



ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

“GESTIÓN EN EL PROCESO DE INTERCONSULTA
DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LA GRANJA”

Alumnos: Hada Solís Quezada
Manuel Herrera Sanhueza

Profesor Guía: Pablo Acevedo Cornejo

Tesis para optar al título de Administrador Público
Tesis para optar al grado de Licenciado en Ciencias Políticas y Administrativas
Santiago, Noviembre 2011

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO UNO	8
1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1.1. Justificación de la investigación	9
1.1.2 Justificación Metodológica	10
1.1.3 Justificación Personal	11
1.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.2.1 Limitaciones Teóricas	13
1.2.2 Limitaciones Metodológicas	14
1.2.3 Limitaciones del objeto de estudio	15
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
1.3 HIPÓTESIS	19
1.5 OBJETIVOS	21
1.5.1 Objetivo General	21
1.5.2 Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO DOS	22
2.1 MARCO TEÓRICO	23
2.2 ESTADO	23
2.3 SISTEMA DE SALUD	26
2.4 REFORMA DE SALUD	28
2.4.1 Reforma de Estado 1952	28
2.4.2 Reforma de Estado 1980	30
2.4.3 Reforma de Estado 2005	31
2.5 SERVICIOS DE SALUD	33
2.5.1 Redes Asistenciales	35
2.5.2 Nivel Secundario	35

2.5.3 Atención Primaria de Salud	36
2.5.4 Centro de Salud Familiar (CESFAM).	37
2.6 GESTIÓN	39
2.6.1 Proceso	41
2.6.2 Coordinación	42
2.6.3 Monitoreo	43
2.7 DEFINICIONES TÉCNICAS PERTENECIENTES AL ÁMBITO DE SALUD	45
2.7.1 Referencias (interconsultas)	45
2.7.2 Resolutividad	45
2.7.3 Complejidad	46
2.7.4 Morbilidad	47
CAPÍTULO TRES	49
3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.4 POBLACIÓN O MUESTRA	52
3.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN	53
CAPÍTULO CUATRO	56
Introducción al desarrollo	57
4.1 RESOLUTIVIDAD	57
4.1.1 Perfeccionamiento	57
4.1.2 Exámenes	64
4.1.3 Accesibilidad	69
4.2 COORDINACIÓN	78
4.2.1 Comunicación Externa	78
4.2.2 Comunicación Interna	82
4.3 EJECUCIÓN Y MONITOREO	86
4.3.1 Registro	86
4.3.2 Sistema Informático	91
CONCLUSIÓN	98

SUGERENCIAS	101
BIBLIOGRAFÍA	102
ANEXOS	107

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la vida. A mi esposo Nelson Marcelo por todo el apoyo y amor, por el sacrificio que implicó no estar a veces. Hoy logré llegar a la meta, pero el esfuerzo y el mérito es de los dos. Gracias por estar a mi lado.

Con todo mi amor.

Hada Solís Q.

A Dios, por ser la inspiración de mi vida. A mis padres Matilde y Fernando, por su amor, compañía y sustento incondicional en este proceso y en mi vida entera. También a mis hermanos, por ser ejemplos de esfuerzo y perseverancia. Finalmente a Elizabeth, por estar a mi lado dando pasos de fe y amor en este camino que recién comienza.

Manuel Herrera S.

Por supuesto, al Profesor Pablo Acevedo por apoyar y guiar esta investigación.

INTRODUCCIÓN

Hace doce años se comenzó a implementar la transformación de los Consultorios a los actuales Centro de Salud Familiar. El cambio fue lento y progresivo en todo el país, alcanzando la cobertura total en el año 2010, siendo uno de los últimos en acreditarse como tal, el Centro de Salud Familiar de la Granja, el cual acoge una población de aproximadamente 53.000 usuarios de la comuna.

Este nuevo modelo organizacional posee un enfoque biopsicosocial, donde de manera integral y familiar se busca la mejoría de la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, quienes son considerados un pilar fundamental para el logro de los objetivos propuestos en la reciente Reforma de Salud. Pero pese a esto y a las modificaciones estructurales que se han llevado adelante en los últimos años, aún se repiten los mismos acontecimientos en la atención médica.

El objetivo de esta investigación es identificar los factores que impiden al usuario recibir atención de especialidad oportuna, por lo que es inevitable preguntarse ¿Cómo es la gestión en el proceso de interconsultas? Teniendo en cuenta la importancia de un especialista en aquellas patologías que lo requieren, conviene preguntarse ¿En qué nivel se cumple el objetivo de la resolutivez en el sector primario de salud? Y en relación a la comunicación, ¿cómo es, a nivel interna y externa, respecto de los diferentes niveles de

responsabilidad?

Tanto la ejecución, como el monitoreo son procedimientos importantes en cualquier servicio público, por ello es que se estudian las formas de supervisión y control al interior del Centro de Salud Familiar de la Granja, como una de las directrices de la actual indagación.

En ese contexto, se dirigió la búsqueda a partir de una escasa bibliografía existente, lo que permitió analizar las experiencias de los funcionarios involucrados en el proceso, a través de entrevistas semi estructuradas y de la exploración, durante seis meses de una base de datos que contenía registros y derivaciones de interconsultas, todo esto con la idea de complementar y cruzar la información de las distintas fuentes, acerca del proceso de referencia.

La investigación se conforma en base a cuatro capítulos, el primero plantea las justificaciones y limitaciones que rodean el planteamiento del problema, la hipótesis y los objetivos; el segundo, se desarrolla en torno al contexto histórico y la teoría que soportan el tema, en cuanto a lo referente a Estado, Sistema de Salud y Gestión; el tercer capítulo expone la metodología exploratoria de carácter cualitativa usada en esta investigación, considerando la organización y la vivencia de los funcionarios involucrados, y el último capítulo se conduce a través del análisis de las dimensiones e indicadores, que finalmente nos llevará a conocer y concluir la gestión que realiza el Centro de Salud, con respecto a las referencias de los usuarios derivados.

CAPÍTULO UNO

1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1 Justificación Teórica

La Reforma de Salud del año 2005 enmarca un conjunto de leyes para enfrentar los cambios epidemiológicos de las personas, la inequidad y el acceso a la atención. La ley denominada como “Autoridad Sanitaria y Gestión” crea las redes asistenciales. Al mismo tiempo se implementa la Ley 19.996 acerca del régimen de las Garantías Explícitas de Salud, en la cual ciertas patologías debían ser resueltas en un tiempo determinado.

Para ello, la organización de los servicios de atención debe asumir y operar, de manera coordinada, un territorio asignado, es así como la atención primaria alcanza un rol importante en el desarrollo de la red, en términos de resolver los problemas de salud de la comunidad.

Desde el punto de vista de la resolutivez hay factores que impiden avanzar, tales como recursos humanos y herramientas tecnológicas, que tienen directa relación con las consultas profesionales, las derivaciones de referencias y contra referencias entre niveles de salud.

Esta situación se explica en el débil proceso de la continuidad de la atención y en el cambio de lógica al hacer una referencia, “entendiendo la interconsulta no como una delegación de responsabilidad, sino más bien como una cooperación

en beneficio del paciente, la cual resulta a menudo lejana y lenta para el usuario, como para que la poca información que cabe en el documento se pierda”¹. Por lo tanto y de acuerdo a lo anterior: Aportar al cambio de paradigma en el proceso de gestión es una de las razones que inspiran esta investigación.

1.1.2 Justificación metodológica

La presente investigación está conformada por características específicas que apuntan directamente a la atención primaria y al Centro de Salud de la Granja. La figura se centra en los procesos de gestión de una sola organización, en información estadística de atenciones y además, en las relaciones que esta posee con el exterior, por ello es que se utiliza una metodología exploratoria de carácter cualitativo, con soporte cuantitativo.

La base de datos, la observación y los distintos actores involucrados en el proceso de gestión de interconsultas conforman el triángulo de análisis de esta investigación, lo que justifica el carácter exploratorio cualitativo que se sostiene en la esencia del desarrollo.

¹ Bravo, Juan. Sistema de Registro en la Atención Primaria de Salud. Ediciones Días de Santos S.A. ISBN: 84-86251-67-2. Madrid 1987, pág. 323.

Se busca profundizar, por eso los instrumentos utilizados como base de la conversación fueron las entrevistas semi estructuradas, con temáticas preestablecidas. Al mismo tiempo se dio la libertad para conocer las propias necesidades de los profesionales, administrativos y encargados del Centro de Salud.

Las conclusiones surgirán, a partir del análisis de la información obtenida de las distintas fuentes, lo que finalmente dará respuesta a la interrogante en estudio.

1.1.3 Justificación personal

La Reforma de Salud de 2005 buscaba establecer mejoras profundas en el sistema de salud del país, fundamentalmente en la calidad de vida, ocupándose de las necesidades de salud de manera integral.

Las razones que encauzan la decisión de investigar este tema son:

La motivación de conocer las deficiencias en cada uno de los eslabones del proceso de las interconsultas, que dan como resultado una lista de espera.

Es necesario preguntarse en ese contexto ¿Cómo es la gestión en el proceso de derivación a especialidades desde el Centro de Salud Familiar de la Granja a los niveles superiores de atención médica?

También, la convicción en la importancia de la conciencia del factor humano en todos los sistemas de salud, siendo relevante y fundamental para tener

presente que estamos frente a un servicio a escala humana, y no ante un servicio mercantil de bienes. La indiferencia de las políticas públicas, a ciertos sectores y patologías genera una segregación. Los que se atienden en la salud pública es la población chilena de más escasos recursos; personas, familias que se ven perjudicadas por la falta de oportunidades.

Uno de los motivos que explican esta investigación es la responsabilidad profesional de observar la gestión y la administración como un gran proceso integrador, transversal a todos los eslabones de la administración pública y no excluyente, como se observó en la ausencia y escaso compromiso por parte de las autoridades y jefaturas directas en los quehaceres de la atención primaria. El control y fiscalización han sido inoportunos y deficientes, situación que contrasta con nuestro compromiso de una gestión democrática, pero no por eso, menos rigurosa y eficaz.

Finalmente, el deseo de exponer y sacar a luz una problemática específica de salud, brindándole la importancia suficiente a un tema que afecta directamente a los usuarios y su estado de salud. No solo ocupándose de las grandes políticas públicas, sino buscando soluciones que lleguen a resolver problemáticas locales, involucrados con las comunidades y sus diferentes realidades sociales.

1.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Limitaciones Teóricas

Las limitaciones de este estudio estuvieron dadas principalmente por la escasa documentación que existe desde que se inicia la Reforma Sectorial y comienza la ejecución de la Red Asistencial, incluyendo la resolución de las referencias y contra referencias para la Atención Primaria de Salud.

Por tratarse de servicios públicos de salud agrupados por aérea geográfica, con distintas realidades económicas y sociales; la disposición bibliográfica referente a procesos de interconsultas es exigua, los mecanismos exploratorios han servido para evidenciar la carencia de estudios que muestren la importancia de una gestión de excelencia, que beneficie a los sectores de la población que solo dependen de la salud pública para su bienestar biológico y psicológico.

En términos organizacionales, la cultura al interior del Centro es divergente a las nuevas formas y teorías de gestión que acompañan al actual proceso de modernización del Estado.

1.2.2 Limitaciones Metodológicas

Las nuevas tecnologías han aportado a que los registros de datos que forman las interconsultas sean individualizados y masivos, en consecuencia, desde ellos construir la base de datos que soportará la información de manera cuantitativa, pero al momento de razonar los resultados se hace difícil observar las reales necesidades individuales de cada usuario y fundamentalmente el contexto social, sus consecuencias en la sanidad de los pacientes, el tiempo de espera, la insatisfacción de las consultas, entre otras situaciones. Esto lleva a que el análisis se aleje un poco de la realidad humana de la comunidad.

La información obtenida y el estudio tienen limitaciones que se desprenden de la muestra e instrumentos, así como del análisis. La muestra comprende interconsultas de morbilidad del Centro de Salud de la Granja, por ende la realidad que se evalúa puede presentar variaciones dentro de la comuna, respecto al nivel de la demanda usuaria del establecimiento.

Otra limitante se presentó en la restricción para ingresar a la base de datos de la plataforma SIGGES, que sustenta cuantitativamente esta investigación.

Finalmente, la limitante metodológica más importante en la investigación es la que se genera a partir de las entrevistas semi estructuradas, realizadas a los funcionarios claves, que entregaron su experiencia y opinión de los temas centrales del estudio. Las formas de preguntas abiertas, enfrentaron la

resistencia de los actores claves en la entrega de información, la falta de cooperación marcó la búsqueda de datos que aportaran directamente a revelar la situación administrativa de las interconsultas.

1.2.3 Limitaciones del Objeto de Estudio

El Servicio Sur Oriente articula la Red Asistencial de Salud Santa Rosa, donde la entidad principal es el Hospital Sótero del Río, el cual está a cargo de coordinar las políticas de los establecimientos de Salud Primaria, entre ellos el Centro de Salud Familiar La Granja.

En este contexto, se encontraron las limitaciones que rodearon todo el proceso de investigación, una de ellas es que el objeto de estudio posee una estructura jerarquizada, con los accesos para la participación de personas externas, restringidos.

Por otro lado, al interior de la organización las subdivisiones tienen una función de isla, donde cada funcionario protege su microsistema, no permitiendo las intervenciones administrativas, ni las mejoras de gestión que se han llevado a cabo en el Centro de Salud. Otro obstáculo no menor en el análisis fue la falta de información respecto de las contra referencias emitidas por los hospitales, situación que refleja los débiles flujos comunicacionales existentes entre el Nivel Secundario y la Dirección del establecimiento, con criterios desunificados y falta de retroalimentación entre ambas entidades.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La realidad organizacional del sector primario de salud, posee diferentes aspectos que perfilan el análisis de esta investigación, tanto la gestión interna, como los mecanismos de organización con el medio exterior presentan deficiencias en el planteamiento de políticas de control y falta de coordinación con otros servicios, todo esto en el contexto de los procesos modernizadores que el país ha estado llevando a cabo.

Los Centros de Salud Familiar a nivel nacional presentan problemas en cuanto al tiempo prolongado que los usuarios deben esperar para recibir atención en los hospitales², esto dependiendo de la patología. Situación que no es distinta para el Centro de Salud de la Granja, ya que tanto en los recursos físicos como humanos se evidencian insuficiencias, las que impiden lograr resultados efectivos en la atención usuaria.

Se aprecia que la atención de salud hacia la comunidad, entendiendo como escenario de fondo la transición de lo físico-biológico a lo biopsicosocial, como un esfuerzo enfocado en la integración, se ve afectada debido a múltiples limitantes, entre ellas la falta de experiencia de los médicos recién egresados

² Estudio Comisión de Salud, Diputada Karla Rubilar. Listas de Espera Auge y no Auge en Servicios de Salud a Nivel Nacional, Año 2008.

que pasan por el nivel primario, ocasionando diagnósticos poco certeros³, por otro lado, el bajo compromiso de la dirección en cuanto al control del uso de los protocolos, la insuficiente planificación del Departamento de Salud Comunal en la oferta de exámenes para los usuarios y la alta rotación de los médicos por la falta de incentivos económicos son en su conjunto los elementos que perjudican la calidad del servicio, en el objeto de estudio de la presente investigación.

Lo anteriormente dicho permite visualizar las dificultades que las referencias y contra referencias tienen, lo esencial de estas es que la interconsulta se ve como un medio de orientación entre el profesional del Centro de Salud y el profesional del hospital, un procedimiento que requiere ser eficiente y sin embargo delata un escaso compromiso de algunos actores involucrados, entre ellos, los encargados de registrar las interconsultas, que ante una tarea tan monótona presentan errores de doble ingreso, demora en el registro, problemas asociados al software, entre otros; y el médico, básicamente llena el documento con los datos del usuario incompletos, falta de documentación anexa, interconsultas mal derivadas; todo esto obstaculiza la oportunidad en el diagnóstico, retrasando la efectividad en el tratamiento de la enfermedad del paciente.

³ Plan de Salud Comunal 2011, Elaborado en Octubre de 2010, Ilustre Municipalidad de la Granja.

La situación que experimentan los usuarios de la comuna de La Granja, cada vez que necesitan de los servicios médicos del Cesfam y principalmente cuando requieren de una especialización, es lo que debe ser objeto de análisis, de los problemas en la gestión y en la aplicación de las políticas públicas que tienen repercusiones en la salud de la población, surge necesariamente la siguiente interrogante

- ¿Cómo es la gestión en el proceso de interconsultas y derivación a especialidades desde el Centro de Salud Familiar de La Granja hasta los diferentes niveles de especialización?

1.4 HIPÓTESIS

“Las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados.”⁴

La finalidad de la presente investigación encuentra su motivación en la alta población a nivel nacional que se atiende en el sector público de salud, ya sea en el nivel primario o secundario, cuya vinculación con ambos niveles es donde se centra la pregunta de investigación, y a las que los autores se aproximan a través de las siguientes conjeturas, que construirán una suerte de hipótesis para un futuro estudio descriptivo:

- La gestión en el proceso de interconsulta del Centro de Salud Familiar La Granja, no tiene un orden sistemático establecido para responder ante la salud de la comunidad, provocado por una administración jerarquizada, con débiles mecanismos de comunicación, entre otras cosas, que no fortalecen la participación en las decisiones tomadas, tanto por la Dirección del Centro de Salud, como por el Departamento de Salud Comunal. Existe una débil supervisión sobre los procedimientos establecidos, lo cual no permite alcanzar los resultados organizacionales. Por lo tanto hay una baja resolutivead clínica, es decir, médicos, técnicos, administrativos y directivos que no han

⁴ Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación, Cap. 2. Mac Graw Hill, México 1997.

unificado criterios, de tal forma que den accesibilidad y oportuna derivación a todos los usuarios del nivel primario al secundario.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Conocer la gestión en el proceso de interconsulta y derivación desde el Centro de Salud Familiar de La Granja, a los diferentes niveles de especialidad.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Conocer la capacidad resolutiva que dispone el Centro de Salud Familiar con respecto a las referencias emitidas y derivadas al nivel secundario
2. Caracterizar la coordinación y comunicación del proceso de referencia, tanto a nivel interno como a nivel externo del Centro de Salud.
3. Conocer la ejecución administrativa y monitoreo de las interconsultas formuladas, desde el centro de salud a los niveles superiores.

CAPÍTULO DOS

2.1 MARCO TEÓRICO

2.2. ESTADO

En el actual proceso de investigación, un procedimiento tan común, recurrente y necesario para la población de una localidad, cualquiera sea su origen y condición, se enmarca dentro de la gran máquina de orden y poder que conocemos como Estado. El Estado en su concepción moderna, es quien, en términos generales nos rige actualmente, sin embargo, al remontarnos en la historia, nos encontraremos con un concepto de Estado que se basa en la responsabilidad integral que este debe tener con toda la sociedad, responsabilidad que hasta estos tiempos es motivo de discusión y estudio. Avanzando en la historia, se aprecia que es recién con la revolución francesa, en donde el Estado cobra un sentido más profundo, derrocando el absolutismo de un estado totalitario, por las presiones de las ideas liberales de aquel tiempo, que finalmente son las que dan origen a la idea de un Estado con poderes separados e independientes.

