajo en red con las demás instituciones.

Si bien una de las mayores problemáticas es la escasez de recursos, aunque ésto se solucionara, de igual manera seguirían existiendo muchas de las actuales fallas que influyen en la experiencia de las personas. Por lo tanto, lo que se propone es lo inverso, que diseñando un buen servicio se solucionarán a corto plazo la mayor parte de los problemas y proyectándose a futuro con una mejora en la totalidad del Sistema de Salud Público y también Nacional.

La Atención Primaria de Salud Actual: ¿Qué es lo que falla?

Escasez de Recursos

Incluye a todo tipo de recursos necesarios para ejercer la atención primaria, como por ejemplo existe escasez de: recursos humanos, farmacológicos, insumos clínicos, laboratorios y tecnología para realizar exámenes de APS que terminan derivándose a otras instituciones como hospitales o laboratorios privados.

Poca Transparencia en los Procesos

Actualmente la única manera que tienen las personas de preguntar ¿cómo se hace algo?, refiriéndose a algún proceso en la atención de salud, es a través de ChileAtiende para preguntas del procedimientos generales o la OIRS del centro de salud al que asiste. El sistema de salud no se antepone ante la confusión que genera en los usuarios su variabilidad

de pasos en cada proceso y no se planifican de antemano las señales que guiarán al usuario en cada flujo.

Pobre Implementación del Modelo Integral en el Área de Prevención y Promoción

Es también una de las consecuencias de la escasez de recursos humanos, ya que de los 30 mil médicos que existen en Chile, sólo 2.700 trabajan en los consultorios. *“Con suerte tratamos enfermedades, porque hay mucha escasez de recursos y no hay manera de hacer un seguimiento, por ejemplo, de los hijos de personas diabéticas o hipertensas para prevenir ahora que ellos no desarrollen la misma enfermedad. Nada podemos hacer contra la obesidad infantil porque no hay tiempo para hacer prevención”*

Poca Participación y Empoderamiento de las Personas con su Salud

No existen espacios de co-creación del servicio, los pacientes no tienen ninguna injerencia en las decisiones en políticas de salud, más allá de convertirse en números de estadísticas por las prestaciones a las que accedieron. También es consecuencia de lo descrito anteriormente, como pocos funcionarios alcanzan a crear una verdadera relación médico-paciente, en su mayoría se dedican a tratar los síntomas con fármacos y poco alcanzan a hablar de promoción de estilos de vida saludables. Hemos estado viviendo en una cultura que llama a los excesos y que nos llevan a trastornos alimenticios, toxicomanías, depresión entre otras patologías, y por otro lado después los usuarios reclaman una preocupación por su salud que no todos practican.

EGLES: ¿Qué propone?

Para dar solución a las problemáticas planteadas anteriormente, y con el Diseño de Servicio de EGLES implementando a nivel nacional se proyecta las siguientes metas:

- Sincronizar la programación de metas y protocolos con la realidad de la atención directa (desde las altas jerarquías: MINSAL, Servicios de Salud y Corporaciones Municipales, a los Centros de Salud).
- Mejorar la experiencia de las personas en APS, tanto de funcionarios como de usuarios del servicio.
- Implementar el modelo de salud centrado en la prevención y promoción de estilos de vida saludables.

Para lo cual se plantea una plataforma digital y transversal con los siguientes objetivos:

- Mejorar el sistema de registro clínico y digitalizarlo en fichas únicas a nivel nacional.
- Visualizar los datos y estadísticas de atención, prestaciones y epidemiología en tiempo real.
- Mejorar la gestión de los recursos.
- Disminuir la burocracia en los procesos.
- Transparentar los procedimientos en toda la red.
- Crear espacios de participación para la comunidad.

En las siguientes páginas veremos como se comienza a diseñar el Sistema EGLES, deteniéndonos en la interacción y maquetas de la plataforma digital.

EGLES Aplicación de Gestión APS Nacional

En un servicio como es el de la Atención Primaria de Salud donde el principal recurso son las personas que lo brindan, lo que prima en la experiencia es la comunicación con el usuario y entre los mismos funcionarios. Sin embargo, el actual sistema de gestión de la atención es sumamente heterogéneo entre los centros de salud del país, pues no todos cuentan con el mismo nivel de recursos, ya sea de infraestructura, tecnológicos u otros. Esto rige tanto para los casos en estudio, CESFAM, como para todos los centros que brindan atención de salud pública. Es aquí donde entra en juego el trabajo de las y los directores de cada institución para determinar la gestión fina en los procedimientos que se han protocolizado desde el MINSAL y SSNS en ámbitos generales; pues si bien existen manuales, guías y protocolos de atención, éstos dejan el proceso de implementación a la deriva o con algunas anotaciones que quedan en forma de simples consejos. La fragmentación y excesiva burocracia en el funcionamiento de la red del servicio hace que se tomen decisiones desfazadas con la realidad de la atención directa.

Como vimos en el capítulo anterior, las mayores problemáticas de la experiencia, más allá de lo político y económico, se basan en las trabas burocráticas, ineficiencia en el sistema de registro y poca transparencia de los procesos hacia los usuarios e incluso entre los mismos funcionarios. EGLES articula y agiliza estos procesos con el objetivo de ayudar a tener un mejor control en tiempo real para poder tomar decisiones pertinentes con los problemas más frecuentes o ante emergencias sanitarias.

¿Cómo se implementa EGLES?

Ya que proponer que se unifique el sistema nacional de

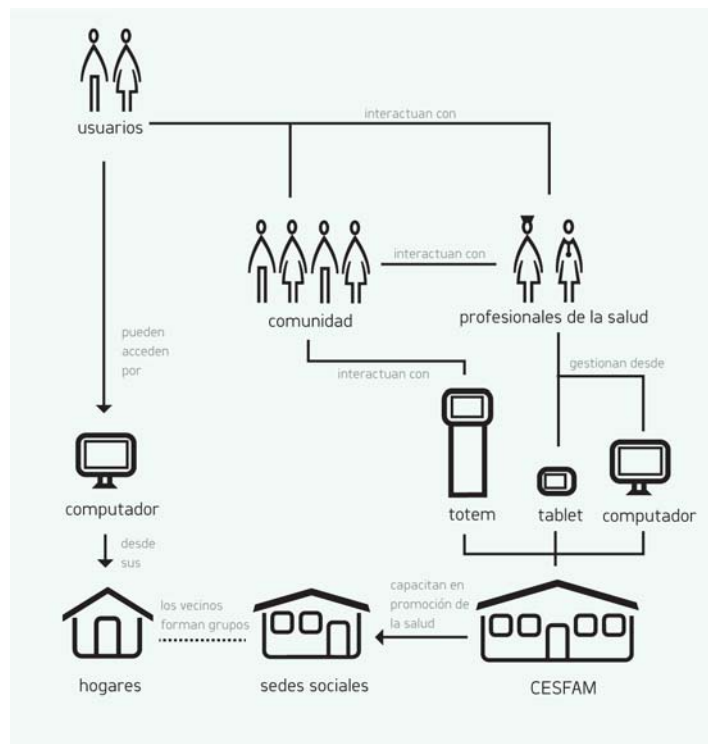
salud es una tarea que demoraría mucho, ya que cambiar el sistema desde las altas esferas requiere mucha mayor voluntad política, EGLES sería implementado por comuna en cada CESFAM y Área de Salud de la Corporación Municipal a cargo.

EGLES como propulsor de un ecosistema de servicios en salud

Los ecosistemas naturales son una fuerte metáfora para entender muchos de los entornos digitales. Un ecosistema natural vivo (de la naturaleza) se define como una comunidad de organismos interactivos junto a su entorno físico. El enfoque de ecosistema digital traslada los conceptos al mundo digital, reproduciendo los mecanismos deseables de los ecosistemas naturales. Se hace necesario crear varios micro-ecosistemas digitales debido a la diferenciación y el desarrollo de los servicios confeccionados a medida para las necesidades locales específicas (por ej.: servicios de salud, hospitales, laboratorios y consultorios, entre otros). La interacción de éstos sustentaría

Un ecosistema digital, es cualquier sistema abierto de adaptación socio-técnico, con propiedades de auto-organización, de escalabilidad y sostenibilidad, que está inspirado en los ecosistemas naturales. La meta de EGLES es comenzar a coordinar la Red de Salud en este ecosistema digital e incluir a la comunidad en la ecuación para el mejoramiento de los servicios.

EGLES gestiona el funcionamiento del CESFAM con su plataforma digital que conecta a través de distintos dispositivos a los funcionarios, a ellos con los usuarios y



comunidad. Como principales implementaciones tecnológica se encuentran: la asignación de un *tablet* a cada profesional de la salud, por su economía, rápida interfaz (touch) y portabilidad; además de cierta cantidad de tótems por CESFAM para agilizar el registro y transparentar los procesos y tiempos de atención.

Otro de los cambios importantes del servicio es la inclusión de grupos de usuarios, reunidos en torno a una actividad

específica, así como talleres de actividad física, de estimulación; o por la condición del usuario, embarazadas, diabéticos, hipertensos, etc. y de esta forma compartir experiencias y datos, generar apoyo y contención dentro de los grupos. Todos estos siempre en contacto directo con profesionales que los guíen y capaciten en promoción de la salud, con tal de generar un cambio a nivel social y cultural.

