



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS  
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA CENTRAL DE COORDINACIÓN COMO MEDIDA DE  
MEJORA AL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN  
DE OPERACIONES

**OSCAR ANDRÉS BAZÁN GANTZ**

PROFESOR GUÍA:

RAFAEL EPSTEIN NUMHAUSER

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

ANDRÉS WEINTRAUB POHORILLE

MARIO WAISSBLUTH SUBELMAN

OSCAR BRIONES LLORENTE

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por:

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT)

SANTIAGO DE CHILE

2012

## RESUMEN EJECUTIVO

La salud pública chilena, es uno de los servicios públicos con mayor utilización, y a la vez, obtiene, por parte de los usuarios, los peores resultados en la medición de percepción de la calidad de la atención. (Subjetiva, 2010)

La atención primaria de salud (APS) es la puerta de entrada al sistema, contando con una altísima cobertura (880 centros de atención primaria<sup>1</sup>) y por tanto un gran número de pacientes atendidos (más de 32 millones de consultas médicas al año<sup>2</sup>). Es el eslabón de la red de salud pública que genera un mayor impacto en la percepción de los usuarios. Así, con foco en mejorar el sistema de salud público, y las percepciones que los usuarios tienen de éste, se apunta a mejorar la gestión del nivel primario de salud, a través del proyecto: Mejora del sistema de Atención Primaria de Salud desde el punto de vista de la logística y la gestión de operaciones (Universidad de Chile, 2011)

Como una de las conclusiones de este proyecto se presentó como propuesta de mejora para la APS, la creación de una Central de Coordinación Comunal (CC), encargada de mejorar la gestión frente a imprevistos, tener un enfoque específico de comunicación con los usuarios, y mejorar la articulación de la red de salud pública. En lo medular esta Central es altamente tecnológica, incluyendo tecnologías de información, tecnologías de comunicación y sistemas de base de datos. La información que despliegan estas herramientas será aprovechadas mediante un análisis de ingeniería, considerando la aplicación de inteligencia de negocios y teoría de gestión de operaciones para la toma de decisiones sobre el manejo de los recursos de la red y la interacción con los pacientes. Es la puesta en práctica de ésta propuesta, lo que da pie a este trabajo de Tesis, el cual pretende detallar todo el proceso de implementación desde la especificación de los requerimientos, hasta la puesta en marcha de las múltiples funcionalidades consideradas para la CC.

El aspecto diferenciador de esta implementación se encuentra en la utilización de los conceptos de Comunicación para la Acción y de Gestión de Redes de Compromisos (Flores & Bell, 2011) como elementos claves para la comunicación tanto con los pacientes (clientes externos de la CC) como con los funcionarios del consultorio (clientes internos de la CC). Especialmente, estos conceptos muestran una gran potencialidad para permitir una exitosa integración a un grupo de trabajo existente, a la vez que dan pie a mejorar la percepción de la calidad de la atención prestada, tanto en aspectos concretos de la gestión, como en la forma en que los resultados de ésta son transmitidos a los usuarios.

Como conclusión de este proyecto de implementación, se observó que, a pesar de que los resultados cuantitativos resultan poco significativos estadísticamente, la evaluación de todos los actores involucrados fue positiva, destacando que la CC representó un apoyo importante a la gestión interna del CESFAM, a la vez de que entregó a los pacientes una vía de comunicación con foco en la resolución de sus problemas. Muestra de esto es que la Secretaria General de la Presidencia presentó una estrategia de escalamiento del proyecto, basada en los buenos resultados obtenidos y en el aprendizaje logrado.

---

<sup>1</sup> Fuente, Compendio estadístico año 2011, Instituto Nacional de Estadísticas ([www.ine.cl](http://www.ine.cl)).

<sup>2</sup> Fuente, FONASA y Superintendencia de Salud.