Un destacado autor francés, jurista y politólogo, ya en la década de los setenta, define al Estado de la siguiente manera: "El Estado es una agrupación humana, fijada en un territorio determinado y en la que existe un orden, social, político y jurídico orientado hacia el bien común, establecido y mantenido por una

autoridad dotada de poderes de coerción”⁵, el autor asevera que el Estado se compone de al menos tres elementos fundamentales, el primero es la población (agrupación humana), en segundo lugar está el territorio y finalmente el poder.

Se debe tener presente que en esta investigación permaneceremos en continua observación de uno de los elementos que conforman el concepto de Estado: la población, la cual se agrupa en comunidades y sociedades, no importando si son nacionales o extranjeros y por la simple calidad de humanos conforman la idea de población.

El Estado también es analizado por el politólogo alemán Max Weber, observando, en términos generales, que el Estado se encuentra dentro de un territorio delimitado y posee una intención integradora y de homogeneización de la población, permitiéndose suponer más elementos, tales como organización política, ordenamiento jurídico, aparato de gobierno, población y territorio.

Por consiguiente, asociados a estas ideas de Estado surge la relación entre Estado y Gobierno, este último concepto se aplica tanto al conjunto de órganos que ejercen los poderes del Estado, como también al conjunto de personas que en un momento dado están encargados de dichos órganos. Gobernar es “mandar con autoridad o regir algo”, es “dirigir un país o una colectividad

⁵ Hauriou, Maurice. 1971. Derecho Constitucional e Instituciones políticas. Editorial Ariel. Pág. 114.

política”⁶. O sea gobernar es ejercer el Poder Supremo del Estado. “El Gobierno es la dirección suprema del Estado y el control de la administración estatal, así como la conducta de la política global del Estado”⁷. Cabe señalar , que si bien los Poderes del Estado son tres: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, la palabra “Gobierno” se aplica solamente al Poder Ejecutivo, es decir, al Presidente de la República, sus Ministros, Intendentes Regionales, Gobernadores y otros altos funcionarios designados por el Presidente.

Lo que se busca enunciar, es la gran responsabilidad que el Estado tiene a través del Gobierno en lo público y específicamente en materia de salud, es aquí donde aparece la búsqueda del bien común, la salud y su impacto en la población, elementos decisivos en el contexto teórico de esta investigación. Mario Justo López, connotado académico argentino, propone que bien común no se refiere al bien de todos, como si todos fueran una unidad real, sino al conjunto de condiciones apropiadas para que todos (grupos intermedios y personas individuales), alcancen su bien particular.

⁶ Diccionario de la RAE

⁷ Kammer, Jorge 1971. Funciones de gobierno, Introducción a la ciencia Política, Wolfgang Abendroth y Kurt Lenk. Barcelona: Editorial Anagrama P183 Citado por Verdugo y García Op. Cit. p 195.

2.3 SISTEMA DE SALUD

Uno de los roles del Estado es garantizar la salud de la población en su conjunto, dado que es un derecho básico de todo individuo. Siendo responsable del funcionamiento general del sistema de salud, llevando a cabo sus políticas y regulaciones a través del Ministerio de Salud.

“Un Ministerio, por cuanto es Departamento de Servicios Públicos, posee una organización especial en virtud de la cual se convierte en un centro de toma de decisiones; sin embargo no es posible considerar a los diferentes ministerios como personas jurídicas diferentes de la persona-Estado”⁸

El sistema de salud comienza a mediados del siglo XVI, en esa época se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios para la atención de enfermos y menesterosos de responsabilidad de instituciones de beneficencias.

El primer concepto acerca de la responsabilidad del Estado, en materia de salud pública fue durante el gobierno del Presidente Balmaceda. A fines de 1887 el Estado comenzó a incorporar el cumplimiento de tareas de higiene pública con “La creación en 1889 del Consejo Superior de Higiene Pública, puede entenderse como el primer hito significativo del proceso de centralización de la institucionalidad sanitaria en Chile”⁹

⁸ R. Carre de Malberg Teoría general del Estado Carretera Picucho-ajusco 227; 1400 México.D.F. Personalidad del Estado. Pag.59

⁹ Molina, Carlos Antonio, 2010. Institución Sanitaria Chilena .Santiago : LOM Ediciones P. 39

Sin embargo y dadas las circunstancias políticas y sociales, no fue hasta 1924, que se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, destinado a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte del grupo de trabajadores inscritos en el Seguro Obrero Obligatorio. Financiado de manera tripartita, trabajador, empleador y Estado.

En el contexto político chileno se produce, “la creación del Servicio Nacional de Salud, por medio de la Promulgación de la ley 10.383 en 1952, fue el resultado de un trascendental proyecto fundacional de una nueva institucionalidad sanitaria en Chile.”¹⁰ Seis años más tarde la secretaria de Estado se divide, creándose el Ministerio de Salud Pública, como un organismo independiente.

¹⁰ Molina, Carlos Antonio 2010. Institución Sanitaria Chilena. Santiago: LOM Ediciones P. 96.

2.4 REFORMA DE SALUD

2.4.1. Reforma de Estado 1952

Después de unos años de mucho conflicto político y social al finalizar el gobierno de Gabriel González Videla y el ascenso al poder de Carlos Ibáñez del Campo se establece una nueva visión de la salud, una visión que no solo atiende a la curación y recuperación de la población, sino también a la prevención de enfermedades.

Este es el momento en que se comienza a democratizar la salud, se integra a la comunidad, se le hace partícipe de los procesos de cambio en las políticas de salud a nivel nacional; en investigaciones previas a esta reforma, encontramos que se comienzan a implementar acciones sanitarias, acciones de asistencia social y atención médica preventiva y curativa; se agrega el concepto de rehabilitación para ampliar y darle mayor profundidad y respuestas a las necesidades de las personas.

Con la creación del Servicio Nacional de Salud en esta reforma, se pone el acento en la cobertura y en la capacidad de intervención en la comunidad, tratando temas tan amplios como la desnutrición, la diarrea infantil, vacunaciones ampliadas de control, embarazos, partos y otras problemáticas masivas que la población en ese momento estaba enfrentando.

Esta reforma de mediados de siglo, también se caracteriza por la importante expansión hacia las zonas rurales y de provincias, a través de los establecimientos comunales de atención primaria y hospitales tipo cuatro y rurales.

Se realiza la primera separación de funciones entre el prestador público de salud y el resto de los beneficios sociales, donde se enfocó en el área maternal, infantil y adultos. También se desarrolló la primera Red de Centros de Salud Ambulatorios.

De la misma forma, en este periodo, y como uno de los hitos importantes estuvo la coordinación intersectorial con el programa de Obras Públicas en la instalación de agua potable intra-domiciliaria, implementar alcantarillado para las aguas servidas y terminar el proceso llevándolas a zonas de manejo de aguas negras.

Ya con el Servicio Nacional de Salud consolidado, se consolidaron hechos importantes, tales como:

- Se creó el Formulario Nacional de Medicamentos (FN) para ofrecer a la población un paquete básico de genéricos a bajo costo y provistos por el Estado.
- Se dictó la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, origen de la Red de Clínicas de Mutualidades.

- Se estableció el derecho de la mujer a tener atención profesional prenatal, del parto, del puerperio y de planificación familiar.

2.4.2. Reforma de Estado 1980

El proceso de globalización que se desarrolló en el mundo, guarda estrecha relación con las capacidades internas del Estado y sus relaciones internacionales. Es así como en los años 80 surge el concepto modernizador ligado hacia un nuevo paradigma, reducir las funciones del Estado.

En la misma década, aparece en Chile el neoliberalismo, minimizando las funciones del Estado en lo económico y social, se reduce la estructura pública y, por ende el gasto público. Se desconcentra el SNS en Servicios de Salud (SS) territoriales con atribuciones traspasadas del nivel nacional, dando origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

En este contexto y con la privatización de empresas públicas, se crean las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES), como las entidades que administran la cotización obligatoria y se produce la primera reforma para descentralizar los Servicios de Salud, fundamentalmente la atención primaria de salud, la cual es traspasada a través del Decreto con Fuerza de Ley N° 13.063 a los municipios¹¹, que hasta ese entonces dependían, técnica y

¹¹ Molina Bustos, Carlos Antonio, Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989, LOM Ediciones, 1º Edición 2010. Págs. 181 y 182.

administrativamente, del Sistema Nacional Servicio de Salud, con la idea de gestionar los recursos y estar más cerca del nivel local, para tomar mejores decisiones.

2.4.3 Reforma de Estado 2005

En el amplio proceso modernizador que estaba viviendo Chile, el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos en el año 2000, llega con la firme intención de someter a una profunda reforma al sector salud. Es así que, “Se determinó como objetivo central, mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad y al mismo tiempo, reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad”¹²

Es a comienzos del siglo XXI cuando el Gobierno de Chile se plantea objetivos para la primera década del siglo, entendiendo que las directrices en el área de la salud no deben ser puestas por el mercado, sino que es competencia única del Estado establecer las normas y políticas que rijan a las instituciones públicas de salud, los municipios y a los privados.

Es a fines del 2001 cuando la reforma comienza a asomar con mayor fuerza y claridad con cinco proyectos de ley, pero el principal de ellos es el de Acceso Universal con Garantías Explícitas, también conocido como el Plan Auge. Este

¹² Drago, Marcelo. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos Copyright Naciones Unidas, Mayo 2006. Derechos reservados. Impreso Naciones Unidas, Santiago Chile Pág. 27.

instrumento tiene como objetivo hacer realidad el hecho de que la salud es un derecho al que todos pueden acceder, garantizando acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

Esta reforma de estado tiene otras dos iniciativas de ley que fueron aprobadas por el H. Congreso Nacional a mediados del periodo de gobierno del Presidente Lagos, una de ellas fue la Ley N° 19.937 (2004) que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana, es conocida también, como “Ley sobre Autoridad Sanitaria”, y la otra es la Ley N° 20.015 que modifica la Ley N° 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional. Es conocida, también, como “Ley Larga de Isapres”.¹³

¹³ Nancuante Almonacid Ulises y Romero Celedón Andrés, La Reforma de la Salud, Primera Edición, Junio 2008, Editorial Biblioteca Americana.

2.5 SERVICIOS DE SALUD

Es en el año 2004 cuando se establecen las normas y funciones de los Servicios de Salud, estas políticas fueron dictadas por el Ministerio de Salud, quien determina que estos servicios les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente a su sector territorial, asimismo deben velar por la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

El Gobierno de Chile, a través de la página oficial del MINSAL fija que los Servicios de Salud, en cuanto a su funcionamiento estará sometido a la supervigilancia de dicho Ministerio y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe, también señala que “los Servicios son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por Decreto Supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente.”¹⁴

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los

¹⁴ Departamento Asesoría Jurídica Ley 19.937 AUTORIDAD SANITARIA, artículo 8 página 7 publicada en el diario oficial 24 febrero 2004 www.minsal.cl

establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

También se ordena que “La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población, la Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria”¹⁵ que se describirá más adelante, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud.

¹⁵ Departamento Asesoría Jurídica Ley 19.937 AUTORIDAD SANITARIA, artículo 11 página 5 publicada en el diario oficial 24 febrero 2004 www.minsal.cl

2.5.1 Redes Asistenciales

La reforma reconoce y promueve a las Redes Asistenciales, sean estas, de tipo comunitaria, intercultural e intersectorial, entregando la posibilidad de intervenir eficientemente en factores determinantes de la salud.

El sistema de atención en red es “facilitar el cumplimiento de oportunidad, eso implica definir los flujos de referencia y contrarreferencia en los servicios de salud y como también las necesidades de recursos humanos y equipamiento en los diferentes puntos de la red”¹⁶.

El concepto de red tiene aplicación no solo para las organizaciones responsables de la oferta de salud, sino también para la demanda, expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la cual pertenecen.

Por consiguiente la atención en red es una estrategia de articulación e intercambio entre las instituciones que actualmente dependen de los Servicios de Salud y aquellos de la Atención Primaria.

2.5.2. Nivel Secundario.

El modelo de atención integral incorpora a todos los establecimientos, que interactúan en una red territorial, como responsables de los resultados de salud de su población.

¹⁶ Bascuñán Carlos/ Correa Germán/ Maldonado Jorge / Sánchez Vicente. Más acá de los sueños más allá de lo posible: La Concertación en Chile. Volumen II Santiago: LOM Ediciones 2009 Pág.283.

“El rol de los hospitales en el modelo es contribuir a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red, le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia”.¹⁷

Este nivel se caracteriza por servir de enlace entre el nivel terciario y primario, y por prestar apoyo permanente al nivel primario.

2.5.3. Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria es parte integrante, 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 contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. La salud pública en el mundo y específicamente en Chile ha sufrido cambios en sus principales fundamentos, dando un giro en el concepto salud- enfermedad, al focalizarse en la salud (bienestar físico, psicológico y social) de las personas.

Es así como Zurro A. Martín J.F. Cano Pérez hace mención en su texto la conferencia de la OMS-UNICEF de alma-Ata quien define la Atención Primaria de Salud, APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías

¹⁷ Gobierno de Chile Ministerio de Salud Orientaciones para la Programación en Red 2008 Pág.30.

prácticas, científicamente fundada 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 en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”¹⁸.

2.5.4. Centro de Salud Familiar (CESFAM)

La Reforma de Salud busca consolidar un sistema que dé respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante la oferta de acciones de calidad que permitan asegurar mejores resultados y satisfacción de los usuarios.

El Modelo de Atención con Enfoque Integral y Familiar, orientada a la mejoría de la calidad de vida de personas, familias y comunidades es uno de los pilares fundamentales para el logro del objetivo de la reforma del sector. Este desafío sectorial obliga a relevar la Atención Primaria, que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo asistencial que se requiere.

Se implementa un nuevo cambio conceptual y operativo: Centros de Salud Familiar (CESFAM), este nuevo enfoque basado en el modelo biopsicosocial se centra en la familia y pretende dar respuestas a las necesidades de ésta como usuaria de los Centros de Salud, desarrollando una parte importante de las

¹⁸ Zurro A. Martín J.F. Cano Pérez Volumen I c 2003 Elsevier España S.A. Génova, 17,3º28004, Madrid. España. Pág.7.

actividades de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el centro.

“El Centro de Salud asume como institución, la responsabilidad de la atención de una comunidad definida geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados, tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de salud, como los estrictamente asistenciales curativos”.¹⁹

Otro punto importante es que; “El Centro de Salud, podrá estar integrado por uno o más equipos de salud, cada uno de los cuales asume el cuidado de un número definido de personas y familias. Cada equipo estará compuesto por profesionales y técnicos de salud, quienes serán de preferencia especialistas en medicina/salud familiar, o con capacitación formal en el enfoque de salud familiar. La proporción en que cada profesional o técnico participa dentro del equipo de salud será de decisión local, ya sea por los mismos integrantes o por la entidad administradora de salud”.²⁰

Esto indica que es el primer eslabón de atención de la organización del Sistema de Salud, por tanto es aquel de mayor cobertura poblacional.

¹⁹ Revista Médica Volumen 135, Numero 8 Sociedad Chilena Medica de Chile 2007 Pág. 7.

²⁰ Gobierno de Chile Ministerio de Planificación Metodología de Preparación, evaluación y priorización de proyectos de Atención Primaria del sector Salud. Versión enero 2007. Pág.19.

2.6 GESTIÓN

Uno de los temas más recurrentes de la modernización del Estado o de Reforma del Estado es la Gestión Pública.

“La nueva Gestión Pública es el intento de dar cuenta, reflexionar y discutir sobre cómo alcanzar fines públicos con mayor eficiencia, eficacia y satisfacción del ciudadano”.²¹ El acento en el sector salud es intrínsecamente la satisfacción usuaria, por ende los esfuerzos sobre los objetivos de una buena gestión, son centrales para estudiar esta materia.

La reforma a la gestión apuntó al desarrollo de un proceso de cambio organizacional, a la profesionalización del servicio, al rediseño del proceso, cuyo foco era lograr la efectividad en la atención al usuario.

Es así como el concepto de gestión en el sector salud se ha incorporado con mayor fuerza en los últimos años. Con la instalación de la reforma, se han establecidos ciertas instancias de coordinación y gestión de la Red de Salud, como una forma de dar respuesta a los requerimientos de los usuarios, de manera oportuna y con mayor rapidez.

En el ámbito de la salud pública, respecto de la gestión, se debe considerar el concepto de “disciplina interna” que hace más eficiente sus procesos, ya que no presenta las presiones externas de un mercado competitivo con el que el sector privado convive diariamente. Otro aspecto a considerar es el tamaño del

²¹ Olía de Lima, Blanca. La Nueva Gestión Pública. Editorial Pearson Educación, S.A. Núñez de Balboa, 120 28006 Madrid. Pág. 2.

aparato público, que dificulta los intentos de una gestión profesionalizada y eficiente.

Cuando se habla de gestión pública, no se habla de las herramientas de la gestión privada. En salud, tanto el mercado privado de atenciones médicas, como el sistema público de salud requieren de procesos modernizadores en su planificación, pero sin lugar a dudas, que este último presenta mayor urgencia en este aspecto.

Tanto en los fines, como el contexto donde se desenvuelven la gestión privada y la gestión pública difieren entre sí, en este sentido los principios que se destacan son los siguientes:

- Responsabilidad Política.
- Transparencia.
- Ecuanimidad.
- Disciplina Fiscal.²²

²² Lahera Parada, Eugenio, Introducción a las Políticas Públicas. Segunda Edición 2008, Fondo de Cultura Económica, pág. 174.

2.6.1 Proceso

Se puede afirmar que uno de los objetivos importantes de la Gestión por Procesos es la *Orientación al Cliente*, entendiendo dicho concepto en su sentido más amplio, es decir, se refiere a todas las personas sobre las cuales repercuten los procesos o productos de la organización.

Por consiguiente se puede señalar que *proceso* consiste en “cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos”.²³

Los procesos de la institución sanitaria los podemos agrupar en: Claves, estratégicos y soporte.

- Los procesos claves son aquellos que afectan de modo directo a la prestación del servicio asistencial.
- Los procesos estratégicos, son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la institución sanitaria, un ejemplo gestión de las relaciones con el cliente es la auto evaluación.
- Los procesos de soporte son todos aquellos que permiten la operación de la institución sanitaria, que no son considerados claves por la misma, un ejemplo son los procesos de auditoría interna.

²³ H. James Harringtone Mejoramiento de los procesos de la empresa Copyright c 1993, por McGraw-Hill Interamericana, S.A. Transversal 42B N° 19-77. Santaf de Bogotá, Colombia. Pág.9.

2.6.2 Coordinación

La división del trabajo permite que organizacionalmente se necesite un mecanismo que integre los diversos momentos de diseño y producción, hoy en día el problema no es la especialización o la misma división de funciones al interior de las organizaciones, si no cómo logramos la integración de todo el sistema para alcanzar los objetivos de forma unánime.

La coordinación se define como "el acto de gestionar las interdependencias entre actividades"²⁴, es decir, la importancia de establecer canales de comunicación claros, oportunos y que disminuyan la complejidad propia de las relaciones laborales y humanas.