Partituras de Interacción Propuesta

Uno de los pasos fundamentales en el diseño de este servicio son las partituras propuestas, las que buscan dar luces de cómo se deben guiar a las personas para tener una experiencia de atención satisfactoria y conforme a sus expectativas, tratando de disminuir los inconvenientes más predecibles y dar flexibilidad en los protocolos para solucionar aquellos problemas no previstos, pero donde todo se enmarca en un enfoque de atención donde prima la experiencia más que la ejecución de la prestación.

A diferencia de las partituras que muestran la interacción actual de los usuarios con el servicio, en esta propuesta los puntos de roce que generan incertidumbre o molestia en la persona tratan de ser minimizados mediante el transparentar el estado de atención; ya que, por ejemplo cuando no se sabe cuánto o por qué tardan en atender, se produce ansiedad en las personas y comienzan a preguntar golpeando las puertas de los box entorpeciendo la atención de la persona que está adentro, provocando claramente una mala percepción en todos los involucrados, sean funcionarios o usuarios.

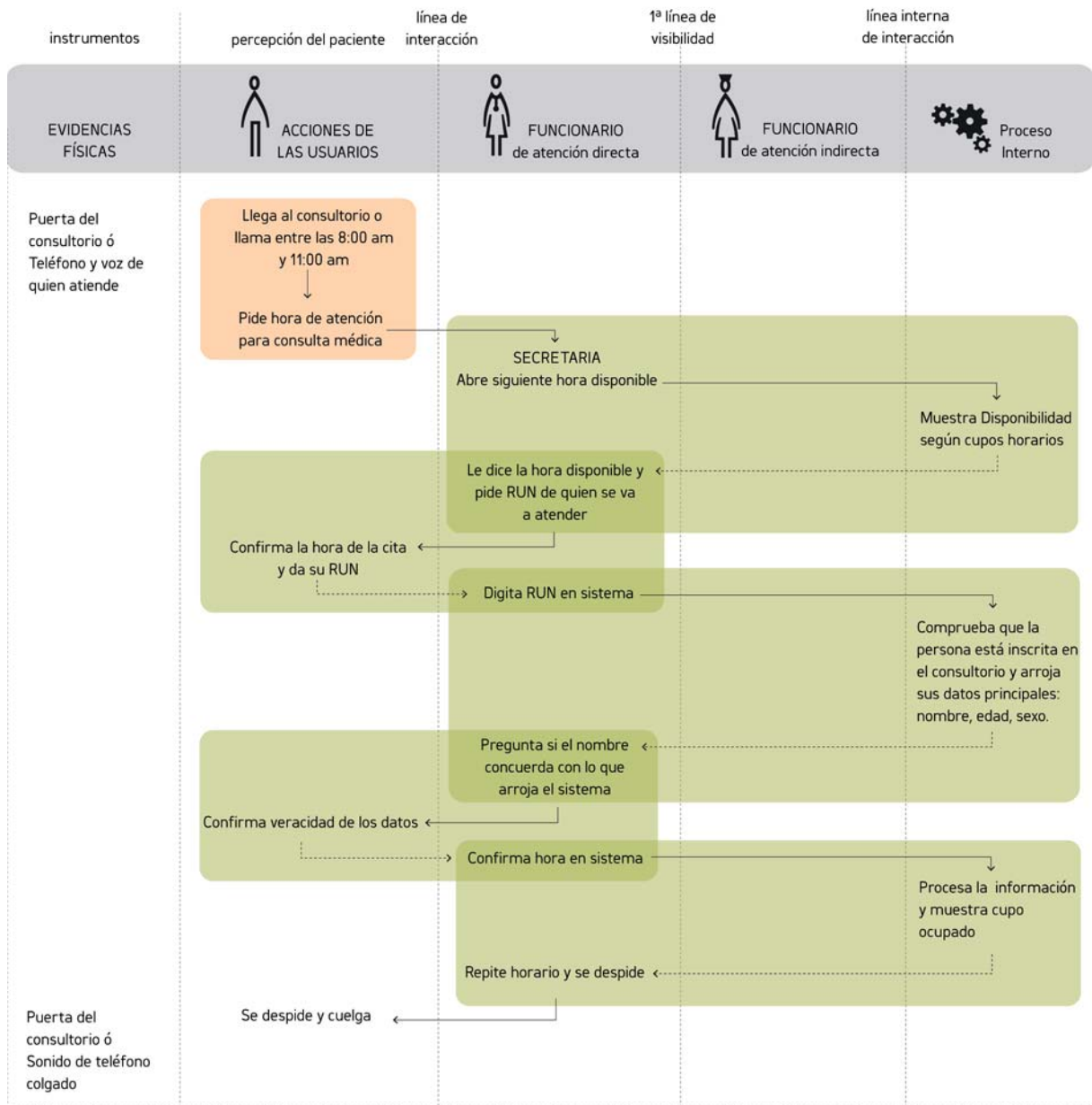
A continuación se presentan las partituras de los procedimientos más comunes y en las cuales se destacan ciertas transacciones relevantes en el proceso de atención y experiencia del usuario. Éstas son:

Solicitud de Atención

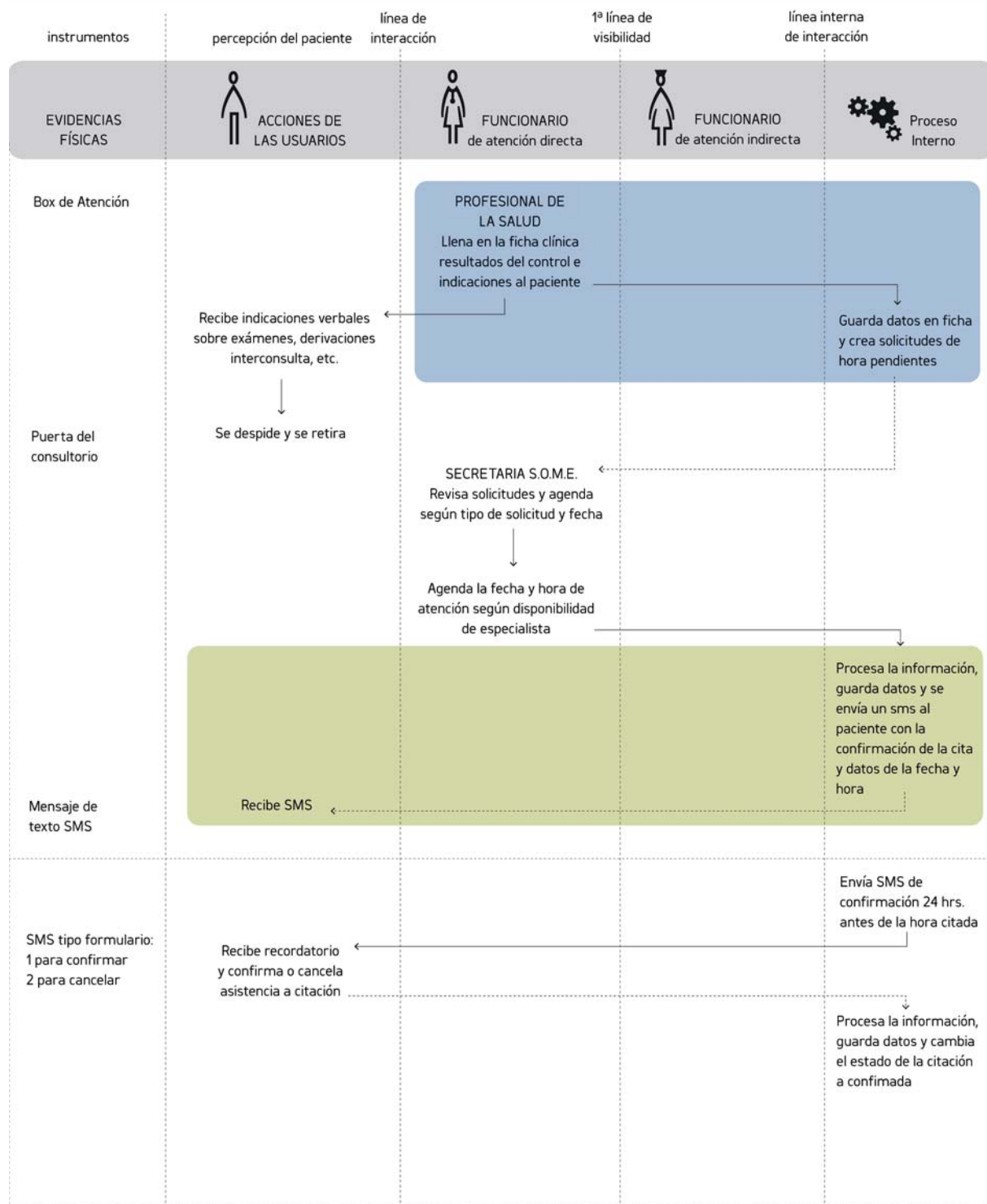
Proceso de registro de datos

Proceso de corroboración de datos

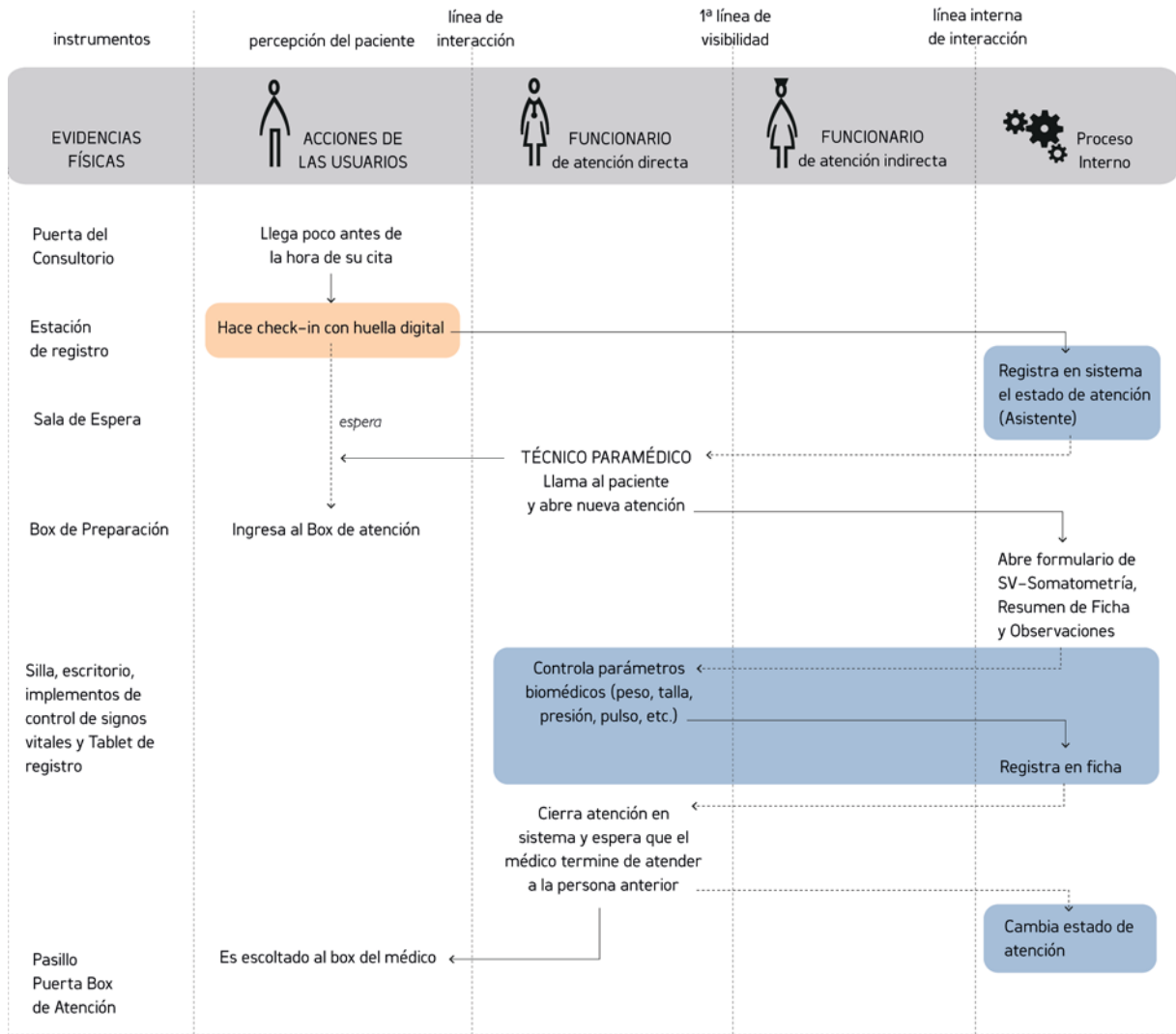
SOLICITUD DE ATENCIÓN TELEFÓNICA O PRESENCIAL Solicitud de hora para atención el mismo día por enfermedad aguda