En la Atención Primaria de Salud se considera como una de sus cuatro características básicas, junto con la accesibilidad, la integralidad y la longitudinalidad, todas aquellas acciones que en su conjunto permiten un servicio eficiente.

²⁴ Orientaciones para la Programación en Red 2008 División de la Red Asistencial –División de atención Primaria Página 9 www.minsal.cl

2.6.3 Monitoreo

Sin lugar a dudas la información es el elemento fundamental en la toma de decisiones y/o planificación de estrategias organizacionales. La administración en una de sus etapas establece el control, como la medición del desempeño de lo ejecutado, comparándolo con los objetivos y metas fijados; se detectan los desvíos y se toman las medidas necesarias para corregirlos. “El control es simplemente asegurarse de que los comportamientos reales sean conformes con el óptimo predefinido.”²⁵

La información oportuna y precisa nos permite:

- Aprender de las experiencias de otros;
- identificar y capitalizar las oportunidades; y
- evitar situaciones de peligro o de riesgo.

El monitoreo es el proceso de recoger la información rutinariamente sobre todos los aspectos de gestión para usarla en la administración y toma de decisiones en el sistema organizacional. Se habla de un plan de monitoreo cuando se utiliza como una herramienta de administración básica y vital que provee a los miembros de la organización y a otros interesados, de la información que es esencial para el diseño, implementación, administración y evaluación de todas las actividades y funciones organizacionales. Para cumplir la función de monitoreo, el plan debe incluir sistemas para la recolección de

²⁵ Lorino, Philippe, El control de gestión estratégico, la gestión por actividades. Alfaomega Grupo Editor. año 1995, pág. 13.

datos e información sobre actividades claves, así como sistemas para sintetizar, analizar, y usar la información para tomar decisiones e iniciar acciones.

2.7 DEFINICIONES TÉCNICAS PERTENECIENTES AL ÁMBITO DE SALUD

2.7.1 Referencias (interconsultas)

Uno de los objetivos centrales de la Red Asistencial es la resolutiveidad de las referencias y contra referencias.

Con el fin de articular el trabajo, se instala un modelo de gestión en red que incorpora todos los actores, se organizan y combinan recursos con el propósito de entregar respuestas a las necesidades de la población.

“Entendemos por interconsulta la comunicación entre dos profesionales con diferentes áreas de experiencia en donde un paciente es referido a un consultor médico, quien le da su opinión y lo refiere de vuelta al médico familiar”.²⁶

2.7.2 Resolutiveidad

En este punto se aborda un aspecto clave: La capacidad resolutive de un acto o de un proceso asistencial. Este concepto tiene relación con otras tres definiciones muy extendidas en la bibliografía epidemiológica: eficacia, eficiencia y efectividad.

Podemos aceptar una primera aproximación a lo que pudiera ser la capacidad resolutive de un acto asistencial, entendiéndola como “la capacidad de paliar, curar o aliviar unos síntomas de malestar del consultante, restaurándole a sus

²⁶ Chávez Jorge V. Introducción a la Medicina Familiar, Editorial universitaria Potosina 1992, Pág.172.

niveles previos de salud, o en el peor de los casos acomodándole a una situación de enfermedad crónica o incluso terminal con los recursos disponibles”.²⁷ Es decir, nos referimos específicamente a la capacidad de un clínico de ser resolutivo en las posibilidades para utilizar los medios a su alcance de manera:

- Eficiente (costo/beneficio asumible socialmente).
- Eficaz (realmente obteniendo resultados preventivos, curativos o paliativos).
- Efectivo (perdurando dicha mejora a lo largo del tiempo).

2.7.3 Complejidad

Esta definición sustenta una relación natural entre la complejidad de una determinada situación de salud y la complejidad de los métodos y recursos necesarios para atender dicha situación. “Los niveles de atención corresponden a agrupaciones de eventos comunes y simples (que requieren elementos básicos de habilidad y tecnologías para atenderlos), y otros eventos menos frecuentes, pero más complejos (que necesitan habilidades y tecnologías de tipo medio), hasta llegar a eventos muy complejos de rara presentación, para cuya atención se requiere de habilidades especializadas y de tecnología

²⁷ Aranda Regules, JM. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 28006 Madrid (España) I.S.B.N 84-7978-114-9
Depósito Legal: M 30.602-1993. Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud. pág. 94.

avanzada”²⁸.

Desde el punto de vista de la respuesta de los servicios a las necesidades, los niveles de atención corresponden a combinaciones funcionales de servicios, de los cuales los de menor complejidad (denominados de primer nivel; puestos, unidades, centros de salud, policlínicos, etc.). Comprenden las acciones más elementales o básicas del sistema. Los otros niveles, usualmente denominados segundo y terceros (hospitales), corresponde a agrupaciones de servicios de diferentes grados de especialización y complejidad de mayor ascendente, que actúan en general sobre la base de referencia de primer nivel. En otras palabras, lo que distingue a un nivel de otro es su capacidad tecnológica de resolución de problemas.

2.7.4 Morbilidad

Para introducirse al trabajo cotidiano en el ámbito de salud es necesario conocer algún término de uso médico y científico, como es la *morbilidad* la que nos señala el número de personas considerados enfermos, en un tiempo determinado. Este concepto está estrechamente relacionado con la investigación estadística, dado que entrega información cuantitativa en el ámbito epidemiológico.

²⁸ Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Moya Mejía Salud Publica 2º edición 2005 Editorial CIB Impresión y terminación Quedecor Worl Bogotá S, A Medellín, Colombia, Página 73.

Para poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad “en condiciones particulares, se distinguen cuatros situaciones.

1. La morbilidad objetiva (real) da lugar a un problema de salud que se puede objetivar; significa una necesidad real.
2. La morbilidad percibida por el individuo origina un problema de salud sentido y manifiesto, una necesidad percibida o sentida.
3. La morbilidad expresada genera un problema de salud notificado y representa una necesidad expresada, que se materializa en una demanda de servicios sanitarios por parte del usuario.
4. La morbilidad diagnosticada o diagnosticable da lugar a un problema de salud en tratamiento y permite una necesidad normalizada, que se traduce en una demanda de servicio de salud por parte del médico”.²⁹

²⁹ Varo, Jaime. Gestión estratégica de calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria. 3º Edición, Ediciones Díaz de Santos S.A. Año 1994, Madrid, España. Pág.27.

CAPÍTULO TRES

3.1 METODOLOGÍA

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es exploratoria de carácter cualitativo, con soporte cuantitativo. Entendido el objetivo principal de la investigación exploratoria el “captar una perspectiva general del problema, que sirva como antecedente para un estudio profundo.”³⁰ La manera de abordar e indagar permitirá conocer la percepción, visión y experiencia que portan los distintos actores en la gestión y proceso de interconsultas en el Centro de Salud que finalmente darán respuesta a la pregunta del tema en estudio.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La elección del diseño exploratorio, en términos generales, según Namakforoosh es formular problemas para estudios más precisos, establecer prioridades para futuras investigaciones, recopilar información, aumentar el conocimiento y aclarar conceptos. Otro aspecto que ha sido relevante para elegir este diseño es el hecho que, una investigación descriptiva apunta a la producción de un conocimiento de un nivel de intermedia profundidad. Debido a que, para el tema en estudio existe muy poca documentación científicamente válida en la actualidad, el propósito de los investigadores es aportar una nueva

³⁰ Namakforoosh, Mohammad Naghi, Metodología de la investigación, 2º Ed. Editorial Lumusa S.A. año 2005, México. Págs. 89-90.

mirada desde la comprensión en su contexto real, poniendo énfasis en la aplicación de metodologías en Gestión por Procesos.

Se busca comprender y describir las actividades y tareas que tienen relación con las interconsultas y sus implicancias a nivel interno y externo del establecimiento.

Pero además se considera exploratorio porque es un territorio poco conocido, que invita a estudiarlo, tal es el caso de la gestión que se realiza en el proceso de las interconsultas emitidas en el centro de Salud y su posterior derivación a otros niveles que cuentan con más herramientas y especialización. No hay documentación válida y confiable, por tanto el conocimiento en torno a él es vago e impreciso. Es por ello que se considera que el diseño exploratorio es pertinente, pues permite indagar sobre el tema, conocerlo, con el objeto esclarecer las inquietudes que surgen del estudio y desde ahí clarificar también el aporte en el énfasis de la aplicación de metodologías de gestión.

Para los fines propuestos en esta investigación se optó utilizar técnicas complementarias para la fase del levantamiento de la información, por una parte se utilizó la entrevista semi-estructurada aplicada a todos los funcionarios involucrados en el proceso de interconsultas. Y por otra parte, se recurrió a los registros y base datos disponibles de las mismas, en el Centro de Salud Familiar de la Granja.

3.4 POBLACIÓN O MUESTRA

El universo de la investigación son los funcionarios que participan de manera directa e indirecta en las interconsultas, desde la elaboración hasta la derivación a niveles superiores. La muestra se seleccionó de modo intencional por ciertas características que debían cumplir en base a los siguientes requisitos:

- a) Profesional que emite solicitud (sólo médico).
- b) Interconsultas de Morbilidad.
- c) Funcionarios que tienen directa relación en el proceso de referencias.

A continuación se entrega detalle de cada uno de ellos.

- Coordinador: Médico Cirujano Dra. Laura Contreras Molina, antigüedad en el Centro de Salud 13 años, contrato indefinido.
- Jefe Oficina de Gestión: Matrona Sra. Claudia Luna Contreras, antigüedad en el Centro de Salud 5 años, contrato plazo fijo.
- Jefe Servicio Orientación Médica (SOME): Técnico administrativo Sra. Rebeca Toledo Solís, antigüedad en el Centro de Salud 3 años, contrato plazo fijo.
- Administrativo Oficina de Gestión: Administrativo Sra. Elina Yáñez Melivilu, antigüedad en el Centro de Salud 25 años, contrato indefinido.

3.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Esta investigación ha utilizado los siguientes métodos y técnicas de recopilación de información a través de:

Fuentes documentales, se ha considerado todo tipo de documentación que tiene relación con el tema, que aún no siendo literatura bibliográfica, aporta, completa y/o complementa el estudio, como es el acceso a la base de datos, generada por Registros de interconsultas y Plan comunal de salud.

También se ha seleccionado como instrumento, la entrevista semi-estructurada, definida como un encuentro entre el investigador y el (la) o los (las) entrevistadas, situada en “ciertos contenidos y un orden preestablecido, dejando abierto la gama de posiciones que desee manifestar el entrevistado.”³¹

Se utilizó como método una pauta guía para recoger los temas a tratar a lo largo de la entrevista, con la libertad de introducir nuevas preguntas, para profundizar en los aspectos importantes en las respuestas de los entrevistados.

Se anexa al final del presente documento la pauta de preguntas que conforman la entrevista.

Definida así, la entrevista a informantes claves, quienes tienen experiencia e información en común y que es relevante para la investigación, teniendo en

³¹ Báez, Juan y Pérez Tudela Entrevista Semi –estructurada. Investigación Cualitativa Barcelona
Disponible en: <http://www.investigacioncualitativa.cl> Pág. 97.

cuenta el objetivo general y los específicos del estudio, el instrumento usado permitió conocer la percepción que los entrevistados tenían en torno a tres dimensiones, identificadas como relevantes para el estudio, de las cuales posteriormente se desprenden indicadores.

Adicionalmente para la interpretación de los datos se consideró la experiencia adquirida en el área de Salud por uno de los autores, examinando al mismo tiempo la documentación bibliográfica atinente a la temática de derivación del sector primario y la base de datos que entrega la plataforma informática de gestión de las garantías explícitas recabada durante 6 meses, dichas fuentes fueron contrastadas con las entrevistas por los funcionarios claves, que posteriormente fecundarán las conclusiones finales de este proceso de investigación.

La Tabla Número uno, de las dimensiones e indicadores para el análisis cualitativo, caracteriza los tres elementos fundamentales del presente trabajo, los cuales se descomponen en sí mismos para profundizar el estudio: El primero es Resolutividad, el cual se conforma por el perfeccionamiento, exámenes y accesibilidad; el segundo elemento es Coordinación, que contiene la observación de la comunicación, tanto interna como la externa; y el último factor es la ejecución y monitoreo, que establece la exploración por el registro y el sistema informático.

Tabla Numero 1.- Dimensiones e indicadores para el análisis cualitativo.³²

Dimensiones		Indicadores	Subindicadores
Resolutividad	Perfeccionamiento	Capacitación	Contenidos
			Motivación
		Pertinencia	Decisiones
			Procedimiento Contingente
			Continuidad de la Atención
		Exámenes	Exámenes Complementarioa
	Demanda Usuaría		
	Cartera de Servicios		Planificación
			Cobertura
	Accesibilidad	Consultas Médicas	Consultas
			Tiempo de Atención
		Movilidad Profesional	Reglamento o Ley
Rotación			
Coordinación	Comunicación Externa	Entre Centro de Salud y Departamento de Salud	Comunicación Efectiva
			Resultados
		Entre Centro de Salud y Nivel Secundario	Interdependencia
			Herramientas
	Comunicación Interna	Entre Dirección, Jefe, Referentes Técnicos, Coordinadores.	Comunicación Multidireccional
			Integración
		Entre Oficina de Gestión y Profesionales Médicos	Colaboración
			Estandarización
Ejecución y Monitoreo	Registro	Interconsulta	Formulación
			Derivación
		Digitación	Datos
	Sistema Informático	Plataforma Sistema Informático de Gestión	Acceso
			Base de Datos
		Supervisión y Control	Observación
Competencias			

³² Solís, Hada y Herrera, Manuel. Tabla Dimensiones e Indicadores del análisis cualitativo para Tesis de Grado, Administración Pública. UAHC año 2011.

CAPÍTULO CUATRO

Introducción al Desarrollo

De acuerdo con el contexto histórico y técnico de la problemática, además del diseño metodológico con el que se lleva a cabo la investigación, es que se logra plantear el presente desarrollo como un proceso definitorio, con el propósito de aclarar conceptos y establecer la relación entre los diferentes indicadores que responden a las variables de estudio.

Las tres variables ejes son resolutivez, coordinación y ejecución, se analizan en profundidad de manera inductiva a través de sus indicadores y sub indicadores establecidos claramente en la pasada Tabla Número 1.

4.1 RESOLUTIVIDAD

4.1.1 Perfeccionamiento

a) Capacitación.

Como primer indicador de resolutivez se encuentra la capacitación. Es así, como la Dirección del Departamento de Salud planifica anualmente esta actividad para los funcionarios que se desempeñan en los centros de salud de la comuna, cuyo propósito es mejorar la labor del funcionario a través de cursos y pasantías.

Dado que el perfeccionamiento se encuentra de forma expresa en el Estatuto de Atención Primaria³³, éste se debe ajustar a ciertos criterios formales tales como estar relacionado con la función desempeñada, contemplar evaluación y números de horas. Asimismo los **contenidos** deben tener cierta concordancia con lo que dicta el Ministerio de Salud, quedando definidos en el Plan Comunal de Salud³⁴.

Las actividades programadas tienen por objeto que los funcionarios adquieran las competencias técnicas necesarias para el cumplimiento de sus funciones de manera eficiente y eficaz.

La planificación de perfeccionamiento del año 2011 se orientó³⁵ en:

- Modelo de Salud Familiar.
- Atención y trato al Usuario.
- Relaciones Interpersonales.
- Computación Excel.
- Régimen con garantías explícitas.

Se entiende que las medidas dispuestas están orientadas a fortalecer los conocimientos clínicos y terapéuticos así como también los conocimientos técnicos en procedimientos administrativos y de gestión.

³³ www.leychile.cl Estatuto Atención Primaria de Salud, Ley 19378, Título II, art.42.

³⁴ Plan de salud Comunal elaborado octubre 2010 para año 2011.

³⁵ Plan de Salud Comunal elaborado octubre 2010 para año 2011.

Además de la programación comunal, el Servicio de Salud Sur Oriente ofrece cursos o Diplomados a cada Centro de Salud, donde el encargado de capacitación delega la responsabilidad a la dirección del establecimiento para que elija al funcionario participante. La elección se debe ajustar a la función y cargo del asistente, situación que no se da, dado que, los requisitos exigidos y el tiempo son muy acotados, *“cuando ha existido la posibilidad de participar, avisan a última hora, ejemplo; meses atrás recibí información por fuentes informales que había un curso de radiología en el Hospital, el centro de salud supuestamente no sabía, posteriormente un día antes del inicio, avisaron que participaban 3 médicos”*³⁶ señala una entrevistada.

A nivel interno del establecimiento, la posibilidad de participar en estas actividades dependerá del jefe Directo, él tiene la facultad de autorizar, negar o condicionar la participación de los funcionarios, en este aspecto cabe destacar que en el Centro de Salud no hay obstáculos de parte del jefe, más bien existe una excesiva facilidad en los permisos, generando una desorganización en la unidad, principalmente cuando las agendas están completas, una de las funcionarias informantes manifiesta, *“no existe un programa que establezca con anticipación las horas y fechas de las capacitaciones para todo el año, el hecho de no existir planificación produce la ausencia inesperada de médicos,*

³⁶ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

*dejando a los pacientes sin atención*³⁷". Esta descoordinación interna incide directamente en el mayor tiempo de espera de los usuarios.

También se encuentra otra vía de perfeccionamiento, ésta se plasma a través de la **motivación** personal, principalmente con los profesionales de las categorías A y B, ellos lo hacen de modo independiente, autofinanciando su desarrollo profesional para mantenerse actualizado en su área, prueba de ello es que el año 2010 realizaron capacitaciones en: Gestión y Liderazgo en Salud, Curso de Periodoncia, Curso Internacional de Cardiología, Actualización en Patología Oral,³⁸ etc. Una de las informantes señala la importancia que, *"el médico esté actualizado en nuevas técnicas y adelantos, especializado en el manejo de ciertos diagnósticos"*³⁹, este conocimiento adquirido se verá reflejado en la efectividad de la atención.

En este contexto también están los funcionarios que por razones económicas realizan cursos o diplomados, un medio que sirve para acumular puntaje⁴⁰ en la carrera funcionaria, ya que en un periodo aproximado de tres (3) años se puede cambiar de nivel y obtener un reconocimiento monetario. En cambio, hay personas que no les interesa, como es el caso de algunos profesionales que prefieren otro tipo de beneficio, *"el interés de algunos colegas no es muy alto*

³⁷ Encargada de SOME Sra. Rebeca Toledo.

³⁸ Plan de Salud Comunal elaborado octubre 2010 para el año 2011.

³⁹ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal

⁴⁰ Puntaje máximo de Capacitación Profesional 150 puntos. No Profesional Puntaje máximo 117 puntos.

*ni siquiera buscan los protocolos que están presentes en la página virtual del MINSAL,*⁴¹ indica otra entrevistada.

Durante el año 2010 de 366 funcionarios sólo asistieron 186 personas, en tanto el “50,2 % no recibió ningún tipo de preparación”⁴². Respecto al año 2011 la oferta de cursos para llevar a cabo los primeros meses, ha sido escasa, no sólo en lo que respecta a la planificación comunal, sino también en la que realiza el nivel secundario, a través del Sótero del Río y Hospital Padre Hurtado, estos servicios *“no están interesados en ser resolutivos, no les importa enseñar al resto de los médicos que son parte de la Red”*⁴³, manifiesta una entrevistada.

La Programación Anual establece que la formación debe ser masiva y transversal. Para el año 2011 se planificó impartir un curso de computación nivel básico,⁴⁴ otra informante señala *“ellos se deben capacitar constantemente pero en el área clínica,”*⁴⁵ no hay especialización en referencias y actualización de protocolos, de igual modo pasa con las personas que trabajan con las interconsultas y derivación.

⁴¹ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011)

⁴² Plan de Salud Comunal Elaborado octubre 2010 para el año 2011

⁴³ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

⁴⁴ Plan de salud Comunal Elaborado octubre 2010 para el año 2011

⁴⁵ Encargada de la oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

b) Pertinencia

Es el segundo indicador que fomenta la investigación y da respuesta a la dimensión de resolutiveidad, es un concepto transversal que socialmente cobra mayor relevancia en el área de salud primaria, ya que se da cuando el médico considera que dentro de las herramientas tecnológicas y clínicas que dispone, no puede resolver un problema de salud del usuario consultante y de manera pertinente deriva a través de una interconsulta a alguna especialidad.

Quién **decide** prescribir una interconsulta es el médico, esta medida se considera cuando no ha tenido respuesta positiva a un tratamiento indicado. La derivación a especialidad debe ser conveniente y necesaria de acuerdo a los protocolos establecidos⁴⁶ por cada patología.

Bajo este contexto se puede mencionar que para alcanzar una mayor efectividad en la pertinencia de las interconsultas, la función de los médicos becados de Medicina Interna ha sido significativa, dado que el **procedimiento contingente**, ha permitido reforzar el proceso de priorización de usuarios con patologías semi-complejas, en las cuales se examinan las referencias y resuelven a nivel interno del Centro de Salud. Por otro lado aquellas patologías con mayor complicación se mandan al nivel secundario para su consulta, de

⁴⁶ Orientaciones para la Programación en Red 2008 División de la Red Asistencial –División de atención Primaria Página 10 www.minsal.cl

modo de lograr una mayor oportunidad en la atención.

La cooperación de este profesional ha llevado a resolver situaciones que corresponden a la atención primaria, *“existen prescripciones que se pueden resolver en el Centro de Salud, no todo es especialidad, esto va a depender del médico, la actualización y el manejo de ciertos diagnósticos”*⁴⁷, La encargada de gestión del Centro de Salud reconoce que por falta de conocimiento o dedicación, algunos profesionales referían al nivel superior.

Uno de los criterios primordiales que establece la Salud Primaria es la **continuidad de la atención**, en término de dar respuesta a una necesidad de salud en el servicio que corresponda de manera oportuna. Para cumplir con esta premisa los médicos del Centro de Salud deben enviar las interconsultas pertinentes de acuerdo a la especialidad y lugar de atención.

Por área geográfica, el establecimiento pertenece a la Red de Salud Santa Rosa, por lo tanto el mayor número de interconsultas van dirigidas al Centro de Referencia de Salud del Hospital Padre Hurtado y en menor cantidad se refieren al Centro de Diagnóstico terapéutico dependiente del Hospital Sótero del Río.

El propósito de la Red de Salud es mejorar de manera continua la atención de los usuarios, como también alcanzar eficiencia en la gestión, sin embargo, y a

⁴⁷ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

pesar del apoyo del profesional becado la dificultad de la no pertinencia, según expresa el plan comunal,⁴⁸ se mantiene, *“la poca experiencia son los factores importantes en la falta de pertinencia, desconocen algunos síntomas que podrían ser tratados al interior del Centro y no tener que derivar desproporcionadamente y dar fármacos sin ningún control”*⁴⁹, agrega una informante. El bajo compromiso de algunos profesionales que no utilizan los protocolos, sumado a las derivaciones a especialidades con diagnósticos poco certeros, llevan finalmente a que éstas sean rechazadas por el nivel secundario.

4.1.2 Exámenes

a) Exámenes Complementarios

Los exámenes cumplen un rol fundamental en el proceso de diagnóstico, es a través de ellos que se pueden resolver problemas con mayor complejidad. Estos complementan la información para profundizar una hipótesis diagnóstica, son solicitados por el médico del Centro de Salud, después de ciertas características, funcionamiento o condición que presenta la persona en el análisis físico. Hay diferentes modalidades de estudio, pueden ser de laboratorio (sangre, orina, secreciones) o de imagenología (rayos X,

⁴⁸Plan de salud comunal elaborado octubre 2010 para el año 2011.

⁴⁹ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal, 2011.

resonancia etc.), éstos se demandan de manera específica, dependiendo de la sospecha clínica.

El establecimiento donde se puede acceder y tomar algunos exámenes es el Hospital Padre Hurtado. La disponibilidad de horas está orientada especialmente a las radiografías de tórax con diagnóstico AUGE, este procedimiento se realiza de manera rápida, especialmente en los usuarios más vulnerables, como los adultos mayores y niños menores de 5 años.

En cuanto a otro tipo de exámenes, las opciones son escasas aunque estos hayan sido solicitados de manera urgente, la **datación de hora** dependerá de la disponibilidad de cupos y de la normalización de sus equipos, siendo generalmente lejana al control. Otra situación engorrosa menciona una informante, *“faltan exámenes que complementen diagnósticos tales como la resonancia magnética”*⁵⁰, esto se suma a los deficientes canales de comunicación que tiene el nivel secundario para informar. Otra entrevistada indica *“no dan respuesta en el mesón, no hay horas disponibles, las máquinas están malas, las únicas placas que toman son las de tórax para descartar una neumonía. Para el caso de radiografías de pelvis o de cadera en usuarios adultos, la mayoría de las veces se la toman de manera particular”*⁵¹. Esta modalidad presupone un rechazo no sólo por la falta de atención cuando ésta

⁵⁰ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

⁵¹ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

es solicitada, sino que además debe incorporar temas como la demora o dificultades que enfrenta el usuario para recibir el tratamiento oportuno.

A partir de la gestión de la *demanda*, la atención primaria de salud y específicamente el Centro de Salud debe velar porque los pacientes derivados a otros servicios, reciban la atención solicitada y retornen, habiendo resuelto de la mejor manera posible sus necesidades. Para cumplir con dicho requerimiento es importante un adecuado equilibrio entre la oferta y la demanda, para este año *“los 5 cupos de ecotomografía que entregan son insuficientes, dado que aquí están incluidas las eco-prostáticas, las eco renales y las eco-abdominales, por lo tanto, en la agenda se da prioridad a los adultos mayores”*,⁵² indica otra informante. Esto implica utilizar criterios de priorización, situación que crea dificultad al médico tratante, principalmente al confirmar un diagnóstico, además transforma al usuario en un poli consultante al no recibir una respuesta oportuna a su problema de salud.

b) Cartera de Servicio

Siendo los exámenes un apoyo importante para el profesional, se requiere necesariamente profundizar en la alianza público-privada que se genera a partir de la compra de servicios, para mantener o ampliar la cartera de servicios que tienen todos de los centros de salud primaria, estas son atenciones de

⁵² Administrativo Oficina de Gestión Sra. Elina Yáñez Entrevista Personal 2011.

procedimientos que no tiene el servicio público, por tanto estas prestaciones son adquiridas a través de convenios contractuales entre el Departamento de Salud de la comuna y servicios externos como Centros Médicos y Laboratorios, que están dirigidos a resolver las demandas que tienen relación con los problemas de salud de la comunidad de forma gratuita.

La coordinadora técnica comunal es la persona encargada de **planificar** la compra de servicios, asimismo determina la entidad que prestará atenciones de exámenes y procedimientos médicos ajustándose a la norma, planes y programa anual⁵³, considerando además la realidad local, especialmente en los recursos económicos que disponen como también de la demanda usuaria.

Este proceso de planificación no está exento de perfectibilidades según señala una entrevistada dado que, *“los médicos no son considerados en la toma de decisiones para la compra de servicios, tampoco consultan sobre cuáles son los exámenes que más piden, no se hacen los estudios necesarios para hacer la compra de la cartera de servicios”*.⁵⁴ La escasa participación impide proyectar los recursos de manera eficiente y eficaz.

Es así que las prestaciones adquiridas por la entidad administradora tienen una **cobertura** en procedimientos tales como: vicio refracción, entrega de lentes, eco abdominal, radiografía de pelvis niños, hipoacusia, eco y mamografía. Con respecto a la prestación oftalmológica (vicio refracción) y entrega de lentes el

⁵³ Plan Comunal elaborado en octubre 2010 para el año 2011.

⁵⁴ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal 2011.

número de atenciones es mayor, en relación a las otras que están en la canasta de compra de servicios, este procedimiento se realiza una vez al mes en un periodo de 4 horas, está dirigido a usuarios hombres y mujeres entre 15 y 64 años de edad. Se destinan 85 cupos por agenda; esto implica dificultad, principalmente cuando un usuario confirma su cita y luego no se presenta, generando duplicidad en la atención, dado que para completar nómina requerida, registran personas que ya fueron tratadas.

En cuanto a la eco abdominal para detectar la patología de colelitiasis, que es un procedimiento destinado a usuarios hombres y mujeres entre 35 y 49 años de edad. Anualmente el Departamento de Salud *“entrega 400 cupos para cubrir la demanda del Centro de Salud, y sólo se ocupan 70; en cambio las eco abdominales que no tienen ese diagnóstico son las que tienen mayor solicitud”*⁵⁵, menciona una informante. Ajustarse a las características de la edad crea limitación a usuarios que tienen una menor o mayor edad.

Considerando la problemática de acceso, la administración de la comuna adquirió un convenio con el Centro Médico San Bernardo para ampliar la cobertura, este acuerdo consiste en la disponibilidad de horas para exámenes de radiografía de tórax y radiografías de pelvis para niños mayores de 3 meses hasta un año, también entregan consultas de otorrino para los usuarios desde

⁵⁵ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal 2011.

los 15 a 64 años de edad, contemplando 5 atenciones mensuales. Con respecto a la compra de servicio una informante señala, *“para tratar la hipoacusia están bien, sin embargo sería bueno que existieran otros servicios, ejemplo traumatología y otras radiografías, como las de cadera adulto, para nasal y otros.”*⁵⁶ La accesibilidad condicionada en ciertos exámenes impide que el profesional médico tenga la información necesaria para formular un diagnóstico adecuado, o que pueda decidir oportunamente en la derivación.

4.1.3 Accesibilidad

a) Consultas médicas

Para resolver las necesidades de salud de la comunidad, la entidad administradora de la comuna en conjunto con el Centro de Salud Familiar, debe buscar estrategias para satisfacer esos requerimientos.

Es por ello que una de las prestaciones fundamentales son las **consultas** médicas, donde el propósito del profesional es diagnosticar patologías, recetar medicamentos, controlar y referir a niveles de mayor complejidad.

En el establecimiento se entregan dos tipos de atención:

- a) Consulta de Crónico, atención orientada a usuarios con patologías de larga data, en las cuales evalúa la estabilidad o el avance de la misma.
- b) Consulta de Morbilidad, en esta atención el médico evalúa el estado de

⁵⁶ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal 2011.

salud del usuario, los factores de riesgo que éste presenta a nivel biológico psicológico. El objetivo es detectar precozmente circunstancias y patologías que pueden alterar su desarrollo o su salud, el **tiempo designado** para cada atención es de 12 minutos. Una de las funcionarias entrevistadas señala que *“los escasos minutos establecidos por prestación, son insuficientes para los médicos, ya que sólo alcanzan a tratar un solo síntoma, en ese corto tiempo debe ver al paciente, escribir en el computador, recetar algún medicamento, llenar la interconsulta, con todo lo que hace sobrepasa el tiempo asignado”*,⁵⁷ eso implica que el usuario deba pedir hora nuevamente para tratar otras molestias. En cambio para las patologías crónicas el tiempo es de 3 usuarios por hora, el tiempo fijado en esta última es mayor, debido a las enfermedades asociadas, por sus propias características y otros imprevistos.

En el Centro de Salud hay dos modalidades para acceder a una *consulta* de morbilidad, que consiste en:

- a) Consulta espontánea, se refiere cuando el usuario es atendido sin cita previa, hecho que se da sólo cuando hay cupos disponibles y es necesidad de urgencia.
- b) Agenda diferida, se refiere a citas programadas, dividida en tramos de horario en las cuáles los niños menores de 5 años y adultos mayores de 65 años tienen prioridad para ser agendado. El tiempo fijado que

⁵⁷ Jefa Servicio de Orientación Médica. SOME Sra. Rebeca Toledo Entrevista Personal (2011).

tienen estos usuarios para recibir la atención requerida, fluctúa entre 24 y 72 horas como máximo, la misma informante refiere que, *“durante el día se agendan aproximadamente 200 citas.”*⁵⁸ Situación que privilegia a los usuarios más vulnerables condicionando, en cierto modo, la atención para aquellas personas que no tienen esa característica, generando una mayor concentración y un mayor tiempo de espera.

Existen circunstancias en que la demanda de consulta es superior a la oferta, esto ocurre principalmente en periodos *peak* de enfermedades estacionales, o cuando los profesionales presentan licencias médicas, al respecto una informante señala *“avisan a último minuto que no pueden asistir, creando conflicto con los usuarios que están esperando para su atención, la dirección debe proyectarse a futuro a través de programaciones, tanto en las vacaciones, en capacitaciones y licencias médicas, para no crear problemas en la agenda”*,⁵⁹ dado que no hay personal de reemplazo.

La consulta médica es una prestación fundamental en el centro de Salud, por lo que una disminución en horas de agenda de un profesional aumenta el número de usuarios sin atender, generando una sobrecarga a otro médico y favoreciendo la cantidad por la calidad.

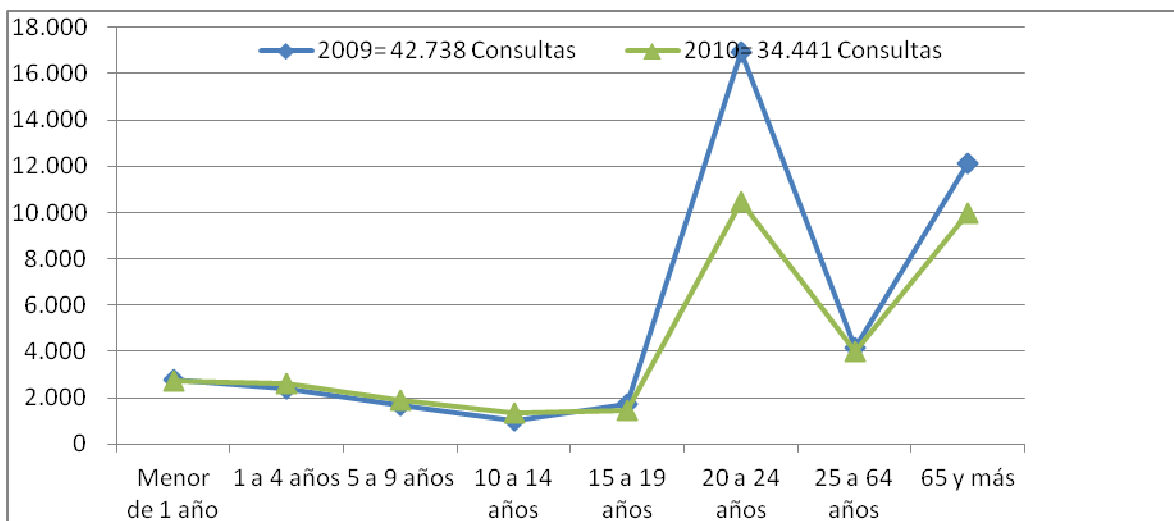
Al realizar una comparación de consulta realizada entre el año 2009 y 2010 se

⁵⁸ Jefa Servicio de Orientación Médica. SOME Sra. Rebeca Toledo Entrevista Personal (2011).

⁵⁹ Jefa Servicio de Orientación Médica. SOME Sra. Rebeca Toledo Entrevista Personal (2011).

puede ver claramente un déficit en el último año en las atenciones de morbilidad.

TABLA NÚMERO 2.- Cuadro Comparativo de Consultas 2009 – 2010.



Fuente: Registro Estadístico Médico, Centro de Salud la Granja, Enero 2011.

De acuerdo a la información recopilada, durante el año 2010 fueron 8297 atenciones médicas menos que el año 2009, esto es equivalente al 19,4% situación generada por reestructuración del Consultorio a Centro de Salud, como también a la alta rotación médica.

- c) Movilidad profesional El Centro de Salud está compuesto por funcionarios profesionales y no profesionales quienes participan directa e indirectamente en dar respuesta a las necesidades de salud de la población. La relación laboral está regulada por el Estatuto de Atención

Primaria de Salud⁶⁰ clasificando al personal de acuerdo a sus competencias en diferentes categorías:

- d) Médicos cirujanos, Farmacéuticos, Químicos farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano dentistas.
- e) Otros profesionales.
- f) Técnicos de nivel superior.
- g) Técnicos de salud.
- h) Administrativos de salud.
- i) Auxiliares de Servicios.

Para cumplir con el **reglamento** establecido, el Departamento de Salud de la Municipalidad de La Granja, se encarga de controlar, gestionar y administrar los recursos físicos y humanos de todos los Centros de Salud de la comuna; una de sus funciones es vigilar que la dotación del personal mantenga un porcentaje de 80% de personal con contrato indefinido y un 20% de personal a contrata. Ajustándose bajo ciertos criterios tales como: Población beneficiaria, características epidemiológicas, número y tipo de establecimiento.

En el contexto general la permanencia se ha logrado en las categorías de profesionales no médicos y otros estamentos, sin embargo en lo que se refiere

⁶⁰ Ley 19378, TITULO I ART.5 ,Ministerio de SALUD www.leychile.cl

a los médicos, la situación es distinta, dado que la antigüedad promedio no supera los 8 años, según lo refleja Tabla Número tres.

TABLA NÚMERO 3.- Caracterización de la dotación de funcionarios médicos del Centro de Salud de la Granja, antigüedad, jornada, tipo de contrato.

Dotación Categoría Médico	Antigüedad	Jornada	Tipo de Contrato
2 Profesionales	< 20 años	22 hrs. Semanal	Indefenido
2 profesionales	> 15 años	44 hrs. Semanal	Indefenido
2 Profesionales	> 10 años	22 y 44 hrs. Semanal	Indefenido
8 Profesionales	> 5 años	22 y 44 hrs. Semanal	Plazo Fijo

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos desde el Departamento de Salud de la comuna de la Granja.

La información señala que 6 de 14 funcionarios tienen contrato indefinido, dentro los cuales, tres de ellos trabajan jornada completa de 44 horas a la semana, mientras que los tres restantes trabajan media jornada.

El número de profesionales que están a plazo fijo es superior a aquellos con contrato indefinido, siendo su estadía en el Centro de Salud menor a 5 años.