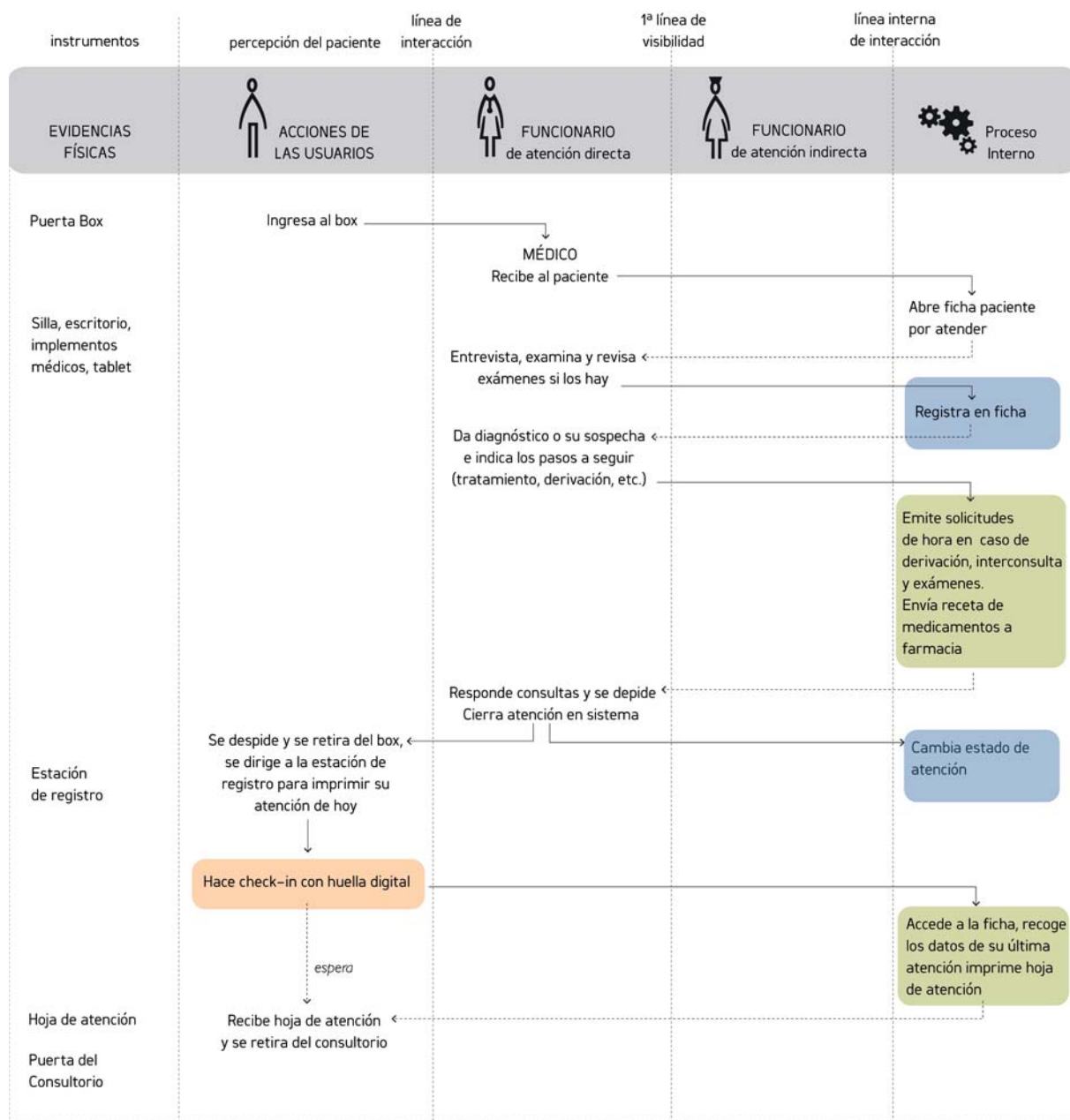


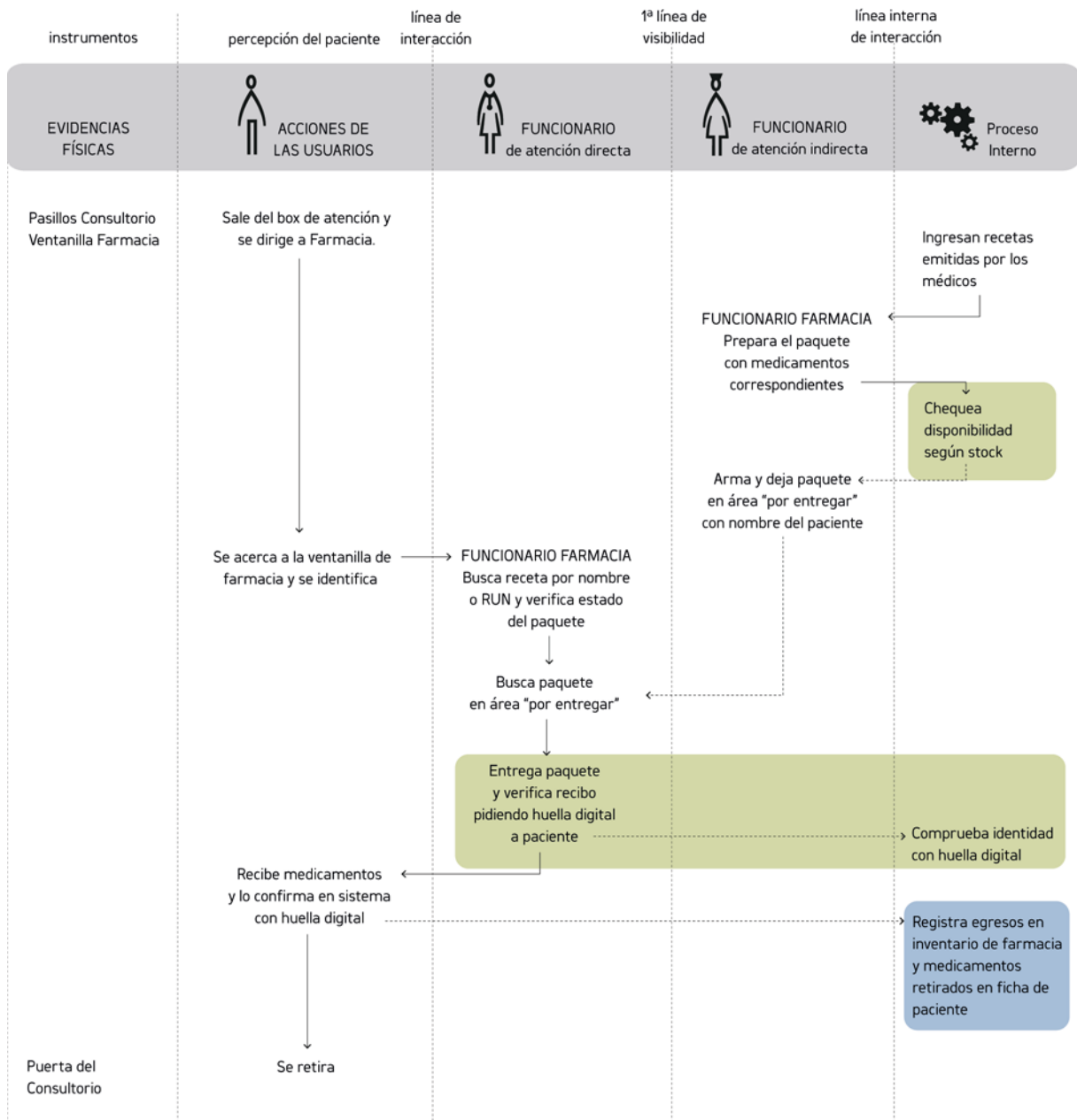
SOLICITUD DE ATENCIÓN Citación para próximo control



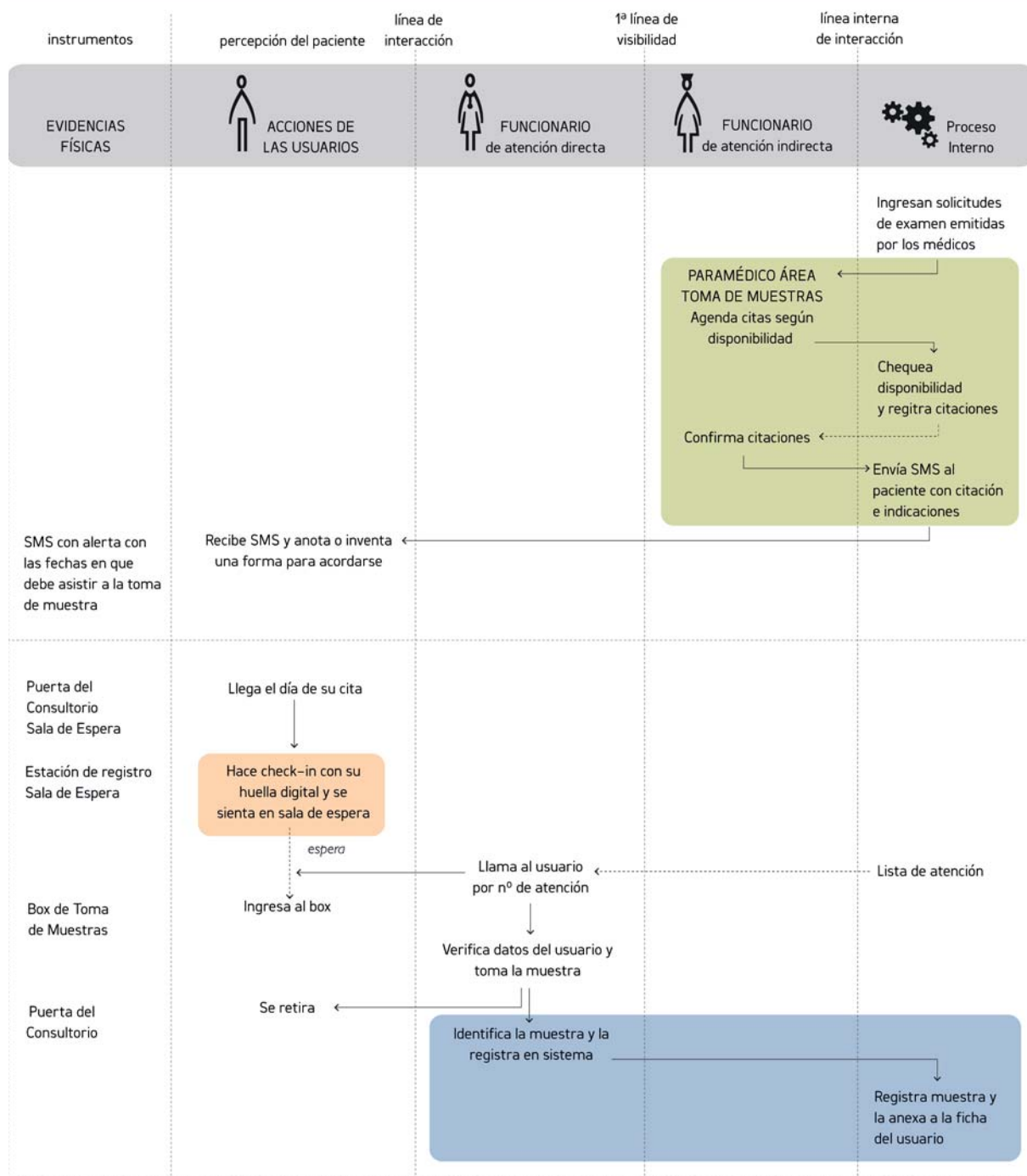
PREPARACIÓN DE PACIENTES Registro de signos vitales y somatometría anterior a la atención con el profesional







TOMA DE MUESTRA PARA EXÁMENES Incluye confirmación de cita y toma de muestra



EGLES: Módulos de Trabajo

A continuación describiremos los mesas de trabajo, sus partes, sus funciones, quienes y para qué las utilizan.

Agenda S.O.M.E.

La agenda es utilizada por la secretaria(o) de S.O.M.E. quien se encarga de programar las citaciones de los usuarios por peticiones telefónicas o presenciales en el caso de una enfermedad aguda o ingreso, y peticiones automáticos por controles programados en enfermos crónicos, embarazadas, o control niño sano.

Menú Agenda:

Desde aquí se accede a la agenda por sector de todos los profesionales, configuración de nuevas agendas, horarios y especialista.

Formulario de Citación:

Aquí se crean nuevas citaciones. Desde aquí se accede a las agendas por especialista desde el selector. Es un formulario que se expande desde el botón “Nueva Citación”.

Agenda Semanal:

Muestra todas las citaciones diarias y cada día tiene un “candado” para cerrar los cambios diarios y que se active el envío de SMS y/o mails a los usuarios informando su hora.

Contadores:

Lleva el conteo de prestaciones agendadas por especialista, se configuran al crear la agenda mensual.

Pendientes:

Aparecen las citaciones generadas para próximo control. Se generan a pedido del especialista en el formulario de Nueva Atención.

Citaciones

[Nueva Citación](#)

Especialista RUN Usuario
 Especialidad Nombre Hora

Enfermera: Marta Ruiz

Junio

Contadores

43/50 Crónico
05/20 Niño Sano
40/85 ERA

Pendientes

Angelino Villalobos
 Control Crónico

Jaime Pérez
 Control Niño Sano

Begoña Vargas
 Ingreso Embarazo

Segundo Armando
 Control Niño Sano

Hora	Lunes 18	Martes 19	Miércoles 20	Jueves 21	Viernes 22
8:00	Claudio Neira	Karen Carrera			
	Joaquín Martel	Marlen Rebolledo			
8:30					
9:00	Macarena Morales	Roberto Quispe			
	Paola Rodríguez	María Bustamante			
9:30	Priscilla Chamorro	Diego Martínez			
10:00	Raúl Cifuentes	Bastian Gonzáles			
	Sandra Morales	Ignacio Morales			
10:30	Juana Marín	Evelyn Araya			
	Mercedes García	Aylim Jeria			
11:00					
	Patricia Moreira				
11:30					
12:00	Kevin Daza				
12:30					
13:00					
13:30					

Registro Llegada Usuario

Las pantallas del tótem por el que accede el usuario comienzan con la identificación de la persona a través de su huella digital, o con el RUN solo para persona con alguna discapacidad para realizar dicha acción.

Lo ideal sería que la información de la huella digital e identificación general de la persona se obtuviese desde el Servicio de Registro Civil e Identificación.

En general las pantallas son bastante simples y unidireccionales en la navegación, destacando la pantalla de ingreso, la de identificación y la de información.

Bienvenido al CESFAM Reina Isabel II

¿Cómo desea ingresar?