La alta **rotación de los médicos** implica una serie de factores según el plan comunal del año 2010-2011⁶¹, uno de ellos, es el interés de los profesionales

⁶¹ Plan de salud Comunal elaborado octubre 2010 para el año 2011.

recién egresados de pasar por el servicio durante un periodo determinado, para posteriormente postular a becas de especialización. Otro punto importante que los lleva emigrar, es la remuneración que perciben al ingresar al sistema de salud, dado que el nivel 15 de esa categoría es inferior a las comunas aledañas como San Joaquín y el Bosque⁶², para el caso de incrementar un 3% de sus ingresos deben esperar aproximadamente 5 años para cambiar de nivel, en esa misma línea una informante indica *“los profesionales que están menos de un año no reciben incentivo ni siquiera por las metas sanitarias, sin embargos, el cumplimiento y exigencias son las mismas”*.⁶³, motivo que influye en el desarrollo de la tarea diaria.

De acuerdo al reglamento que rige a la Atención Primaria de Salud constituye la remuneración. “El Sueldo base, que es la retribución pecuniaria de carácter fijo y por periodos iguales” ⁶⁴ además se agrega “La asignación de Atención Primaria Municipal, que es un incremento al sueldo base”, el estipendio total, será conforme al nivel y la categoría funcionaria.

La categoría tiene que ver con el encasillamiento del funcionario de acuerdo a su competencia, esta clasificación debe contener un nivel, éste a su vez está relacionado con los años de servicio, comenzando de manera decreciente.

Como se puede ver en la Tabla Número 4, tres comunas con profesionales de

⁶² Municipalidad de La Granja, Municipalidad San Joaquín, Municipalidad El Bosque.

⁶³ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011)

⁶⁴ Ley 19.378, Párrafo N° 3 ART. 23 ,Ministerio de SALUD www.leychile.cl

la misma categoría (médicos), con el mismo nivel (antigüedad), con diferente remuneración.

TABLA NÚMERO 4.- Remuneraciones de Comunas, Nivel A de La Granja, San Joaquín y El Bosque.

Remuneración Comunas, Nivel A			
Año 2011	La Granja	San Joaquín	El Bosque
1	2.425.460	1.871.094	2.134.918
2	2.295.526	1.822.378	2.051.534
3	2.165.590	1.773.666	1.968.142
4	2.078.966	1.724.956	1.884.756
5	1.905.722	1.676.244	1.801.352
6	1.819.098	1.627.528	1.717.976
7	1.645.848	1.578.818	1.634.592
8	1.559.224	1.530.106	1.589.056
9	1.472.604	1.481.396	1.543.528
10	1.364.322	1.432.682	1.488.718
11	1.299.354	1.383.968	1.427.230
12	1.212.730	1.335.258	1.394.318
13	1.169.420	1.286.544	1.336.176
14	1.126.106	1.237.834	1.252.778
15	1.091.328	1.190.664	1.169.400

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en Enero 2011, en el Departamento de Salud de la Granja, la Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín, y la Dirección de Salud de la Municipalidad de El Bosque.

De la información expuesta se puede determinar que los profesionales que recién ingresan al sistema de salud de la comuna de la Granja, reciben remuneraciones inferiores en comparación a las comunas de San Joaquín y El Bosque, sólo se supera a partir del nivel siete. Esto significa que el funcionario debe esperar aproximadamente 16 años para que su remuneración esté a nivel con las comunas vecinas.

Dentro de la estabilidad laboral está presente el **reconocimiento**, reflejado a través de la remuneración, desarrollo profesional, e inclusión en la toma de decisiones de salud. Una entrevistada señala, *“antes había mayor integridad y accesibilidad, ahora hay que pedir audiencia, el antiguo coordinador médico se aburrío, no pudo modificar las falencias”*.⁶⁵ La escasa comunicación y voluntad en materializar soluciones, más los bajos beneficios económicos, aumenta el nivel de insatisfacción, creando una percepción de estancamiento, que finalmente lleva a que estos funcionarios emigren a otros servicios. Respecto a lo mismo otra informante señala, *“si la rotación de los médicos disminuyera la resolutivez aumentaría significativamente”*.⁶⁶ Esta deficiencia provoca baja oferta en atenciones de morbilidad, complicando muchas veces el estado de salud de los usuarios al ser tratados tardíamente, repercutiendo en su calidad de vida y en su entorno.

⁶⁵ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

⁶⁶ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

4.2 COORDINACIÓN

4.2.1 Comunicación Externa

a) Centro de Salud y Departamento de Salud

En la comuna de La Granja, la Dirección del Departamento de Salud es quién administra, dirige e implementa las Políticas Públicas Sanitarias a través de los Centros de Salud de su dependencia. “Dentro de sus funciones está verificar y supervisar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que entrega el Ministerio de Salud”⁶⁷.

También debe velar por la coordinación entre los establecimientos de la comuna y con los Hospitales del área (Sótero del Río y Padre Hurtado), quienes a su vez, componen la Red Santa Rosa, en este aspecto una informante señala “*otra de las tareas es crear programas o estrategias claras para obtener información de lista de espera de los usuarios derivados al nivel secundario*”⁶⁸, de modo de identificar los nodos críticos de las patologías derivadas a las distintas especialidades.

Fortalecer la **comunicación efectiva** entre las dos Direcciones es fundamental para los procesos internos, relación que finalmente se traduce en el logro de

⁶⁷ Plan de Salud Comunal. Elaborado Octubre 2010 para el año 2011.

⁶⁸ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal 2011.

los objetivos planteados, la misma entrevistada indica, *“el Departamento de Salud no da oportuna respuesta a las necesidades del Centro de Salud, los mecanismos de comunicación son vía teléfono y en ocasiones de manera presencial”*⁶⁹. El intercambio de información no es efectivo, dado que los cambios o modificaciones, en relación a las decisiones tomadas, no son difundidas plenamente a los funcionarios involucrados, como también la información dirigida desde el nivel secundario hacia el Centro de Salud en temas de lista de espera, capacitación u otras materias, se entrega de manera parcial y tardíamente, ocasionando que los resultados no sean óptimos por falta de integración, *“problemática no menor al interior del Centro de Salud, entendiéndolo que esta es una de sus responsabilidades”*,⁷⁰ menciona una entrevistada.

A comienzo del año 2011, el Director del Departamento de Salud informó las metas e indicadores que debían cumplir los Centros de Salud. Es así que para alcanzar los **resultados** impuestos por el Servicio Sur Oriente, el establecimiento debe planificar y coordinar los recursos disponibles, sin embargo, a pesar de mejoras en las herramientas tecnológicas, reuniones de equipo, la comunicación fue inadecuada, resultando discrepancias en la interpretación, es así como quedó de manifiesto un déficit en el logro de las

⁶⁹ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

⁷⁰ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

metas por falta de apoyo técnico y colaboración administrativa hacia la Dirección del establecimiento, *“en términos de recursos humanos e insumos en todo sentido, si a todo nivel, no hay un enfoque integral”*⁷¹, señala otra informante. El bajo fortalecimiento en este aspecto impide relacionarse y coordinarse efectiva y pro activamente con los jefes de sector y de centros comunitarios.

b) Centro de Salud y Nivel Secundario.

El Centro de Salud Familiar reconoce la acción del nivel secundario, en términos de acoger y resolver los problemas de los usuarios referidos, ajustándose a lo que establece la reforma sanitaria, es así como uno de los puntos relevantes es la integración de la Red Asistencial (comunidad, Centros de Salud y niveles secundarios y terciarios), en la cual todos los actores involucrados, en un marco de **interdependencia**, “comunicación y cooperación ponen en común sus recursos, tareas y voluntades para anticipar en forma sistemática una actividad, con la finalidad de resolver un problema de salud”⁷².

En este contexto, es que a pesar de los avances en la gestión aún hay insuficiencias, principalmente en el sistema de información entre ambos niveles y en la búsqueda para unificar criterios, *“lo ideal sería que tuvieran una contra referencia, para conocer lo que pasó con la interconsulta emitida, tener esta*

⁷¹ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

⁷² Subsecretarías de redes asistenciales Departamento de Gestión de la red Asistencial/División Atención Primaria Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2009 Pág. 11.

*información sería provechoso. Saber en definitiva cuál fue el procedimiento realizado en el nivel secundario*⁷³, indica una entrevistada. Este hecho no siempre es compatible entre los médicos del centro de salud y el Centro de Referencia de Salud del Hospital Padre Hurtado, la escasa comunicación y diálogo, la falta de protocolos y guías clínicas en común, impiden mejorar la competencia.

Una **herramienta** importante para mejorar la gestión entre ambos niveles fue el ingreso de una plataforma informática, principalmente para las patologías con garantías explícitas. La introducción de la tecnología ha permitido visualizar las Interconsultas digitadas, como también verificar la especialidad a la cual fue enviada, sin embargo presenta una limitante no menor y es que no genera fecha de citación. Con respecto a esta dificultad una informante señala, *“no existe coordinación en cuanto a la información en línea, no se registra información del tratamiento del sector secundario en el sistema, generalmente los pacientes vuelven al Centro de Salud sin saber cómo fue resuelto el problema en el Hospital*⁷⁴, la falta de algún mecanismo que articule la comunicación entre ambos niveles impide la efectividad y correspondencia en el ámbito clínico y tecnológico del proceso de referencia y contra referencias, perjudicando directamente al usuario.

⁷³ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

⁷⁴ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

4.2.2 Comunicación Interna

a) Dirección, Jefe, Referentes técnicos, Coordinadores.

Para analizar los niveles y formas de comunicación dentro del contexto interno del Centro de Salud, y los procesos macros de relaciones, como pie de inicio se debe tener presente el cambio estructural que la Dirección del establecimiento lleva adelante, para coordinar e implementar lo impuesto por la reforma sanitaria, es decir, transformar el Consultorio a Centro de Salud Familiar, donde el equipo de salud asume de manera integral al usuario y su entorno.

Para desarrollar este nuevo sistema de atención, la dirección designó jefes de sectores donde cada uno fue encargado de organizar y dirigir funcionarios a su cargo, asimismo eligió referentes técnicos, quienes asumieron responsabilidades de coordinación interna para cumplir las metas anuales. En tanto la jefatura de la oficina de gestión le correspondió velar por el cumplimiento de los procedimientos, supervisar el quehacer diario en relación a las referencias AUGE y no AUGE.

Por otro lado la **comunicación multidireccional**, relaciona a diversos niveles de jerarquía a nivel del centro, con distintas responsabilidades y conocimientos, por tanto las relaciones en cuanto a trato directo, escrito y electrónico son canales útiles para fomentar la participación de todos, situación que entre la oficina de gestión, la dirección del Centro de Salud y encargados de cada

sector se ha visto afectada. *“La Dirección no busca estrategias de corrección, y sólo castiga con una nota de demérito cuando el funcionario no acepta los requerimientos, esta medida genera anticuerpos y resistencia, que impide el control y el desarrollo de las referencias”*,⁷⁵ menciona una entrevistada, esta situación predispone a realizar tareas incompletas, ejecutar funciones ineficientemente y en descoordinación, provocando un retraso en la iniciativa de formulación de metodologías en común.

Un mecanismo importante para establecer directrices de actuación y eventualmente asegurar su cumplimiento, es la **integración** de las personas encargadas con la Dirección, utilizando los conocimientos y la experiencia adquirida de ciertos profesionales, especialmente el médico coordinador.

En este aspecto hay un bajo fortalecimiento por la autoridad del establecimiento en la cual no propicia un ambiente adecuado para el intercambio de ideas y de iniciativas en la toma de decisiones conjuntas, generando que cada uno responda a sus objetivos individuales, *“se solicitó una entrevista para saber por qué no se incorpora a los médicos, porque si sólo se critica el trabajo, se debe dar la posibilidad también de participar en las actividades para corregir o fortalecer lo bueno”*⁷⁶, señala una informante.

⁷⁵ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

⁷⁶ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

No hay instancias para una integración real y efectiva, causando desmotivación a los funcionarios que buscan ser considerados.

b) Oficina de Gestión y Profesionales Médicos.

En el quehacer comunicacional a nivel interno la Oficina de Gestión y los profesionales médicos se complementan diariamente, esta relación es elemental en la actividad referente a las interconsultas tanto en el registro y derivación. La Oficina se encarga del proceso de las referencias emitidas por el profesional, supervisa y registra datación de horas de exámenes que están fijados en la cartera de servicios, además interactúa con los jefes de sector y los profesionales médicos, a través de reuniones y documentos formales para comunicar los cambios de normas y protocolos. Asimismo mantiene una directa relación con el médico becado, quien colabora con la Oficina de Gestión en la selección de las derivaciones con mayor dificultad, que son pertinentes para el nivel secundario y que buscan las instancias para su oportuna atención. En este aspecto la participación y **colaboración** de los médicos de medicina interna, facilitan la coordinación de tareas, permitiendo establecer acuerdos para mejorar el proceso de referencias. De igual modo y pese al apoyo de estos profesionales, se presenta una situación contraria con algunos médicos del Centro de Salud, los cuales muestran bajo interés en aceptar modificaciones en el proceso, *“No hay disposición para resolver los problemas de salud, lo más cómodo es derivar al usuario al nivel secundario y en otras*

*ocasiones cuando requieren mayor atención dilatan la referencia*⁷⁷ , indica una entrevistada. La inmediatez como la postergación impide que el usuario reciba una atención de calidad.

Con respecto a la **estandarización** la funcionaria encargada de la oficina de gestión hizo esfuerzos para que todos los profesionales médicos utilicen la información necesaria para el desarrollo de las interconsultas, con el propósito de lograr eficiencia en la tarea diaria, con respecto a este tema una informante menciona, *“en el año 2009 se había acordado trabajar en conjunto con la Oficina de Gestión en la creación de un manual. A fines del año pasado se empezó a formular la actualización de protocolos, hasta hoy no ha llegado nada*⁷⁸. Unificar criterios en el aspecto técnico, permite agilizar el proceso de referencia y evitar tramitación al usuario.

⁷⁷ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

⁷⁸ Representante de los médicos Dra. Laura Contreras. Entrevista Personal (2011).

4.3 EJECUCIÓN Y MONITOREO

4.3.1 Registro

a) Interconsulta

Para profundizar en la última dimensión es necesario analizar las variables que están relacionadas con el procedimiento de las interconsultas elaboradas y procesadas en el sistema informático.

La interconsulta, es un documento emitido por el médico del Centro de Salud, en la cual pide asesoramiento a otro profesional con mayor especialización para resolver el problema de salud de un usuario, o bien para solicitar un procedimiento donde el establecimiento no dispone de las herramientas para hacerlo.

Para la **formulación** de este documento se deben anotar los datos del usuario, resumen de la historia clínica, diagnóstico presuntivo, tratamiento, exámenes, motivo de derivación, especialidad a la que se refiere, ajustándose a los protocolos establecidos.

En cuanto a su destino ésta dependerá de la especialidad a la cual se dirige, es así que, por área geográfica el Centro de Salud corresponde a la Red Santa Rosa, la cual comprende las comunas de La granja, San Ramón y La Pintana, por tanto de acuerdo a lo anteriormente expuesto los usuarios deben ser enviados al Hospital Padre Hurtado. El mayor número de solicitudes son

dirigidas a ese Centro de Referencia de Salud, en cambio la menor cantidad se envían al Centro de Diagnóstico Terapéutico Complejo Asistencial Sótero del Río.

Se asume como un requisito básico que en este documento se debe registrar toda la información pertinente y la especialidad a la cual va dirigida, una informante señala, *“un problema frecuente son las interconsultas incompletas por parte de los médicos, especialmente el ítem donde debe detallar el fundamento del diagnóstico.”*⁷⁹

Esta hoja de solicitud está diseñada para aportar información fundamental e importante del usuario, por ende el profesional que tiene conocimiento absoluto debe anexar todo los datos necesarios para agilizar el tratamiento. Sin embargo, hay circunstancias que esta obligación no se cumple, una informante señala que existen *“malos diagnósticos, letra ilegible, no agregan exámenes básicos, que son importantes para dar curso a la solicitud”*.⁸⁰ Esta dificultad trae consigo, un mayor tiempo de espera para el usuario, dado que se tiene que corregir e ingresar al sistema y finalmente se envía al servicio correspondiente. El nivel de **derivación** tiene una resonancia en la espera de los usuarios, principalmente cuando el procedimiento o la atención requieren de mayor especialidad.

⁷⁹ Entrevista a Sra. Elina Yáñez, administrativa de la Oficina de Gestión.

⁸⁰ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

En el centro de Salud se resuelven las referencias de baja complejidad, por lo que la atención es de fácil acceso, una entrevistada menciona que *“alrededor de 200 interconsultas mensuales son derivadas al nivel interno, específicamente a kinesiología, para este servicio hay una lista de espera de 300 pacientes aproximadamente⁸¹”*. En cambio se desconoce la lista de espera de las interconsultas derivadas al nivel secundario.

Esta problemática aumenta debido a la demora en el registro de las referencias, observándose dicha situación en la Tabla Número 5:

TABLA NÚMERO 5.- Interconsultas por Mes y Fuera de Plazo

Interconsultas		
Mes	Total	Fuera de plazo
Julio	310	97
Agosto	437	166
Septiembre	432	73
Octubre	574	67
Noviembre	322	51
Diciembre	278	55
Promedio	392	85

Fuente: Elaboración Propia, datos obtenidos plataforma SIGGES.

Según información expuesta en Tabla número cinco, durante el segundo semestre de 2010 se realizaron 2353 interconsultas, de lo cual se desprende que el 21,6% se enviaron fuera del plazo establecido, es decir, después de 48 horas de haber sido emitida, una informante señala *“se hace el esfuerzo para*

⁸¹ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

*derivarlas antes de 48 horas, sin embargo, eso no ocurre, no se incorporan exámenes, se debe ubicar al usuario, solicitarlos, registrarlo, crearle el caso y finalmente vincularlo, todo eso lleva días*⁸². Estas deficiencias cometidas por el profesional, son resueltas por los administrativos de la Oficina de Gestión, con implicancias para el usuario, debido al aumento del tiempo de espera.

b) Digitación

Siendo las interconsultas parte de un proceso, deben generar información y entregar resultados. Por tanto los **datos** que contienen, deben transferirse al sistema de información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, (SIGGES), en un periodo no superior a 48⁸³ horas desde la emisión.

Este documento se debe digitar diariamente en la Oficina de Gestión con el fin de favorecer el cumplimiento de las garantías explícitas, principalmente las interconsultas con diagnósticos AUGE, en el caso de las solicitudes que no son AUGE se sigue la misma conducta, sin embargo, en éstas últimas se producen inexactitudes en el registro de datos, tales como: duplicidad de datos de un mismo usuario, derivaciones a servicios que no corresponde, ingreso de datos después de la fecha establecida, *“la digitación se debe hacer al menor tiempo posible, sin embargo, el lapso es de dos a tres días, este desfase se produce por falta de personal, dado que el funcionario encargado cumple otras*

⁸² Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

⁸³ VER ANEXO 2.

tareas, esto genera acumulación de las interconsultas⁸⁴, indica la entrevistada.

Es así como la Tabla Número 6 describe que durante los meses de Julio a Diciembre del año 2010⁸⁵, se digitaron en el Sistema Informático 161 interconsultas con algún tipo de error de digitación.

TABLA NÚMERO 6.- Interconsultas digitadas desde Julio a Diciembre 2011.

Interconsultas Digitadas					
Mes	Total	Error Fecha	Mal derivadas	Doble registro	Total IC con error
Julio	310	2	10	14	26
Agosto	437	1	25	8	34
Septiembre	432	0	17	3	20
Octubre	574	10	25	4	39
Noviembre	322	1	8	2	11
Diciembre	278	22	7	2	31
Total	2353	36	92	33	161

Fuente: Elaboración propia datos obtenidos plataforma informática SIGGES.

Según la revisión en la información recopilada en el periodo de 6 meses⁸⁶ se digitó un total de 2353 interconsultas de las cuales 36 de ellas fueron registradas después del plazo estimado, 92 solicitudes fueron enviadas a otro servicio que no corresponde y 33 de éstas se registraron 2 veces el mismo día. Esta falta de responsabilidad en la tarea, limita el curso adecuado de las interconsultas, debido al tiempo adicional que se tiene que dar para la

⁸⁴ Funcionaria administrativo Sra. Elina Yáñez Entrevista Personal (2011).

⁸⁵ Base de datos SIGGES.

⁸⁶ VER ANEXO 4.

corrección de estos errores, generando un mayor costo en recursos humanos y del mismo modo sobrecargando el trabajo de la oficina.

4.3.2 Sistema Informático

a) Plataforma Sistema Informático de Gestión

Finalizando la investigación, necesariamente se debe analizar el aspecto tecnológico del registro de las interconsultas, se conocen experiencias de otras redes de salud del país que han incorporado el elemento tecnológico en sus procesos y en sus formas de coordinación. El Servicio de Salud O'Higgins y el del Maule en 2009⁸⁷ elaboraron en conjunto un software que digitalizaba las referencias en ambas regiones. Es en estos años cuando se comienza a formalizar los manuales de procedimientos referentes a un sistema informático nacional que ya había entrado en vigencia en el año 2005 a partir de la Reforma Sanitaria, en el Centro de Salud de la Granja sólo utilizan la Plataforma Nacional de Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES)⁸⁸, la cual es una herramienta que informa el proceso de las interconsultas, específicamente aquellas con patologías AUGE, es de fácil manejo y limitado **acceso**, cuenta con tres tipos de usuarios, estos son, digitadores, monitores o encargados de gestión, y los gestores.

Posee seis módulos relacionados entre sí:

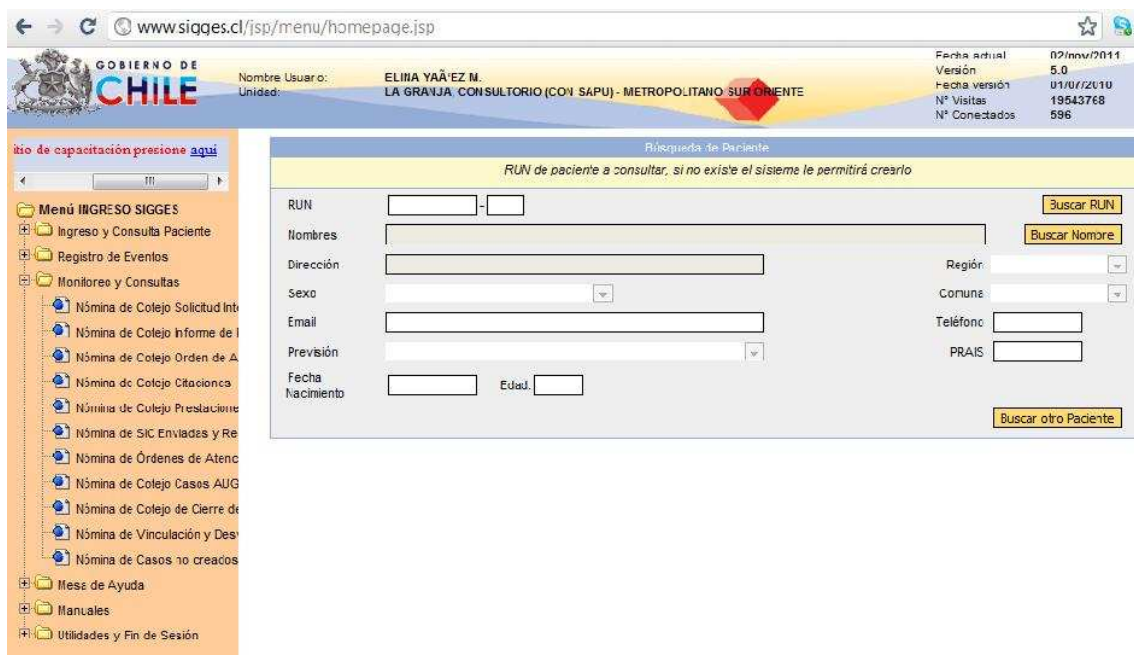
⁸⁷ www.saludohiggins.cl nuevo-sistema-informático-mejorar de Gestión.

⁸⁸ Sistema de información Gestión de Garantías explícitas en Salud, Creado en el año 2005.

1. Ingresos y Consultas Paciente.
2. Registro de Eventos.
3. Monitoreo y Consultas.
4. Mesa de Ayuda.
5. Manuales.
6. Utilidades y Fin de Sesión.

La función principal es capturar los datos más relevantes del ciclo de atención de un paciente, para el cumplimiento de las garantías explícitas y monitorear la información. A continuación una imagen de la plataforma a modo de ejemplo:

TABLA NÚMERO 7.- Pantalla de Sistema SIGGES



Fuente: Elaboración Propia.

Esta plataforma está compuesta por una **base de datos** construida a partir de los registros que hacen los funcionarios al ingresar las interconsultas, entregando como resultado la información específica de cada paciente. Una dificultad presente en este programa es la segregación de la información, es decir, para aquellas referencias de Auge genera ciertos datos, como por ejemplo, visualizar el caso siendo éste activo o cerrado, sin embargo para las interconsultas que no es Auge, sólo procesa el registro y no hay más. El escaso acceso no permite *“visualizar información de usuarios atendidos en el nivel secundario, no existe una contra referencia, de 400 interconsultas enviadas, sólo se sabe el 10% o 15% en el Sistema SIGGES”*,⁸⁹ indica una informante. Los datos reales de emisión y espera de éstas son elementos que evidencian el desconocimiento y la falta de control en el registro.

Al analizar la situación práctica del Centro de Salud respecto de la plataforma informática, se observa que de los 11 sub módulos de monitoreo y consultas, sólo están disponibles 4 (a) Nómina de cotejo solicitud interconsulta; b) Nómina de Cotejo Prestaciones Otorgadas; c) Nómina de SIC enviadas y recibidas, y d) Nómina de órdenes de atención enviadas y recibidas, limitando la fiscalización y el conocimiento real de las interconsultas; al respecto señala la entrevistada *“el municipio no tiene una plataforma informática comunal, esto no es por un asunto económico, sino que por un tema de planificación y de hacer un buen*

⁸⁹ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011)

proyecto". Esta problemática impide una correcta administración y monitoreo y afecta directamente a los usuarios del Centro de Salud.

b) Supervisión y Control

En todo proceso existe un responsable, es así que la funcionaria encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud está facultada para coordinar actividades, supervisar el proceso operativo de las interconsultas, evaluar las actividades de recepción, registro de datos y derivación a los servicios de especialidad correspondiente.

La aceptación de interconsultas en esta oficina se realiza bajo la **observación** acuciosa de todos los datos y exámenes adjuntos, identificando claramente las deficiencias en la emisión, al respecto una informante menciona que *"se intentó reforzar y reiterar que el documento emitido debía contener registros claros, sin sigla, resultados de exámenes, hipótesis diagnóstica y servicio de derivación, es decir, todos los requisitos que exige una interconsulta"*⁹⁰. Esto ha significado un mejoramiento en el primer eslabón del proceso, sin embargo, en el transcurso posterior a éste, la dificultad se crea en la digitación de las solicitudes, generando duplicidad de datos, como también el ingreso fuera de plazo.

⁹⁰ Encargada de la Oficina de Gestión del Centro de Salud. Matrona, Sra. Claudia Luna. Entrevista Personal (2011).

Hecho que se refleja en la Tabla Número 8, entre los meses de Julio a Diciembre un 28,5% de las interconsultas procesadas presentaron algún tipo de error.

TABLA NÚMERO 8.- Interconsultas Procesadas entre Julio a Diciembre 2010.

Interconsultas Segundo Semestre 2010							
Mes	Total	% Fuera de Plazo	% Error Digitacion Fecha	% Mal Derivadas	% Doble Registro	% Total Incorrecta	% Total Correctas
Julio	310	31,3	0,6	3,2	4,5	39,6	60,4
Agosto	437	38,0	0,2	5,7	1,8	45,5	54,5
Septiembre	432	16,9	0,0	4,0	0,7	21,6	78,4
Octubre	574	11,7	1,7	4,4	0,7	18,5	81,5
Noviembre	322	15,9	0,3	2,5	0,6	19,3	80,7
Diciembre	278	19,8	7,9	2,5	0,7	30,9	69,1
Total	2353	21,6	1,5	3,9	1,4	28,5	71,6

Fuente: Elaboración propia datos recopilados base datos SIGGES.

De acuerdo a la base datos el segundo semestre del año 2010 los médicos enviaron 2353 interconsultas al nivel secundario, de los cuales el 28,5% presentaron dificultad en la oficina de gestión, éstas fueron digitadas después de la fecha establecida, otras con error entre la fecha del documento y el sistema informático, además de ser enviadas a un servicio que no corresponde, por ejemplo un documento iba dirigido a cardiología y en el sistema aparecía a cirugía, y también duplicidades de registro en el mismo día.

Supervisar las actividades de las interconsultas y entregar información oportuna permitirá formular indicadores “siendo una variable medible relacionada con una estructura, proceso o resultado”⁹¹, en este contexto una

⁹¹ Administración y control de la Calidad, Autor James R. Evans, William M. Lindsay Pág. 361, 7° Edición D.R. 2008 por Cengage Learning Editores, S.A. México.

entrevistada indica al respecto *“no hay revisión de los registros, ni preocupación para que las tareas se lleven cabo con mayor eficiencia, los funcionarios que digitan cometen errores en las derivaciones”*⁹², estas faltas son elementos asociados al tiempo que debe esperar el usuario para ser tratado en el nivel secundario.

Los funcionarios de las distintas unidades poseen **competencias** siendo estas actuaciones integrales, donde las habilidades y destrezas permiten resolver problemas cotidianos, sin embargo el desempeño depende de múltiples factores tales como motivaciones, capacidad de liderazgo, comunicación adecuada. Asimismo de las fortalezas y debilidades del equipo de trabajo, donde se visualiza poca cooperación, además una informante expresa que *“hay sobrecarga en ciertos funcionarios, debido a que no hay claridad en la función”*⁹³, hecho que genera desmotivación y bajo compromiso entre ellos, realizando una tarea deficiente, la misma entrevistada afirma que *“el mayor problema es que no se registran datos que son importantes para dar respuesta al usuario, o para formar indicadores”*.⁹⁴ La supervisión inadecuada impide cumplir con los objetivos organizacionales, no se busca una eficiencia en el proceso. Teóricamente cada año las direcciones de los Centros de Salud trabajan en Plan Comunal quedando expreso que “la planificación integrada

⁹² Funcionaria administrativo Sra. Elina Yáñez Entrevista Personal (2011).

⁹³ Funcionaria administrativo Sra. Elina Yáñez Entrevista Personal (2011).

⁹⁴ Funcionaria administrativo Sra. Elina Yáñez Entrevista Personal (2011).

permitirá focalizar de mejor manera esfuerzos y recursos, porque sabremos dónde intervenir de manera más eficiente y eficaz. Todo lo anterior finalmente para perfeccionar los mecanismos de monitoreo y evaluación”⁹⁵ . Durante el año 2010 se desconoce registro de interconsultas devueltas del nivel secundario, por tanto no hay evaluación semestral ni anual.

⁹⁵ PLAN DE SALUD Comunal la Granja 2011.

CONCLUSIÓN

El resultado de la investigación realizada permite concluir que:

1. La capacidad resolutive que dispone el Centro de salud Familiar con respecto a las referencias emitidas y derivadas al nivel secundario:

- El departamento de salud de la comuna no aborda de manera estratégica el perfeccionamiento, careciendo de un plan de desarrollo de las competencias técnicas de los funcionarios, sin embargo, se observa que la motivación y apoyo de profesionales con mayor preparación ayudan a mejorar el servicio.
- El nivel de priorización permite que el usuario pueda acceder a una consulta médica, a pesar de la alta movilidad de estos profesionales.
- La cobertura en prestaciones de procedimientos que ofrece el Centro de Salud es oportuno para algunos exámenes en cambios en otros es segregado en términos de edad y diagnóstico.

2. La coordinación y comunicación del proceso de referencia a nivel interno como del nivel externo del centro de Salud, se observa que:

- Entre el departamento de salud y el nivel secundario, no hay alianza para fortalecer la continuidad de la atención, observándose una baja retroalimentación de conocimiento

clínicos entre los profesionales médicos.

- La información y forma de comunicar ha sido defectuosa, siendo un impedimento en la coordinación de las tareas y de la canalización de los esfuerzos de los funcionarios que están comprometidos para lograr la eficiencia en las referencias derivadas.

3. La ejecución administrativa y monitoreo de las interconsultas formuladas desde el centro de salud a los niveles superiores, se constata que:

- Operativamente hay deficiencias en los registros de emisión y digitación de las interconsultas, debido a la falta de recursos físicos y humanos.
- La incompatibilidad del sistema informático no permite recopilar información necesaria para formular medidas de corrección a nivel interno del establecimiento.

Contrastando la conjetura formulada como hipótesis inicial con la realidad de la investigación, se niega la presunción de la baja resolutivead, dado que la gestión en el proceso de interconsulta del Centro de Salud resuelve los problemas de salud, facilitando el acceso a las consultas médicas y derivación de los usuarios con mayor efectividad, debido al apoyo de profesionales con

conocimientos clínicos, a pesar de ciertas debilidades en mecanismos de coordinación y control para obtener información real, sin embargo en la atención directa con el usuario la cobertura de procedimientos ha ido en aumento, hecho que favorece la referencia adecuada.

Finalmente el estudio permite concluir que siendo la resolutivez parte importante en la gestión que realiza el centro salud familiar es significativa, en relación la coordinación y ejecución monitoreo de datos.

Dado que ciertas acciones han permitido solucionar los requerimientos de la comunidad, ampliando la cobertura de sus servicios en consultas y procedimientos pese a la rotación de profesionales médicos.

Considerando además, que la relación entre niveles de atención es poco desarrollada, con flujos de información inadecuados que son obstáculos para articular los mecanismos de coordinación entre las unidades y servicios asistenciales, eso no ha impedido que el centro de salud entregue una respuesta oportuna al usuario, fundado principalmente por el compromiso de algunos funcionarios que han sido capaces de enfrentar contingencias e imprevistos de su entorno.

A nivel local no existe una planificación de políticas de evaluación que lleven a identificar y comprobar, el proceso de gestión en base a información de monitoreo mensual semestral y anual de lista de espera, sólo se constata que ha ido en aumento la eficacia de las derivaciones.

SUGERENCIAS

- Crear las instancias para optimizar la comunicación entre los niveles de atención, con el propósito de obtener beneficios, no sólo para el propio sistema de salud, sino principalmente para los usuarios del sistema en quienes se puede medir el impacto positivo del cambio, en términos de tiempo, costo y calidad de la atención.
- Promover mejoras en el proceso de las actividades internas a través de evaluaciones periódicas con datos e información real.
- Para aumentar la calidad de la atención es necesario que la cultura organizacional incorpore una estructura horizontal, con el fin de utilizar la experiencia y los conocimientos adquiridos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda Regules, JM. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 28006 Madrid (España) I.S.B.N 84-7978-114-9 Depósito Legal: M 30.602-1993. Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud.
- Báez, Juan y Pérez Tudela Entrevista Semi –estructurada. Investigación Cualitativa, Barcelona. Disponible en: www.investigacioncualitativa.cl
- Bascuñán Carlos/ Correa Germán/ Maldonado Jorge / Sánchez Vicente. Más acá de los sueños más allá de lo posible: La Concertación en Chile. Volumen II Santiago: LOM Ediciones 2009.
- Bravo, Juan. Sistema de Registro en la Atención Primaria de Salud. Ediciones Días de Santos S.A. ISBN: 84-86251-67-2. Madrid 1987.
- Chávez Jorge V. Introducción a la Medicina Familiar, Editorial Universitaria, Potosina 1992.
- Departamento Asesoría Jurídica Ley 19.937 AUTORIDAD SANITARIA, artículo 8 ,11 publicada en el diario oficial, 24 febrero 2004 www.minsal.cl
- Drago, Marcelo. La Reforma al Sistema de Salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos Copyright Naciones Unidas, Mayo 2006. Derechos reservados. Impreso Naciones Unidas, Santiago Chile.
- Diccionario de la Real Academia Española.

- Entrevista Personal Semi estructurada funcionarios claves del Centro de Salud Familiar La Granja, entre Septiembre de 2010 y Septiembre de 2011. Ver Pauta de Entrevista en Anexos.
- Estatuto Atención Primaria de Salud, Ley 19378, Título II, art.42.
Disponible en: www.leychile.cl
- Estudio Comisión de Salud, Diputada Karla Rubilar. Listas de Espera Auge y no Auge en Servicios de Salud a Nivel Nacional, Año 2008.
- Evans, James R. y Lindsay, William M. Administración y Control de la Calidad, 7° Edición D.R. 2008 por Cengage Learning Editores, S.A. México.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación, Metodología de Preparación, evaluación y priorización de proyectos de Atención Primaria del sector Salud. Versión enero 2007.
- Gobierno de Chile Ministerio de Salud Orientaciones para la Programación en Red 2008
- H. James Harringtone, Mejoramiento de los procesos de la empresa Copyright c 1993, por McGraw-Hill Interamericana, S.A. Transversal 42B N° 19-77. Santaf de Bogotá, Colombia.
- Hauriou, Maurice. 1971. Derecho Constitucional e Instituciones políticas. Editorial Ariel.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista

- Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación, Cap. 2. Mac Graw Hill, México 1997.
- Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Moya Mejía, Salud Pública, 2º edición 2005, Editorial CIB, Impresión y terminación Quedecor Worl Bogotá S, A Medellín Colombia.
 - www.saludohiggins.cl/nuevo-sistema-informatico-mejorara-gestion-de-interconsultas.
 - Kammer, Jorge 1971. Funciones de gobierno, Introducción a la ciencia Política, Wolfgang Abendroth y Kurt Lenk. Barcelona: Editorial Anagrama P183. Citado por Verdugo y García.
 - Lahera Parada, Eugenio, Introducción a las Políticas Públicas. Segunda Edición 2008, Fondo de Cultura Económica.
 - Ley 19.378, Párrafo N° 3 Art. 23, Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.leychile.cl>
 - Ley 19378 Estatuto de Atención Primaria de Salud, Título 1, Art. 5. Disponible en www.leychile.cl
 - Lorino, Philippe, El control de gestión estratégico, la gestión por actividades. Alfaomega Grupo Editor. año 1995, pág. 13.
 - Ministerio de Salud Dpto. Asesoría jurídica Decreto Ley N° 2763 artículo N° 1
 - Molina, Carlos Antonio, 2010. Institución Sanitaria Chilena. Santiago:

LOM Ediciones.