Huella Digital

RUN

Solo personas autorizadas

[Ayuda](#)

Por favor coloque su dedo índice
en el lector de huella digital



[← Volver](#)

OK

[Ayuda](#)

Bienvenido, Don Angelino
Usted tiene una citación a las 8:35

Existe un retraso de 10 minutos,
será atendido aproximadamente a las 8:45

Por favor diríjase al
Box 3 y espere su atención

OK

[Ayuda](#)

Lista de Atención Diaria

Todos los profesionales de la salud y el personal de atención clínica tienen su lista de atención, desde aquí se puede acceder a la ficha (en caso de los profesionales) o llenar un formulario de atención que se despliega dentro de la lista.

Agenda Atención Diaria

 Lunes 16 de Enero de 2012  8:45

Estado	Citación	Motivo	Nombre	Ficha
	8:30	C. Crónico	Begoña Vargas Carramiñana	
	8:45	C. Crónico	Angelino Villalobos Araya	
	9:00	C. Crónico	Jaime Pérez Moena	
	9:15	C. Crónico	Joaquín Martel Pinochet	
	9:30	C. Crónico	Raúl Cifuentes Esquivel	
	9:45	C. Crónico	Paola Rodríguez Marín	
	10:00	C. Crónico	Macarena Morales Daza	
	10:15	C. Niño Sano	Mercedes García Arenal	
	10:30	EFAM	Claudio Neira Pérez	
	10:45	EFAM	Macarena Álamos Rojas	
	11:00	EMPA	Karen Carrera de la Barra	
	Hora de atención disponible			
	11:45	EFAM	Segundo Armando Guerra	
	12:00	C. Niño Sano	Juana Marín Ruiz	
	12:15	C. Niño Sano	Sandra Morales Lira	
	12:30	C. Crónico	Priscilla Chamorro Gutierrez	
	12:45	C. Crónico	Alberto Marino Mora	
	14:00	C. Crónico	Macarena Morales Daza	
	14:15	C. Niño Sano	Mercedes García Arenal	
	14:30	EFAM	Claudio Neira Pérez	
	14:45	EFAM	Macarena Álamos Rojas	
	15:00	EMPA	Karen Carrera de la Barra	
	Hora de atención disponible			
	15:45	EFAM	Segundo Armando Guerra	
	16:00	C. Niño Sano	Juana Marín Ruiz	
	16:15	C. Niño Sano	Sandra Morales Lira	
	16:30	C. Crónico	Priscilla Chamorro Gutierrez	
	16:45	C. Crónico	Alberto Marino Mora	

 Inasistente  Por Llegar  En Espera  En Atención  Atendido  En Pausa

Ficha Clínica: Antecedentes Clínicos

La pestaña de antecedentes clínicos está compuesta por dos secciones:

Área de Destacados:

Dependiendo de la especialidad que está atendiendo aparecen los datos de mayor relevancia para su área, de esta forma es posible interiorizarse rápidamente en la situación de la persona que consulta. En el ejemplo se muestra los datos para una enfermera universitaria que controlará a un adulto mayor con una enfermedad crónica.

Historial:

El historial clínico completo se muestra por secciones: historial clínico, historial de atenciones e historial administrativos. El primero muestra los últimos diagnósticos, exámenes, intervenciones, atención dental y vacunas en caso de que hubiere.

Una vez leído los antecedentes el profesional puede abrir una nueva atención con la posibilidad de volver a los antecedentes en cualquier momento.

 Angelino Villalobos Araya · 65 años

Antecedentes
Personales

Antecedentes
Clínicos

Nueva Atención ▾

Destacados

- 03.2011 Hipertensión
- 07.2006 Diabetes Mellitus II
- EFAM
- 02.2011 Autovalente con riesgo
- 02.2011 Minimental: 30

SV-Somatometría ⓘ

- Presión Sistólica 167 mmHg
- Presión Diastólica 104 mmHg
- Frec. Cardiaca 90 P/min
- Saturación O2 97 %
- Peso 83.2 kg
- Talla 169 cm
- IMC 29.7
- Circunf. Cintura 122 cm

Resultados Exámenes

- Glucosa 200 mg ⓘ
- Insulina Basal 15.5 mg/ml ⓘ
- Leucocitos 200 mg ⓘ

Ver Examen Completo

Avisos

 **Farmacia**
Dosis de Enapril sin retirar

 **Médico**
Inasistencia control

 **Carolina Díaz**
Nota: Sospecha Pie Diabético,
Favor Confirmar

Historial

Clinico

Atenciones

Administrativo

Diagnósticos

Fecha	Patología	Tratamiento
21.08.2011	C. Hipertensión	Enapril 200mg cada 24 horas por 6 meses. Dieta hiposodica y 45 minutos de ejercicio aeróbico diario.
17.03.2011	Hipertensión	Enapril 100mg cada 24 horas por 6 meses. Dieta hiposodica y 30 minutos de ejercicio aeróbico diario.
23.12.2010	Gastritis Aguda	Buscapina 30mg cada 6 horas por 10 días. Viadil 3ml cada 2 horas por 3 días. Dieta blanda s/residuos.

Ver Todo

Exámenes

Fecha	Tipo	Examen	Diagnóstico Relacionado
18.07.2011	Físico	Signos Vitales: Toma de Presión 3 días	Hipertensión
07.02.2011	Físico	Electrocardiograma	Hipertensión
15.02.2011	Laboratorio	Recuento de Leucocitos, Hemoglobina.	Hipertensión
02.12.2010	Físico	Revisión por sistemas: Aparato Afecto Digestivo	Gastritis Aguda

Ver Todo

Intervenciones

Fecha	Tipo	Observaciones
30.07.2005	Taller Prevención	Diagnóstico: Existe desconocimiento de los programas de salud que ofrece el consultorio producto de la falta de interés de la señora Priscilla por acercarse a este. Acción de la Familia: Número de integran...
18.07.2005	Visita Domiciliaria	Diagnóstico: Existe desconocimiento de los programas de salud que ofrece el consultorio producto de la falta de interés de la señora Priscilla por acercarse a este. Acción de la Familia: Número de integran...

Ver Todo

Historial de Ficha

Última apertura de ficha el 16 de Enero de 2012 por Médico Rubén Donoso

Conexión Servidor Local

Ayuda y Soporte

Contacto Administrador Local

Privacidad y Uso

Ficha Clínica: Antecedentes Personales

La pestaña de antecedentes personales está dividida en cuatro secciones:

Antecedentes Personales:

Muestra los datos de identificación del paciente, de cobertura, de contacto y domicilio. Además de asignar un cuidador con un enlace a la ficha de éste, en caso de que la persona no sea autosuficiente, por ejemplo en adultos mayores con esta condición y niños pequeños.

Familiares:

Se visualiza el genograma del grupo familiar y parientes directos, con acceso a la ficha de cada integrante. Más abajo se presentan los antecedentes heredo-familiares, es decir, de aquellos parientes que sufren o sufrieron una patología hereditaria y su causa de muerte.

Antecedentes Patológicos:

Incluye todos aquellos antecedentes de enfermedades infecciosas importantes, intervenciones quirúrgicas, intolerancia a medicamentos, entre otros.

Antecedentes No Patológicos:

Se relacionan más con el estilo de vida y hábitos de la persona: toxicomanías (fumar, beber en exceso, drogas y estupefacientes), hábitos nutricionales, de higiene, y otros.

Antecedentes Ginecobtétricos:

En caso de que la persona sea de sexo femenino y habiendo tenido ya su menarca, aparecen todos sus antecedentes que incluyen antecedentes de embarazos hasta la menopausia.

Angelino Villalobos Araya • 65 años

Antecedentes PersonalesAntecedentes ClínicosNueva Atención

- Personales
- Familiares
- Patológicos
- No Patológicos

Personales

Fecha Nacimiento

18 de Julio de 1946

Sexo

Masculino

Nacionalidad

Chilena

Estado Civil

Viudo

Cobertura

FONASA B

Ver Detalles

Ocupación

Trabajador Independiente

Fono

32-2234568

Mail

p.villalobos@gmail.com

Enviar Mail

Cuidador

Priscila Roberta Villalobos Riquelme

Domicilio

El Nogal 2815 - Depto. 22

Mostrar Mapa

Comuna

Valparaíso

Región

V-Valparaíso



Familiares

Composición Grupo Familiar

Parentesco	Nombre	Edad
Usuario	Angelino Alejandro Villalobos Araya	65 años
Hija	Priscila Roberta Villalobos Riquelme	39 años
Nieta	Dalia Nicole Salazar Villalobos	16 años

Heredo Familiares

Nombre	Angelino Alejandro Villalobos Araya		
Parentesco	Abuelo Paterno		
Diagnóstico	Diabetes Mellitus II	Edad al Diagnosticar	56 años 5 meses
Diagnóstico	Hipertensión Arterial	Edad al Diagnosticar	61 años 10 meses
Condición Actual	Fallecido	Edad al Fallecer	68 años 10 meses
Causa de Muerte	Accidente de Tránsito		
Nombre	Eugenino Manuel Villalobos Rodriguez		
Parentesco	Padre		
Diagnóstico	Hipertensión Arterial	Edad al Diagnosticar	55 años 9 meses
Condición Actual	Vivo	Edad Actual	64 años 2 meses

Patológicos

Intervenciones Quirúrgicas	Cirugía por Hernia Umbilical	Edad	5 años 2 meses
Intolerancia a Medicamentos	Penicilina		

No Patológicos

Toxicomanías	Tabaquismo grave, Alcoholismo Leve
Actividad Física	Sedentarismo Moderado

Ficha Clínica: Nueva Atención

Es un formulario que varía por especialidad y su interfaz está diseñada para que el profesional teclee lo menos posible ya que funciona con autocompletado y un sistema de codificación de sintomatología, examinación, diagnóstico y tratamiento, sin embargo deja abierta la posibilidad de anotar nuevos términos que se irán regulando con la administración local.