- Nancuante Almonacid Ulises y Romero Celedón Andrés, La Reforma de la Salud, Primera Edición, Junio 2008, Editorial Biblioteca Americana.
- Namakforoosh, Mohammad Naghi, Metodología de la investigación, 2º Ed. Editorial Lumusa S.A. año 2005, México.
- Olía de Lima, Blanca. La Nueva Gestión Pública. Editorial Pearson Educación, S.A. Núñez de Balboa, 120 28006 Madrid.
- Orientaciones para la Programación en Red 2008, División de la Red Asistencial –División de atención Primaria Página 9 www.minsal.cl
- Plan de Salud Comunal 2011, elaborado en Octubre de 2010, Ilustre Municipalidad de la Granja.
- Protocolos de Referencia y Contrarreferencia según patologías. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Disponibles en:
www.ssmso.cl/protocolos
- R. Carre de Malberg. Teoría general del Estado. Carretera Picucho-ajusco 227; 1400 México. D.F. Personalidad del Estado.
- Revista Médica Volumen 135, Numero 8 Sociedad Chilena Médica de Chile 2007
- Sistema de información Gestión de Garantías explícitas en Salud, Creado en al año 2005.

- Subsecretaría de Redes Asistenciales Departamento de Gestión de la Red Asistencial/División Atención Primaria, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2009. www.minsal.cl
- Solís, Hada y Herrera, Manuel. Tabla Dimensiones e Indicadores del análisis cualitativo para Tesis de Pregrado, Administración Pública. UAHC año 2011.
- Varo, Jaime. Gestión estratégica de calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria. 3º Edición, Ediciones Díaz de Santos S.A. Año 1994, Madrid, España. Pág.27.
- Zurro A. Martín J.F. Cano Pérez Volumen I c 2003 Elsevier España S.A. Génova, 17,3º 28004, Madrid. España. Pág. 7.

ANEXOS

Anexo 1.- Pauta de Preguntas Entrevista semi- estructurada

Se elaboró un listado de 12 preguntas, las que están divididas en tres dimensiones; se espera que la duración total sea de 40 minutos a 1 hora. La siguiente pauta presenta una guía para orientar la conversación con el entrevistado, y está estructurada en función de las dimensiones y variables que se esperan analizar.

I. Factores que influyen en la capacidad resolutive, en el Centro de Salud.

1.- ¿Qué entiende o que es para usted “resolutivo”?

2.- Considerando la respuesta anterior ¿Qué elementos están presentes en la resolución de la atención en el Centro de Salud?

3.- A su juicio ¿Cuál es el compromiso del Departamento de Salud y el rol que cumple el Servicio de Salud Sur Oriente con respecto a la resolutividad?

4.- ¿Considera que el Departamento de Salud facilita u obstaculiza herramientas necesarias para el desempeño laboral? ¿Cuáles?

II. Nivel de relación y comunicación entre los actores involucrados en las interconsultas.

5.- ¿Cómo funciona la Gestión de la demanda en el Centro de Salud y cuál es el apoyo del nivel secundario?

6.- Considerando que la atención primaria es la puerta de entrada para resolver los problemas de salud de la comunidad: A su juicio ¿Cómo se potencia el trabajo en equipo?

7.- ¿Cómo considera usted los canales internos de comunicación?

8.- ¿Cómo y en qué grado debiesen coordinarse y articularse la Atención Primaria y nivel secundario (Centro de Salud y nivel secundario)?

III. Monitoreo en el proceso administrativo de las referencias y contra referencias.

9.- ¿Cómo es la auditoría y control de la lista de espera en el Centro de Salud?

¿Qué se está haciendo bien, que se está haciendo mal y qué debiera mejorarse?

10.- A su juicio ¿Las herramientas tecnológicas utilizadas responden a las necesidades actuales del establecimiento?

11.- Operativamente ¿cómo se mide o evalúa el proceso de las actividades de las referencias derivadas?

12.- Desde su experiencia ¿Cuál es el mayor avance de las redes asistenciales?

Anexo 2.- Informantes claves

Informantes claves que participaron de las entrevistas		
Nombre	Función	Correo electrónico
Laura Contreras	Medico coordinador	Angélica 2766@yahoo.com
Claudia Luna	Jefe de gestión Clínica	matrolue@hotmail.com
Rebeca Toledo	Jefe SOME	rebecaps@hotmail.com
Elina Yáñez M.	Administrativo	elinayanez@gmail.com

Anexo 3.- Interconsulta en página SIGGES

The screenshot shows the SIGGES web application interface. At the top, the browser address bar displays 'http://www.sigges.cl/jsp/menu/homepage.jsp'. The page header includes the Chilean government logo and the user's name 'ELINA YAÁ'EZ M.' and unit 'LA GRANJA, CONSULTORIO (CON SAPU) - METROPOLITANO SUR-ORIENTE'. The date is '17/nov/2011'. A sidebar menu on the left lists various options like 'Búsqueda de Paciente', 'Ingreso de Paciente sin RUN', and 'Cartola Express'. The main content area is titled 'INGRESO SOLICITUD INTERCONSULTA.' and contains a form with the following fields:

- FOLIO N°:** 17393604
- Fecha de Solicitud:** 21/06/2010
- Hora:** (empty) (hh:mm)
- 1. Servicio de Salud:** Metropolitano Sur Oriente
- 2. Establecimiento:** La Granja, Consultorio (con SAPU)
- Unidad:** Atención Ambulatoria
- 3. Especialidad:** Medicina Familiar 07-900-1

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

- RUN:** 11873435 - 1
- Nombre:** JOFRÉ SALINAS, LUIS FRANCISCO

DATOS CLÍNICOS

17. Se deriva para ser atendido en:

- Servicio de Salud:** Metropolitano Sur Oriente
- Establecimiento:** Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital
- Unidad:** Atención Ambulatoria
- Especialidad:** Alivio del dolor y Cuidados Paliativos, Unidad de 07-110-3

Derivada Para:

- Confirmación Diagnóstica
- Realizar Tratamiento
- A seguimiento
- Control de Especialidad
- Otro

18. Hipótesis diagnóstica

VARICES

INGRESO SOLICITUD INTERCONSULTA.

*Campo Obligatorio

FOLIO N° Fecha de Solicitud Hora: (hh:mm)

*1. Servicio de Salud *2. Establecimiento

*Unidad *3. Especialidad

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

RUN Nombre

DATOS CLÍNICOS

Se deriva para ser atendido en:

Servicio de Salud *Establecimiento

*Unidad *Especialidad

*Derivada Para

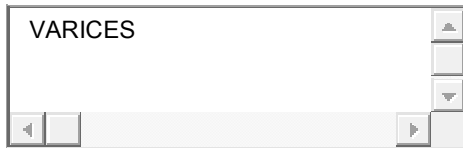
Confirmación Control de

Diagnóstica Especialidad

Realizar Tratamiento Otro

*18. Hipótesis diagnóstica

VARICES



*19. ¿Sospecha problema de salud AUGE?

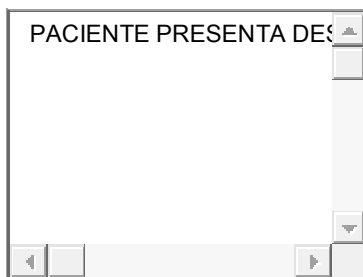
Sí No

Seleccione Un Problema de Salud

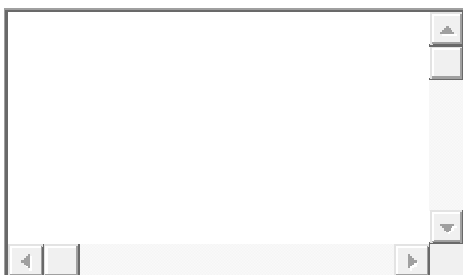


20. Fundamento del diagnóstico


PACIENTE PRESENTA DES



21. Exámenes realizados



Fecha de Indicación

Seleccione Unidad de Tiempos 

Atención del

Cantidad Unidad de Tiempo

Especialista

Fecha de Indicación

Seleccione Unidad de Tiempos

Confirmación

Cantidad Unidad de Tiempo

Diagnostica

DATOS DEL PROFESIONAL

*RUT -

Nombres Apellidos

Anexo 4.- Patologías y servicios de derivación

Patologías AUGE	RN	Meno 9 año	Menor 5 años	6años	Hasta 15 años	15 año y mas	Menor 20 años	Menor 25año	35 años A 49 añ	55 año y mas	60 año	65 año y mas	Sin rango etareo
CA de testiculo						X							
CA de Prostata						X							
CA cuello uterino													X
CA de mama													X
Parto prematuro													Edad fertil
Analgesia en el parto													Edad fertil
Escoliosis de la columna								X					
Fibrosis quistica													X
Cardiopatía congénita operable					X (2 años)								
Fisura en el labio y/o paladar	X												
Cáncer infantil					X								
Malformación op. De la médula espinal(espina bífida o distrofia)	X												
Neumonía de manejo ambulatorio			X										
RN prematuro/c/problema en su retina,sordera o displasia bronco	X												
Estrabismo en niño (a/o)		X											
Asma bronquial mod-o severa					X								
Síndrome de dificultad respiratoria	X												
Alivio del dolor X ca avanzado cuidados paliativos													X
Ca a los Glanglios(linfoma)						X							
Colecistectomía de Ca vesícula								X					
Ca gástrico													X
Leucemia en personas 15ª y mas						X							
Diabetes Tipo I													X
Diabetes Tipo II													X
Retina,Diabética													X
Insuficiencia renal crónica terminal					X								
Virus del SIDA													X
Hipertensión Arterial													X
Epilepsia no refractaria niña (o)					X (1ª a 15ª)								
Hemofilia													X
Enfermedad pulmonar obs. Crónica													
EPOC													X
Cataratas con disminución de la visión													X
Hipocasia bilateral												X	
Neumonía adquirida en la comunidad												X	
Presbicia, miopía, astigmatismo y/o Hipermetropía												X	
Artrosis de cadera												X	
Ortesis												X	
Artrosis de cadera y/o rodilla leve moderada													
Hernia del núcleo pulposo lumbar													X
Artritis reumatoide en personas						X							
Infarto al corazón													X
Arritmia cardíaca que requiere marcapaso.						X							
Depresión en personas						X							
Esquizofrenia													X
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y droga menores								X					
Desprendimiento retina													X
AVE isquémico en personas						X							
Tumor SNC en personas						X							
Trauma ocular grave													X
Urgencia Odontológica ambulatoria													X
Salud oral integral del adulto											X		
Salud oral integral niña(o)				X									
Politraumatismo grave													X
Traumatismo craneo encefálico moderado grave													X
Quemadura en riesgo la vida													X
Hemorragia x ruptura de un aneurisma cerebral													X

Especialidad	Hospital	Hospital
Bronco Pulmonar Niño	Hosp Pdre Hurtado	
Cardiología Niño	Hosp Pdre Hurtado	
Cirugía Niño	Hosp Pdre Hurtado	
Endocrinología Niño	Hosp Pdre Hurtado	
Endodoncia		Hosp Sotero del río
Gastroenterología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Hematología Adulto	Hosp Pdre Hurtado	
Hematología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Maxilo facial		Hosp Sotero del río
Nefrología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Nutrición Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Oftalmología C/ desprendimiento retina		Hosp Sotero del río
Oncología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Oncología Adulto	Hosp Pdre Hurtado	
Psiquiatría Adulto	Hosp Pdre Hurtado	
Psiquiatría Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Reumatología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Traumatología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Urología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Neurología Infantil	Hosp Pdre Hurtado	
Bronco Pulmonar adulto	Hosp Pdre Hurtado	
Cardiología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Cirugía Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Cirugía Vascular	Hosp. Pdre Hurtado	
Dermatología Adulto		Hosp. Sotero del rio
Dermatología Infantil		Hosp. Sotero del rio
Diabetología	Hosp. Pdre Hurtado	
Prótesis removible		Hosp Sotero del rio
Ortodoncia		Hosp Sotero del rio
Endocrinología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Fonoaudiología Adulto		Hosp. Sotero del rio
Fonoaudiología Infantil		Hosp. Sotero del rio
Gastroenterología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Medicina física y Rehabilitación		Hosp. Sotero del rio
Medicina Interna	Hosp. Pdre Hurtado	
Nefrología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Neurocirugía		Hosp. Sotero del rio
Nutrición Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Oftalmología		
Menor de 5 años	Hosp. Pdre Hurtado	
Mayor de 65 años	Hosp. Pdre Hurtado	
mayor de 15 años a 65 años		
de 5 años a 14 años		
Fondo de ojo		Hosp. Sotero del rio
Otorrino Adulto		Hosp. Sotero del rio
de 65 años y mas (hipoacu	Hosp. Pdre Hurtado	
Otorrino Infantil	Hosp. Pdre Hurtado	
Pediatría	Hosp. Pdre Hurtado	
Proctología	Hosp. Pdre Hurtado	
Reumatología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Traumatología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Urología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Neurología Adulto	Hosp. Pdre Hurtado	
Ginecología	Hosp. Pdre Hurtado	

Anexo 4.- Base de datos Sistema Informático de Gestión Garantías Explícitas de Salud, (SIGGES). Recopilación de datos; mes Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2010.

Julio 2010

NºSolicitud	Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Día Demora	RUN del Paciente	Edad	sexo	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)
2	01/07/2010	21/08/2003	30	11873435 - x	40	M	MEDICO	MOLINA CORDERO	Padre Alberto Hurtado, Hospital	Traumatología Adulto	NO
2	12/07/2010	12/06/2010	21	7105264 - x	49	F	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Gastroenterología Adulto	NO
1	22/07/2010	29/06/2010	18	22851990 - x	2	F	MÉDICO	INSUNZA FIGUEROA	Padre Alberto Hurtado Hospital	Otorrinolaringología	NO
1	27/07/2010	05/07/2010	17	16823495 - x	22	M	MEDICO	VERGARA DE	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Traumatología Adulto	NO
1	01/07/2010	10/06/2010	16	2944425 - x	82	F	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado Hospital	Gastroenterología Adulto	NO
1	01/07/2010	21/06/2010	15	11873435 - x	40	f	MEDICO	MOLINA CORDERO	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Alivio del dolor y Cuidados	NO
1	29/07/2010	12/07/2010	14	6851537 - x	55	F	MEDICO	FORERO GOMEZ	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Cirugía Adulto	NO
4	26/07/2010	08/07/2010	13	3550495 - x	68	F	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Nefrología Adulto	NO
2	27/07/2010	15/07/2010	9	10786307 - x	42	M	MEDICO	WENDLER ERNST	Complejo asistencial Dr. Sótero	Rehabilitación: Prótesis	NO
	27/07/2010	15/07/2010	9	5925271 - x	58	M	MEDICO	AGUIRRE MOYA	Padre Alberto Hurtado Hospital	Gastroenterología Adulto	NO
1	23/07/2010	14/07/2010	8	4705430 - x	83	F	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Padre Alberto Hurtado, Hospital	Gastroenterología Adulto	NO
6	09/07/2010	01/07/2010	7	21243057 - x	7	F	MEDICO	VICUÑA SQUELLA	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Otorrinolaringología	NO
4	02/07/2010	25/06/2010	6	7194443 - x	53	F	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Gastroenterología Adulto	NO
9	01/07/2010	25/06/2010	5	6862946 - x	57	M	MEDICO	MOLINA CORDERO	Malaquías Concha, Consultorio	Cirugía Infantil	NO
27	01/07/2010	28/06/2010	4	21854121 - x	5	M	MEDICO	PERALTA	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Otorrinolaringología	NO
35	02/07/2010	30/06/2010	3	18055346 - x	18	M	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Complejo asistencial Dr. Sótero	Dermatología Adulto	NO
84	01/07/2010	30/06/2010	2	3685286 - x	76	F	MÉDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Oftalmología	SI
129	01/07/2010	01/07/2010	1	10292116 - x	76	F	MÉDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado , Hospital	Cirugía Adulto	NO

Otros

Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Día Demora	Edad	sexo	Nombre del Paciente	Profesión	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)	Problema de Salud/Subproblema
01-07-2010	21-06-2010	15	40		SALINAS, LUIS	O	CORDERO	Ramón, Hospital	Paliativos, Unidad de	NO	Error de derivación
01-07-2010	25-06-2010	5	57	M	VARGAS,	O	CORDERO	Consultorio	Cirugía Infantil	NO	Error de derivación
02-07-2010	30-06-2010	3	18	M	ERICES,	O	PATRICIA	del Río	Dermatología Adulto	NO	2 derivaciones
28-07-2010	08-07-2010	13	17	M	AGUIRRE,	O	BALLESTEROS	del Río	Otorinolaringología	NO	Digitada 2 veces
23-07-2010	21-07-2010	3	42	F	BRAVO,	O	BRAVO	Ramón, Hospital	Cardiología Adulto	NO	Digitada 2 veces
22-07-2010	22-07-2010	1	93	F	GRACIELA	O	BRAVO	Ramón, Hospital	Traumatología Adulto	SI	Digitada 3 veces
26-07-2010	22-07-2010	3	81	F	GARCÉS,	O	CORDERO	Bellavista, Consultorio	Traumatología Adulto	SI	Error de derivación
26-07-2010	22-07-2010	3	93		GRACIELA	O	BRAVO	Ramón, Hospital	Traumatología Adulto	SI	Digitado 3 veces
28-07-2010	26-07-2010	3	13	F	VEJAR,	O	RAPOSO MIGUEL	del Río	Dermatología Adulto	NO	Digitada 2 veces
29-07-2010	27-07-2010	3	13	M	FLORES,	O	MOSCOSO	SAPUJ	Oftalmología	NO	Error de derivación

Agosto 2010

Tiempo de envío

N° Solicitud	Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Día Demora	Edad	sexo	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)
1	16/08/2010	09/11/2009	30	1	F	MEDICO	INSUNZAAIDA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Infantil	NO
1	02/08/2010	26/07/2010	12	51	F	MEDICO	MOLINA ALEJANDRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Gastroenterología Adulto	SI
1	12/08/2010	26/07/2010	11	77	F	MEDICO	GÓMEZ CLARA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	SI
19	02/08/2010	27/07/2010	5	82	F	MEDICO	ORTEGA PATRICIA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO
23	02/08/2010	28/07/2010	4	45	M		ARANCIBIA LIBNY	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO
105	02/08/2010	29/07/2010	3	4	F	MEDICO	AGUIRRE SERGIO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	SI
6	05/08/2010	29/07/2010	6	77	F	MEDICO	ÁLVAREZ JULIO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Rehabilitación: Prótesis	NO
7	06/08/2010	29/07/2010	7	87	M	MEDICO	FORERO JUAN	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Traumatología Adulto	SI
148	02/08/2010	02/08/2010	1	67	M	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	NO
123	03/08/2010	02/08/2010	2	40	M	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Neurología Adulto	NO

Otros

Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	RUN del Paciente	Edad	sexo	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)	Problema de Salud/Subproblema
03/08/2010	30/07/2010	3	0,3	M	MEDICO	ROBERTO ROLANDO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
04/08/2010	03/08/2010	2861745 - 3	80	F	MEDICO	JUAN	Bellavista, Consultorio	Med.Interna	NO	Envía a otro servicio
04/08/2010	04/08/2010	1888604 - 9	85	M	MEDICO	BRAVO PRISCILLA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cardiología Adulto	NO	Doble Registro
05/08/2010	05/08/2010	2978106 - 0	79	F	MEDICO	BRAVO PRISCILLA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
09/08/2010	05/08/2010	1352124 - 7	83	M	MEDICO	ALEJANDRO ALI	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Neurocirugía Adulto	NO	Envía a otro servicio
09/08/2010	06/08/2010	1	4	F	MEDICO	AÍDA	La Granja, Consultorio (con SAPU)	Oftalmología	NO	Mal derivada
10/08/2010	06/08/2010	K	10	F	MEDICO	AÍDA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Dermatología Infantil	NO	Doble Registro
10/08/2010	06/08/2010	K	40	F	MEDICO	AÍDA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
09/08/2010	09/08/2010	7820226 - 2	55	M	MEDICO	RAFAEL AUGUSTO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
09/08/2010	09/08/2010	K	38	M	MEDICO	BALLESTEROS FERMIN	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Neurocirugía Adulto	NO	Envía a otro servicio
11/08/2010	09/08/2010	2936155 - K	80	M	MEDICO	ALEJANDRO ALI	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
10/08/2010	10/08/2010	8002113 - 5	50	F	MEDICO	BRAVO PRISCILLA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
13/08/2010	11/08/2010	7206426 - 7	56	F	MEDICO	PATRICIA VIRGINIA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Neurocirugía Adulto	NO	Envía a otro servicio
16/08/2010	13/08/2010	2	11	F	MEDICO	AÍDA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Traumatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
16/08/2010	13/08/2010	K	0,9	M	MEDICO	AÍDA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
18/08/2010	18/08/2010	7269122 - 9	56	F	MATRONA	SUSANA	Padre Manuel Villaseca, Consultorio	Medicina Familiar	NO	Envía a otro servicio
19/08/2010	19/08/2010	4367746 - 2	69	M	MEDICO	BRAVO PRISCILLA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
23/08/2010	20/08/2010	9704746 - 4	46	F	MEDICO	PATRICIA VIRGINIA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
23/08/2010	20/08/2010	4335999 - 1	69	F	MEDICO	RAFAEL AUGUSTO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
23/08/2010	23/08/2010	6440345 - 1	57	M	MEDICO	RAFAEL AUGUSTO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
23/08/2010	23/08/2010	9808608 - 0	53	F	MEDICO	ELENA FRESIA EMILIA	Padre Manuel Villaseca, Consultorio	Ginecología Adulto	NO	Envía a otro servicio
31/08/2010	23/08/2010	3600643 - 9	75	F	MEDICO	BALLESTEROS FERMIN	Pablo de Rokha, Consultorio	Oftalmología	SI	Sospecha Vicios de
30/08/2010	26/08/2010	3289066 - 0	78	F	MEDICO	RAFAEL AUGUSTO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	SI	Sospecha Vicios de
27/08/2010	27/08/2010	4	32	F	MEDICO	ELENA FRESIA EMILIA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Medicina Familiar	NO	Envía a otro servicio
30/08/2010	27/08/2010	9	17	M	MEDICO	RAFAEL AUGUSTO	La Granja, Consultorio (con SAPU)	Oftalmología	NO	Envía a otro servicio
31/08/2010	28/08/2010	4	15	M	MEDICO	ROBERTO ROLANDO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Otorrinolaringología	NO	Doble Registro
31/08/2010	30/08/2010	9427196 - 7	45	F	MEDICO	LAURA ANGÉLICA	Consultorio La Florida	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
31/08/2010	30/08/2010	6861058 - 3	58	F	MEDICO	RAFAEL AUGUSTO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Urología Adulto	NO	Doble Registro
31/08/2010	30/08/2010	5	10	F	MEDICO	BALLESTEROS FERMIN	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Traumatología Adulto	NO	Doble Registro
31/08/2010	30/08/2010	4221073 - 0	80	M	MEDICO	BALLESTEROS FERMIN	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Psiquiatría Adulto	NO	Doble Registro

Septiembre 2010

Tiempo de envío

Nº Solicitud	Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Días Demora	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Se Deriva Para :
47	01/09/2010	30/08/2010	3	MEDICO	FORERO GOMEZ	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Realizar Tratamiento
105	01/09/2010	31/08/2010	2	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Confirmación Diagnóstica
206	01/09/2010	01/09/2010	1	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Confirmación Diagnóstica
3	02/09/2010	25/08/2010	7	MEDICO	VALDEBENITO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
23	02/09/2010	30/08/2010	4	MEDICO	NAVARRO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
20	02/09/2010	31/08/2010	5	MEDICO	VICUÑA SQUELLA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Control de Especialidad
2	13/09/2010	30/08/2010	11	MEDICO	MOLINA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Control de Especialidad
1	21/09/2010	27/05/2010	80	MEDICO	CHAPARRO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Realizar Tratamiento
6	21/09/2010	14/09/2010	6	MEDICO	INSUNZA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Confirmación Diagnóstica
3	22/09/2010	03/09/2010	14	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
2	23/09/2010	01/09/2010	17	MEDICO	DUARTE JIMÉNEZ	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
2	23/09/2010	02/09/2010	16	MEDICO	VICENCIO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
1	23/09/2010	03/09/2010	15	MEDICO	JORGE PINO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
4	23/09/2010	07/09/2010	13	MEDICO	VICENCIO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
3	23/09/2010	10/09/2010	10	MEDICO	ÁLVAREZ	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
3	23/09/2010	14/09/2010	8	MEDICO	MARIA E GOETZ	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Confirmación Diagnóstica
1	27/09/2010	15/09/2010	9	MEDICO	AGUIRRE MOYA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Confirmación Diagnóstica

Otros

Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	RUN del Paciente	Edad	sexo	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (sí/no)	Problema de Salud/Subproblema
02/09/2010	30/08/2010	361220X - X	75	F	MEDICO	FORERO JUAN	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Traumatología	NO	Envía a otro servicio
01/09/2010	01/09/2010	2066977X - X	11	M	MEDICO	INSUNZA AÍDA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Pediatría	NO	Doble registro
02/09/2010	02/09/2010	1308482X - X	34	F	MEDICO	RIVEROS ELENA	Padre Manuel Villaseca, Consultorio	Ginecología Adulto	NO	Envía a otro servicio
06/09/2010	03/09/2010	680692X - X	58	F	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Gastroenterología	NO	Doble registro
13/09/2010	07/09/2010	1553921X - X		M	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
09/09/2010	08/09/2010	521781X - X	64	F	MEDICO	VALDEBENITO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Oftalmología	NO	envía a otro servicio
13/09/2010	10/09/2010	2307547X - X	1	F	MEDICO	ORTEGA PATRICIA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
10/09/2010	10/09/2010	22316032X - X	3	M	MEDICO	CHUMO GASTON	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Pediatría	NO	Envía a otro servicio
14/09/2010	13/09/2010	1328837X - X	33	F	MEDICO	MOLINA ALEJANDRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
13/09/2010	13/09/2010	485691X - X	70	F	MEDICO	AGUIRRE SERGIO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
14/09/2010	14/09/2010	2320982X - X	1	M	MEDICO	PERALTA ROBERTO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Medicina Familiar	SI	228)Doble registro
21/09/2010	15/09/2010	349875X - X	78	F	MEDICO	CHUMO GASTON	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Otorinolaringología	SI	Prematuro . (decreto nº
23/09/2010	16/09/2010	344132X - X	78	F	MEDICO	CHUMO BERMUDEZ	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Neurocirugía Adulto	NO	Envía a otro servicio
22/09/2010	21/09/2010	1588668X - X	32	F	MEDICO	CHAPARRO FERMIN	Bellavista, Consultorio	Cirugía Adulto	NO	Envía a otro servicio
24/09/2010	23/09/2010	187293X - X	24	M	MEDICO	CHAPARRO FERMIN	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Otorinolaringología	NO	Envía a otro servicio
23/09/2010	23/09/2010	291329X - X	80	M	MEDICO	CONTRERAS LAURA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Otorinolaringología	NO	Envía a otro servicio
23/09/2010	23/09/2010	508020X - X	58	M	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
23/09/2010	23/09/2010	1069350X - X	47	F	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cardiología Adulto	NO	Doble registro

Octubre 2010

Tiempo envío

Nº Solicitud	Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Folio	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)	Se Deriva Para :
74	01/10/2010	29/09/2010	3	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Traumatología	NO	Realizar Tratamiento
137	01/10/2010	30/09/2010	2	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Otorrinolaringol	NO	Control de Especialidad
250	01/10/2010	01/10/2010	1	MEDICO	VICUÑA SQUELLA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Nefrología	NO	Otro
7	05/10/2010	28/09/2010	5	MEDICO	CONTRERAS MOLINA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Dermatología	NO	Confirmación Diagnóstica
40	05/10/2010	30/09/2010	4	MEDICO	PERALTA MOSCOSO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO	Confirmación Diagnóstica
3	12/10/2010	08/09/2003	360	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cardiología	NO	Confirmación Diagnóstica
1	01/01/1900	23/11/2009	300	MEDICO	RAMÓN ARMUJOS AGAR	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Traumatología	NO	Control de Especialidad
1	19/10/2010	22/09/2010	20	MEDICO	CHAPARRO BALLESTER	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Reumatología	SI	Confirmación Diagnóstica
2	19/10/2010	07/10/2010	8	MEDICO	WENDLER ERNST MICHA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Rehabilitación:	NO	Confirmación Diagnóstica
8	19/10/2010	12/10/2010	6	MEDICO	INSUNZA FIGUEROA AÍDA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Otorrinolaringol	NO	Confirmación Diagnóstica
2	21/10/2010	13/10/2010	7	MEDICO	ARANCIBIA LEYTON LIB	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cardiología Adu	NO	Confirmación Diagnóstica
1	26/10/2010	03/10/2010	17	MEDICO	CARVAJAL BENAVIDES	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Med.Física y	SI	Realizar Tratamiento
2	27/10/2010	15/10/2010	9	MEDICO	PERALTA MOSCOSO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	NO	Confirmación Diagnóstica
2	28/10/2010	15/10/2010	10	MEDICO	VICENCIO GUZMÁN	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Rehabilitación:	NO	Confirmación Diagnóstica
3	29/10/2010	08/10/2010	16	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	NO	Confirmación Diagnóstica
4	02/11/2010	22/10/2010	10	MEDICO	INSUNZA AÍDA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Traumatología Infantil	NO	Confirmación Diagnóstica

Otros

Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Nombre del Paciente	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)	Problema de Salud/Subproblema
04/10/2010	01/10/2010	FONTECILLA	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Gastroenterología	NO	Doble registro
01/10/2010	01/10/2010	MORALES	MEDICO	CORTÉS	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Pediatría	NO	Envía a otro servicio
04/10/2010	04/10/2010	SALAS BURGOS,	MEDICO	VICUÑA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
06/10/2010	06/10/2010	RODRÍGUEZ	MEDICO	VICUÑA	Posta de Salud Rural El Volcán	Ginecología Adulto	NO	Envía a otro servicio
12/10/2010	07/10/2010	ORTIZ LÓPEZ,	MEDICO	MOLINA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
12/10/2010	08/10/2010	REYES	MEDICO	VALDEBENITO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
13/10/2010	12/10/2010	CASTRO LÓPEZ,	MEDICO	CHUMO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
14/10/2010	14/10/2010	MANSILLA	MEDICO	VICUÑA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
15/10/2010	15/10/2010	SANTANDER SAN	MEDICO	VICUÑA	Posta de Salud Rural San Gabriel	Programa VIH	NO	Envía a otro servicio
18/10/2010	15/10/2010	VERGARA VILLA	MEDICO	INSUNZA FIGUER	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
21/10/2010	19/10/2010	PEDRAZA BUSTAN	MEDICO	FORERO GOMEZ	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
20/10/2010	20/10/2010	SANDOVAL SALA	MEDICO	VALDEBENITO BR	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
25/10/2010	25/10/2010	PEREIRA	MEDICO	VICUÑA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
28/10/2010	26/10/2010	ADONES TAPIA,	MEDICO	INSUNZA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
26/10/2010	26/10/2010	MATUS	MEDICO	FORERO GOMEZ	Pablo de Rokha, Consultorio	Ginecología Adulto	NO	Envía a otro servicio
26/10/2010	26/10/2010	TOLEDO	MEDICO	CONTRERAS	Padre Alberto Hurtado de San Ramón,	Dermatología Adulto	NO	Envía a otro servicio
02/11/2010	29/10/2010	SILVA , YANELA	MEDICO	INSUNZA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Traumatología Infantil	NO	Envía a otro servicio
04/11/2010	04/11/2010	GÁLVEZ ,	MEDICO	FORERO GOMEZ	Padre Manuel Villaseca, Consultorio	Ginecología Adulto	NO	Envía a otro servicio

Noviembre 2010

Tiempo envío

NºSolicitud	Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Días demora	Nombre del Paciente	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)
58	04/11/2010	02/11/2010	3	ALBORNOZ DURÁN,	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Traumatología	SI
160	02/11/2010	02/11/2010	1	IZQUIERDO	MEDICO	PERALTA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Otorrinolaringología	NO
90	03/11/2010	02/11/2010	2	MONROY	MEDICO	NAVARRO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Ortodoncia	NO
1	09/11/2010	15/10/2010	17	FUENTES	MEDICO	JORGE BERMER	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Ortodoncia	NO
1	09/11/2010	25/10/2010	11	VILCHES MATUS,	MEDICO	CHUMO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Pediatría	NO
25	09/11/2010	04/11/2010	4	GARRIDO REYES,	MEDICO	FORERO GOMEZ	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Dermatología	NO
2	15/11/2010	08/11/2010	6	PIZARRO	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	NO
6	16/11/2010	08/11/2010	7	PADILLA	MEDICO	FORERO GOMEZ	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Gastroenterología	NO
7	16/11/2010	10/11/2010	5	RAMOS MORALES,	MEDICO	FORERO GOMEZ	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO
	17/11/2010	16/11/2010		VEGA SUAZO,	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	SI
2	22/11/2010	03/11/2010	14	MUÑOZ ADAD,	MEDICO	IPINZA MARTÍNEZ	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Otorrinolaringología	NO
3	23/11/2010	11/11/2010	9	MUÑOZ GARAY,	MEDICO	ORTEGA TIRADO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía	SI
1	29/11/2010	08/11/2010	16	ZÚÑIGA ORELLANA,	MEDICO	CHUMO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Gastroenterología	NO
3	30/11/2010	19/11/2010	8	CARRASCO SILVA,	MEDICO	MARIA E GOETZ	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Periodoncia	NO

Otros

Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Nombre del Paciente	Profesion	del Profesional	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)	Problema de Salud/Subproblema
08/11/2010	06/11/2010	CHÁVEZ	MEDICO	DUARTE	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Cardiología Adulto	NO	Otro servicio
11/11/2010	10/11/2010	LAGUES	MEDICO	FORERO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Otorrinolaringología	NO	Otro servicio
11/11/2010	11/11/2010	BECERRA SILVA,	MEDICO	FORERO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Otorrinolaringología	NO	Otro servicio
15/11/2010	11/11/2010	CRUZ GUZMÁN,	MEDICO	MOLINA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Otro servicio
17/11/2010	12/11/2010	ÁLVAREZ	MEDICO	ORTEGA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Neurocirugía Adulto	NO	Otro servicio
12/11/2010	12/11/2010	LETELIER	MEDICO	CONTRERA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Otorrinolaringología	NO	Otro servicio
16/11/2010	15/11/2010	GONZÁLEZ	MEDICO	CHUMO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Otorrinolaringología	NO	Otro servicio
23/11/2010	15/11/2010	HERNÁNDEZ	MEDICO	MOLINA	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Otorrinolaringología	NO	Otro servicio
19/11/2010	17/11/2010	ESPINOZA SILVA,	MEDICO	ORTEGA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Gastroenterología	NO	Doble registro
17/11/2010	17/11/2010	SALDÍAS	MEDICO	NAVARRO	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Cardiología	NO	Otro servicio
22/11/2010	22/11/2010	HERRERA	MEDICO	SAA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Otro servicio
22/11/2010	22/11/2010	PILQUIÑIR	MEDICO	IPINZA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Otro servicio
25/11/2010	24/11/2010	VENEGAS	MEDICO	PERALTA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Otro servicio
29/11/2010	29/11/2010	ALMARZA	MEDICO	PARRAGA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Otro servicio

Diciembre 2010

Tiempo envío

Nº Solicitud	Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Día demora	Nombre del Paciente	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)
1	16/12/2010	23/11/2010	18	CASTILLO	MEDICO	CUBILLOS RAPOSO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO
3	03/12/2010	24/11/2010	7	VÁSQUEZ	MEDICO	NAVARRO BARREAU	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Ortodoncia	NO
7	03/12/2010	25/11/2010	6	BARRERA SIDES,	MEDICO	VICENCIO GUZMÁN	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Endodoncia	NO
7	03/12/2010	29/11/2010	5	CAYUQUEO	MEDICO	NAVARRO BARREAU	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Rehabilitación:	NO
57	06/12/2010	02/12/2010	3	CASTILLO	MEDICO	CAMUS HEREDIA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	SI
76	06/12/2010	03/12/2010	2	MORALES ROJAS,	MEDICO	MARTÍNEZ	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO
109	06/12/2010	06/12/2010	1	CASTRO RIFFO,	MEDICO	ARÉVALO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Patología	NO
4	16/12/2010	06/12/2010	9	VELOZO PÉREZ,	MEDICO	VICUÑA SQUELLA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	SI
14	20/12/2010	15/12/2010	4	FERNÁNDEZ VERA,	MEDICO	MOLINA CORDERO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Oftalmología	NO
1	30/12/2010	16/12/2010	11	GALAZ ORELLANA,	MEDICO	CHAPARRO	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Urología Adulto	NO

Otros

Fecha de Digitación	Fecha de Solicitud	Nombre del Paciente	Profesion	Nombre del Profesional Solicitante	Establecimiento de Destino	Especialidad de Destino	AUGE (si/no)	Problema de Salud/Subproblema
16/12/2010	23/11/2010	CASTILLO	MEDICO	CUBILLOS	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO	Envío a otro servicio
03/12/2010	02/12/2010	ROJAS	MEDICO	MARIA E	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	Ortodoncia	NO	Doble registro
07/12/2010	07/12/2010	HERRERA	MEDICO	BARRÍA	Padre Manuel Villaseca, Consultorio	Ginecología	NO	Envío a otro servicio
23/12/2010	22/12/2010	CÉSPEDES	MEDICO	ORTEGA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Cirugía Adulto	NO	Doble registro
23/12/2010	23/12/2010	GUÍÑEZ	MEDICO	MOLINA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Envío a otro servicio
28/12/2010	24/12/2010	MOYA	MEDICO	INSUNZA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Envío a otro servicio
28/12/2010	24/12/2010	ROJAS	MEDICO	INSUNZA	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Envío a otro servicio
30/12/2010	28/12/2010	NÚÑEZ	MEDICO	CONTRERAS	Padre Alberto Hurtado de San Ramón, Hospital	Dermatología	NO	Envío a otro servicio

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este
texto sin autorización expresa de los autores.

Registro Propiedad Intelectual

Inscripción N° 212.514

Santiago, Chile