Destacados:

Además del formulario, muestra en la sección superior una serie de destacados para tener presente en el completado de la ficha, por ejemplo, los indicadores anotados en el control anterior (Por evaluar), siguen los datos del registro de signos vitales y somatometría; y tiene el acceso a los exámenes pedidos para poder revisarlos.

 Angelino Alejandro Villalobos Araya

[Antecedentes Personales](#)[Antecedentes Clínicos](#)[Acciones ▾](#)

Por Evaluar

Dieta
Consumo de Alcohol
Tratamiento Farmacológico

SV-Somatometría

Presión Sistólica	167	mmHg	Presión Diastólica	104	mmHg
Frec. Cardíaca	90	P/min	Saturación O2	97	%
Peso	83.2	kg	Talla	169	cm
IMC	29.7		Circunf. Cintura	122	cm

Revisar Exámenes

 Ecotomografía Abdominal
 Exámen Hematología Fórmula Diferencial Leucocitaria - (Schilling%)

Anamnesis



Ej: 789.07 | Dolor abdominal generalizado

Examen Físico [Ver Anteriores](#)

Área de Observación ▾



Ej: Área de observación: Digestivo - 573.01 | Halitosis

Diagnóstico [Ver Anteriores](#)

Ej: 234 | Diabetes Mellitus Tipo II

Tratamiento [Ver Anteriores](#)

Tipo de Tratamiento... ▾



Ej: Tipo de tratamiento: Higiénico - 889 | Curaciones externas de menor grado

Próxima Evaluación [Ver Anteriores](#)

Ej: 234 | Diabetes Mellitus Tipo II

Observaciones Anexas

[Limpiar](#)[Guardar Cambios](#)[Historial de Ficha](#)

Última apertura de ficha el 16 de Enero de 2012 por Médico Rubén Donoso

 Conexión [Servidor Local](#)

[Ayuda y Soporte](#)[Contacto Administrador Local](#)[Privacidad y Uso](#)

Farmacia

En Farmacia y PNAC-PACAM tienen mesas de trabajo muy similares, éstas incluyen la lista de entrega, un buscador de recetas, en caso de que no aparezcan en la lista y un área de alertas de stock.

Lista de Entrega:

Cada fila corresponde a un usuario, ésta contiene los datos principales de él RUN y nombre, una pequeña visualización del estado de stock de los medicamentos recetados y dos botones de acción. El de armar, despliega el detalle de la receta para quien arma los paquetes; y el de entregar despliega el área de identificación por huella digital que debe ocupar la persona al momento de entregar los medicamentos.

Alertas de Stock:

Es una visualización del porcentaje de stock por medicamento, además se colorea por el grado de urgencia ya que algunos medicamentos son más solicitados que otros o algunos tienen muy bajo stock pero se piden con menos frecuencia.

Toda esta información ayuda a la persona que arma los paquetes de medicamentos a llevar un mejor control del stock de manera más rápida y asigna automáticamente otra fecha de retiro cuando no se ha podido entregar la receta completa (en caso de tratamientos de larga duración), evitando así la necesidad de “renovar” manualmente el estado de la receta.

Citaciones

Buscar receta... 🔍

Lista de Entrega

Lunes, 16 de enero de 2012 📅

Estado	RUN Usuario	Nombre	Stock	Armar	Entregar
	12.413.402-7	Begoña Vargas Carramiñana			
	6.433.008-8	Angelino Villalobos Araya			
	7.563.673-K	Joaquín Martel Pinochet			
	20.623.087-6	Raúl Cifuentes Chavez			
	12.413.402-7	Paola Rodríguez Marín			
	8.234.064-K	Macarena Morales Daza			
	6.576.000-4	Mercedes García Arenal			
	7.114.675-2	Claudio Neira Pérez			
	23.012.080-6	Macarena Álamos Rojas			
	22.253.124-3	Karen Carrera de la Barra			
	9.498.674-1	Segundo Armando Guerra			

Alertas de Stock

Amibiotic Bid

Valapex

 Inasistente

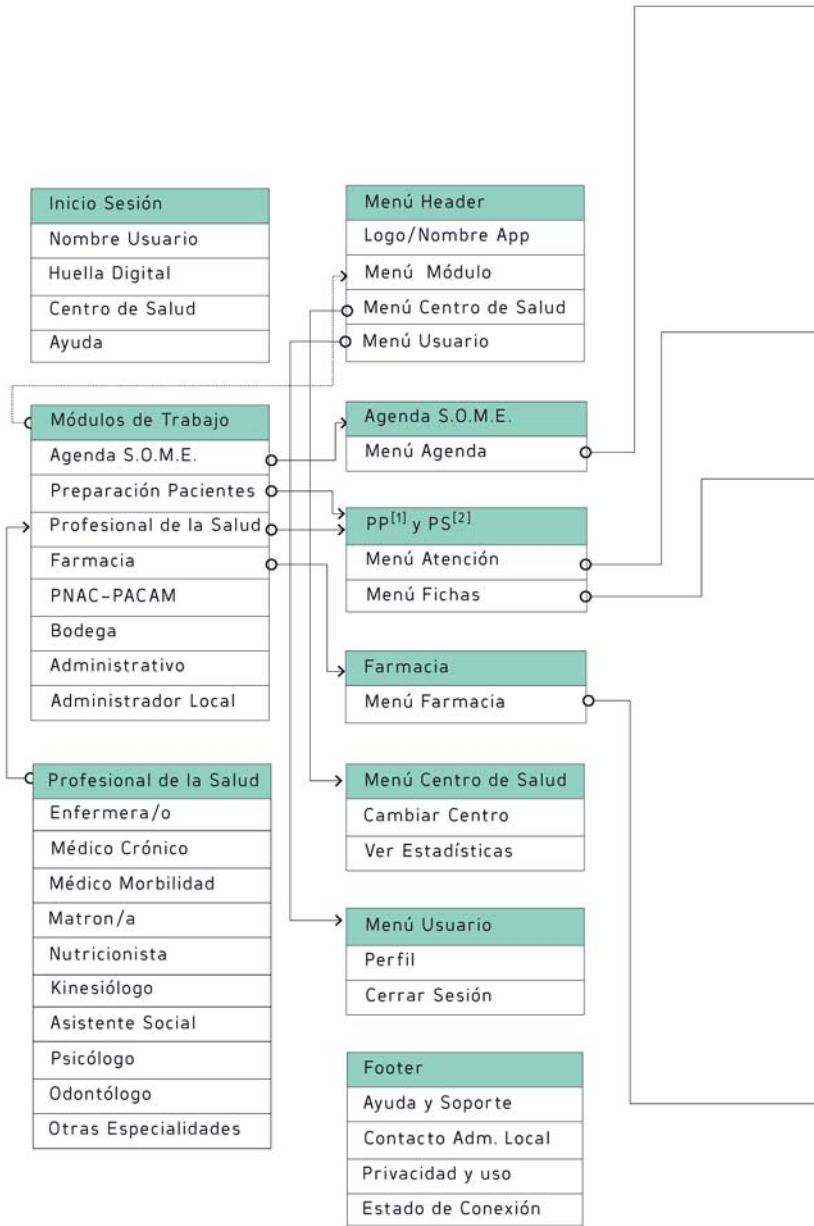
 Citado

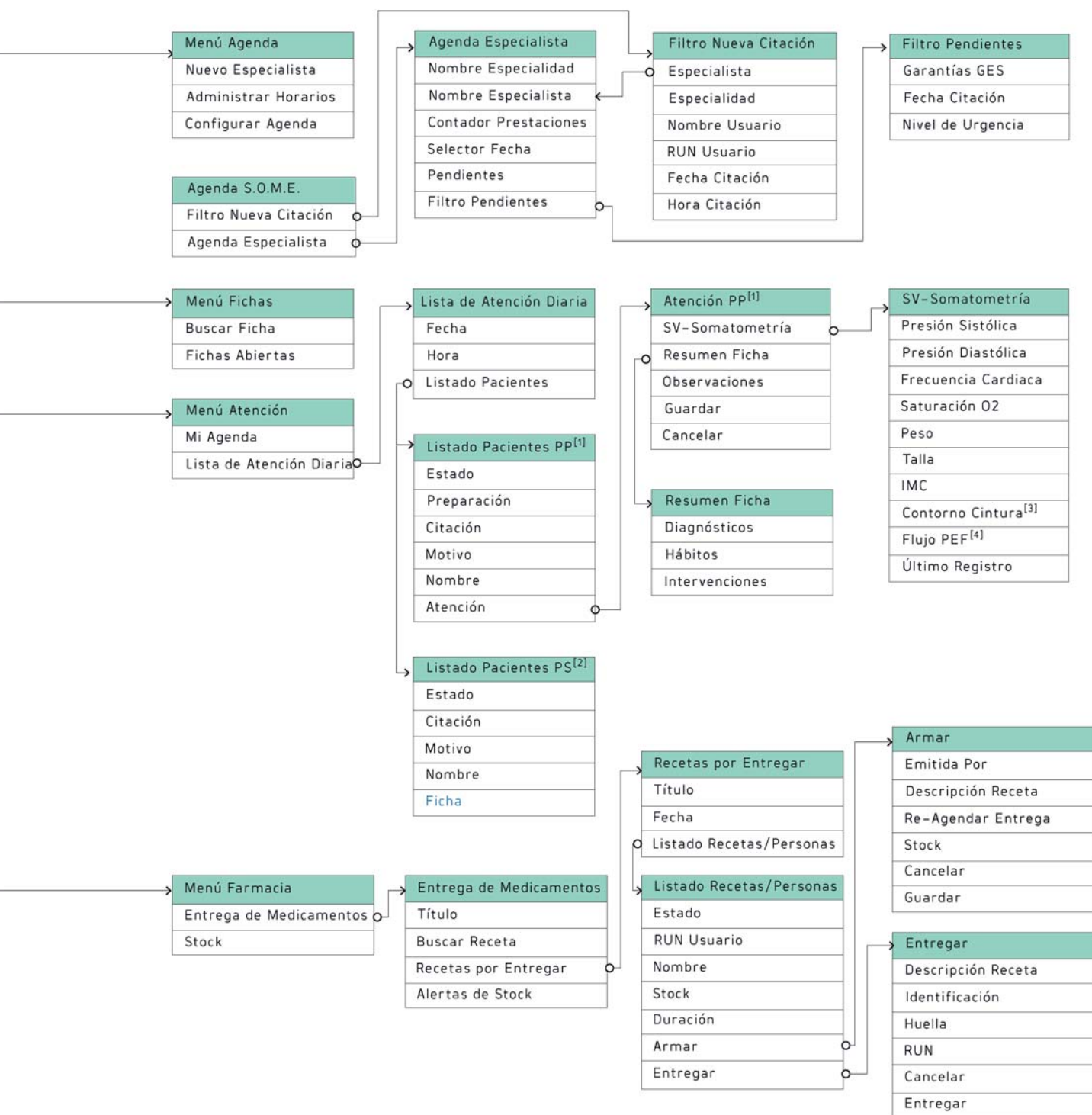
 En Espera

 Atendido

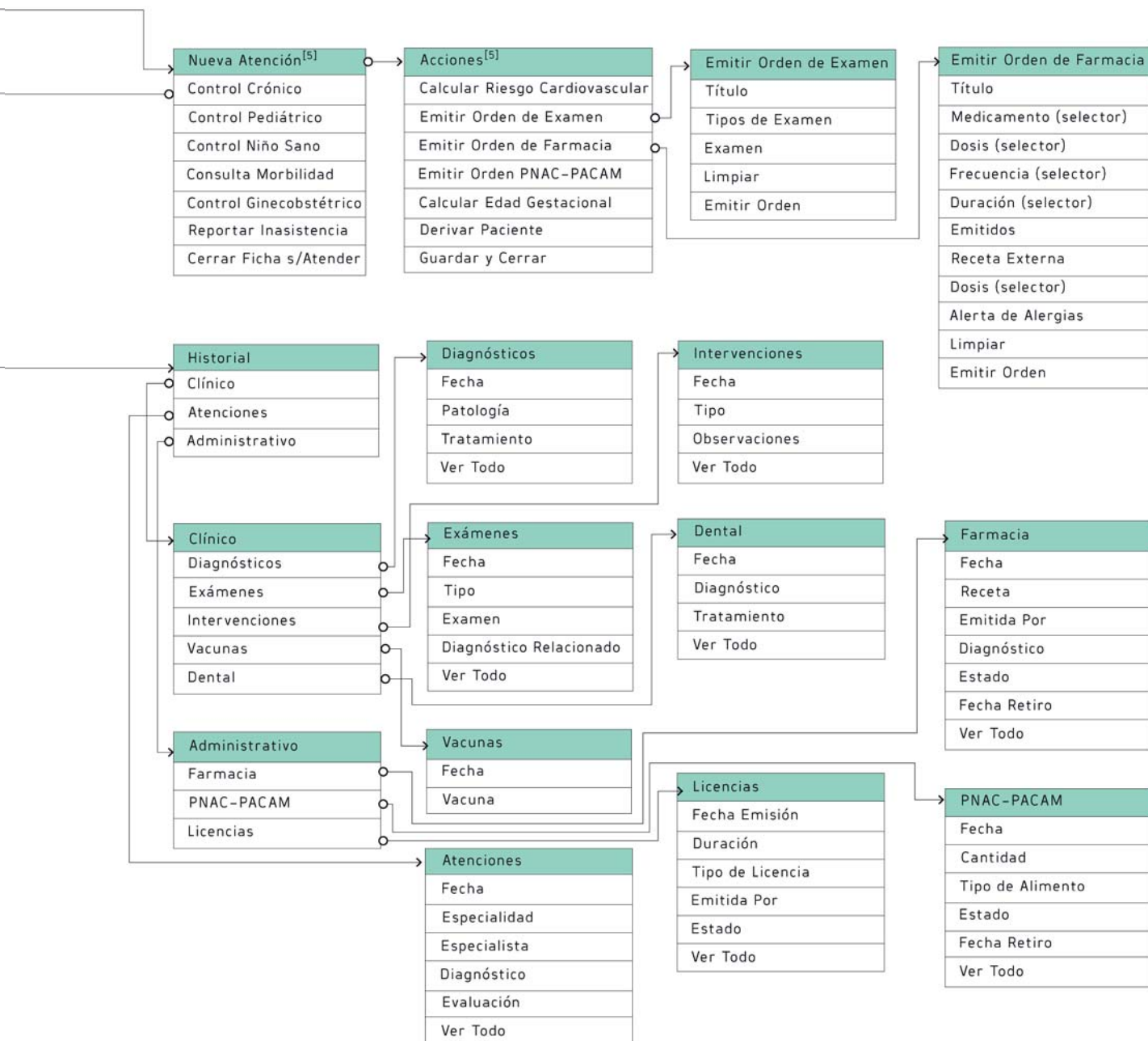
Mapa de Clases

A continuación se presenta el mapa de clases de los módulos desarrollados para los casos de uso









Casos de Uso: Personas y Escenarios

La propuesta de diseño se relaciona con un nuevo modelo de atención mucho más cercano a la realidad del usuario y del sistema de salud primario, por su puesto, éste se basa en el modelo de atención integral con enfoque biopsicosocial familiar y comunitario, solo que cambia en su implementación, definiendo una serie de protocolos de atención que se apoyan en una solución digital para gestionar la atención, la aplicación MiCESFAM.

Ya que el modelo de atención está dirigido a la familia, la línea directiva de los casos de usos atravesará distintas situaciones e instancias de cómo se pone en práctica con de una familia compuesta por 3 integrantes donde cada uno de sus individuos tiene necesidades específicas de atención, éstas se basan en los tipos de usuarios definidos anteriormente en el modelo teórico de atención [Ver Página 37]



“La enfermera me prohíbe algunos alimentos, pero es difícil cuando se es el único que tiene que cambiar su estilo de vida en la casa. Siempre me andan retando para que no coma lo que no debo, pero ellos no entienden lo que se sufre.”

Angelino Villalobos

65 años

Es hipertenso. No fuma. Es bebedor social. Vive con su hija y nieta. A veces asiste al consultorio acompañado de su hija. Con su pensión aporta a los gastos del hogar.

Escenario 1

Le llega un mensaje de texto a la hija de Don Angelino diciendo que tiene hora con la enfermera para comprobar el estado de su hipertensión.

Escenario 2

La enfermera renueva la receta y agrega un nuevo medicamento, además emite una orden de examen que revisará en el próximo control.

Escenario 3

Debe pasar por Farmacia a retirar sus medicamentos, sin embargo no hay stock para todo el tratamiento hasta su próximo control.



“Uhhh... yo nunca me enfermo, tengo que estar muriendo para pedir hora con el doctor. Claro, porque no puedo andar pidiendo permiso en el trabajo a cada rato”

Priscilla Villalobos

44 años

Ha estado engordando un poco. Es ansiosa. Fuma ocasionalmente. Vive con su padre e hijos. Es el sustento económico de su hogar.

Escenario 1

Ya es el segundo día que amanece con la garganta inflamada, mucha tos y poco apetito. Por lo que decide asistir a su consultorio para consultar al médico.

Escenario 2

El médico ve que lleva mucho tiempo sin realizarse un examen preventivo, por lo cual le da una orden para realizar el EMPA.

Escenario 3

Debe pasar por Farmacia a retirar los medicamentos que le recetaron.



“No se muy bien como es esta cosa del consultorio, pero no puedo decirles que estoy embarazada. Voy a ver si me pueden ayudar”

Dalia Salazar

16 años

Está embarazada. Va en segundo medio de un colegio subvencionado. Es adicta a facebook y msn. Vive con su madre, abuelo y hermanos. Ayuda a su madre con los quehaceres del hogar cuando llega del colegio. Usualmente sale con sus amigas y pololo.

Escenario 1

Hace poco se hizo un test de embarazo que salió positivo. No sabe muy bien que hacer, así que una amiga la acompaña al consultorio para que la atiendan a espaldas de su madre.

Escenario 2

Se coordina una visita en el domicilio de la embarazada, ya que por su situación es catalogada dentro de los embarazados de alto riesgo.

Escenario 3

Luego de nacer el bebé, madre e hijo asisten a su primer control neonatal.

Casos de Uso: Video

Como una forma de presentar el modelo de atención apoyado en el sistema de gestión MiCESFAM, se representan los distintos actores de la Atención Primaria. Como una primera aproximación al modelo general, se hace un repaso por aquellas instancias más significativas con un usuario recurrente de este servicio.

Datos Técnicos

Los personajes son representados con muñecos de madera de 30 cm. de alto, el vestuario está hecho de restos de tela y la escenografía de alambre soldado y opalina hilada blanca de 200 gr. Las fotografías son de 1920 x 1279 pixeles, y el video, editado en iMovie con formato panorámico (16:9), tiene una duración de 6:43 minutos.

Narración

(Presentación de la Familia)

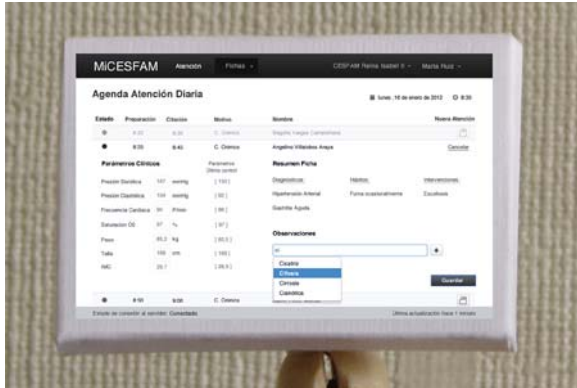
Esta es la familia Villalobos Salazar.

La Señora Priscilla vive con su padre, Don Angelino, y su hija, Dalia.

(Presentación del Caso)

Angelino es hipertenso, le gusta ver televisión la mayor parte del día, y a veces ayuda con algunos quehaceres. Solía ser un hombre gustoso de la buena mesa, por lo que las restricciones que hacen en su dieta son una molestia para él. Hace 6 meses fue el último control de Angelino, por lo que mañana tiene agendada una cita con la enfermera para controlar su hipertensión.





Angelino no es muy amigo de las nuevas tecnologías, no tiene celular, por lo que dio el de su hija como fono de contacto.

(Confirmación de Hora Vía SMS)

Priscilla le recuerda a su padre que mañana tiene hora con la enfermera en el consultorio y le pregunta si la confirma a través del mensaje que le llegó.

¡Listo! La hora está confirmada.

(Llegada y Registro)

Hoy es el día, lo primero que debe hacer es avisar que ha llegado a tiempo, para que lo puedan atender. Solo debe colocar su huella digital.

Ahora solo debe esperar a que lo atiendan.



(Atención Paramédico - Toma de Parámetros Biomédicos)

Carolina es técnico paramédico, ella se encarga de controlar los parámetros biomédicos, tales como la presión, el pulso, el peso y la talla.

El sistema registra la llegada de los usuarios y también va mostrando el estado de su atención.

Lo primero que hace Carolina es abrir una nueva atención, en su agenda a Angelino. Aquí puede ver un resumen de su ficha antes de incluso atenderlo.

Carolina llama a su paciente, que está en la sala de espera. Primero le toma la presión y luego le pide que se desvista mientras ella ingresa los datos. Una vez medidos todos los parámetros, le pide que se vista y que espere.

Carolina también puede hacer algunas observaciones del paciente, datos que irán a su registro en ficha.

Ahora ella espera que el estado de la paciente anterior esté concluido para saber cuándo llevar a Angelino al box de la



enfermera. Luego, escolta a Angelino al box correspondiente.

(Atención Enfermera)

Marta es la enfermera encargada del Sector 1, conoce a Don Angelino desde ya hace más de 5 año, y hoy controlará su apego al tratamiento de hipertensión. Le pregunta a Angelino como le ha ido con el tratamiento, dieta, ejercicios y medicamentos, en general, con los cambios de su estilo de vida. Angelino le cuenta que es difícil cuando es el único que tiene que cambiar su estilo de vida en la casa, siempre lo retan para que no haga cosas que no debe hacer, pero ellos no entienden lo que se sufre. Ella hace algunas anotaciones en el registro de ficha, y luego procede a examinar a Angelino. Marta le dice que no está muy bien, sus exámenes muestran algunas alteraciones, por lo que le da nuevas indicaciones y consejos para poder mejorar su apego al tratamiento, teniendo en consideración su estilo de vida. Además, lo referencia a un grupo de pacientes hipertensos que recientemente se ha creado en el consultorio, allí puede encontrar apoyo, experiencias y consejos sobre su condición. Pide a Angelino un par de exámenes para la próxima vez que deba controlarse con ella. Marta le renueva la receta del medicamento que ya estaba tomando y además incluye otro. Luego de despedirse, procede a cerrar la atención.

(Impresión de Atención)

Angelino desea imprimir una copia de atención de hoy donde se registran sus exámenes, tratamiento, y recetas, entre otras cosas. El sistema aprovecha de recordarle que debe pasar por farmacia a retirar sus medicamentos. Cuando Marta, la enfermera, emitió la receta, ésta se



registra como un pendiente en el sistema de farmacia del consultorio.

(Entrega de Medicamentos)

Olivia es la encargada de farmacia, su trabajo consiste en armar los paquetes de medicamentos recetados y entregarlos a los pacientes correspondientes.

Cada receta tiene duraciones distintas, por lo que es un tema crítico a la hora de resolver el manejo de stock. Cada entrega, queda registrada con la huella de quien retira, así en el caso de personas con dificultades para moverse, puede quedar otra persona autorizada para retirar sus fármacos y otros beneficios alimenticios.

Bibliografía

Libros

1. Mattelmäki, Tuuli. *Design Probes*. Vaajakoski - Finland: Gummerus Printing, 2006. ISBN 951-558-211-3
2. Sepúlveda, Dámaris. *Diseño de Servicios, La Experiencia en Salud Pública Centrada en los Pacientes*. 2011. Memoria de Título de Diseño Gráfico, Escuela de Arquitectura y Diseño PUCV.

Publicaciones

3. Castro Carvajal, Julia Adriana. *Los Paradigmas sobre el Proceso Salud Enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud*.
4. García Suso, Araceli. Francisco del Rey, Cristina. Palazuelos Puerta, Pilar. de Bustos, María Luisa. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. *Educare21*, 2004 <http://enfermeria21.com/educare/educare09/ensenando/ensenando4.htm>
5. Dra. Depaux, Ruth. Dra. Campodónico, Lidia. GEU Ringeling, Isabel. Dra. Segovia, Isabel. *En el Camino a Centro de Salud Familiar*. 2008
6. Gobierno de Chile. *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2012*. 2011

Web

7. *Asociación Chilena de Municipalidades* <http://www.munitel.cl/intro.htm>
8. *Asociación Gremial de Corporaciones Municipales* <http://www.corporacionesmunicipales.com/index.html>
9. *Sistema de Salud Primaria: procesos, atenciones, enfermedades y tratamientos* <http://www.cerroesperanza.com/temas/salud/hospitales-clinicas-consultorios/valparaiso/consultorio-municipal-cerro-esperanza-valparaiso.html>
10. *Historia de la Medicina Familiar* http://www.medicina-familiar.cl/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=118&Itemid=65&showall=1
11. *Etapas del proceso de atención* <http://www.zonapediatrica.com/escritorio/la-relacion-medico-paciente-y-la-enfermedad-cronica.html>
12. *Lista de Espera, brecha y su abordaje* <http://es.scribd.com/doc/6828818/capitulo3-Lista-de-espera-brecha-y-su-Abordaje>

Colofón

Esta edición de 5 ejemplares corresponde al registro del período de titulación de Andrea Cifuentes realizado durante tres trimestres iniciado en diciembre del 2011 y finalizado en octubre del 2012, siendo editado al final de éste periodo.

Esta memoria de título fue diseñada en el programa de Adobe InDesign CS5 en un formato de 21 x 25 centímetros. Las familias tipográficas utilizada en toda la carpeta son Optima y Hospital que están detalladas a continuación:

Estilo tipográfico en general:

Texto General - Optima Regular 8pt, 12 de interlineado, interletraje 10

Títulos - Hospital Regular 16pt

Número Tema- Hospital Medium 43pt, (color según capítulo)

Subtítulo 1 - Hospital Medium 11pt

Subtítulo 2 - Optima 8pt, interletraje 10

Notas - Optima Italic 7pt, interletraje 10

Estilo tipográfico en portada:

Hospital Medium 62pt

Hospital Regular 16pt

La paleta de color utilizada en variados elementos corresponden a:

Azul: C=85 M=45 Y=10 K=0

Verde: C=46 M=15 Y=100 K=0

Anaranjado: C=0 M=52 Y=82 K=0

Turquesa: C=42 M=0 Y=27 K=0

Todos los ejemplares se terminaron de imprimir el día 02.10.2012 con impresora de inyección a tinta en papel Hilado 6. Las portadas fueron impresas en plotter de inyección de tinta en opalina hilada 185 gr. y terminación termolaminado PVC traslúcido opaco.