## ABSTRACT

The public Chilean healthcare system is one of the most used public services. At the same time, this service receives from the users the worst evaluation in term of perception of service quality. (Subjetiva, 2010)

The Primary Health Care (APS) is the entry gate to the healthcare system, counting with a huge stretch (more than 880 APS centers<sup>3</sup>), and attending a lots of patients (more than 32 millions of medical attentions per year<sup>4</sup>). For that reason the APS is the level of the public healthcare network which has the bigger influence in the patient's perceptions about the Chilean healthcare system. So, with a focus on improve the public healthcare system, and the perceptions that the patients have of it, the idea was to improve the management from the APS through the project: "Mejora del sistema de Atención Primaria de Salud desde el punto de vista de la logística y la gestión de operaciones" (Universidad de Chile, 2011).

As one of the relevant conclusions of this project, it present as an improvement for the APS, the formation of a Coordination Center (CC). This new unit will be in charge of improving the unforeseen management, of having a specific focus on the way of communication with patients, and of improving the articulation between the different levels of the public healthcare network. This is in essence a highly technological Central, including information technologies, communication technologies and data base systems. The information that these tools will provide, will be used through the application of business intelligence and operation management theory in a way to help to take decisions about the network's recourses management and the interaction with patients. The implementation of this proposal is the context in which is developed this thesis. Specifically the idea is to itemize all the implementations process, from the requirement's specification, up to putting into practice the multiple functions that the CC considerer.

The distinguishing aspect of this implementation is the use of the concepts of Communication for Action and Networks Commitments Management (Flores & Bell, 2011) as key elements for the communication with patients (external customers for the CC) and also with the health center officials (internal customers). Specifically, this concepts show a huge potentiality to allow a successfully integration to an existing workgroup. At the same time, these give rise to improve the perception of the service quality both in concrete aspects of the management, and also in the way that the results of these management improvements are communicated to the users.

As conclusion of this implementation project it was observed that, despite that the quantitative results are lesser significant, the evaluation of all stakeholders was positive. Principally highlighted that the CC represented an important support to the internal management of the APS Center. At the same time, the CC provides the patients a new communication way with focus in the resolution of their problems. Proof of this positive evaluation, is that the General Secretariat of the Presidency presented, based on the good results and the learning achieved during this project, a scaling strategy for the project.

---

<sup>3</sup> Source, Compendio estadístico año 2011, Instituto Nacional de Estadísticas ([www.ine.cl](http://www.ine.cl)).

<sup>4</sup> Source, FONASA y Superintendencia de Salud.

## DEDICATORIA

*A mi familia por ser pilar fundamental en mi formación y educación y por el apoyo incondicional que siempre me han entregado. A la Maca y mis amigos por acompañarme en todos estos años de esfuerzo y alegrías.*



## **AGRADECIMIENTOS**

Al profesor Rafael Epstein por confiar en mí para el desarrollo de este proyecto.

A Nicolás Maluenda y Cecilia Saint-Pierre por su apoyo indispensable durante el proceso.

A Maritza Arancibia por todas las coordinaciones que fueron necesarias y más.

A las instituciones que estuvieron detrás de este proyecto y a las personas que a ellas representan, Katherine Villarroel en el Consejo Nacional de Innovación para la Competitividad, Juan Pablo Orellana en la Unidad de Modernización del Estado de la Secretaría General de la Presidencia, Rosa Vidal en el Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta y Oscar Briones en el CESFAM Quinta Bella.

A la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) por financiar parcialmente este trabajo de tesis.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO .....	i
ABSTRACT .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 ANTECEDENTES.....	2
2.1 La Red de Salud Pública en Chile .....	2
2.2 CESFAM: El Modelo de Salud Familiar .....	2
2.3 Diagnostico del Problema.....	3
2.4 La Central de Coordinación como Propuesta de Solución .....	5
3 IMPLEMENTACIÓN DE LA CENTRAL DE COORDINACIÓN .....	8
3.1 Desde la Propuesta al CNIC hasta la Implementación en Quinta Bella.....	8
3.2 Requerimientos Establecidos para la Implementación de la Central de Coordinación.....	8
3.2.1 Requerimientos de infraestructura y equipamiento .....	9
3.2.2 Requerimientos de sistemas de información .....	9
3.3 Riesgos de la Implementación de la Central de Coordinación .....	11
3.4 Estrategia de Implementación .....	12
3.5 Características de la implementación – Plan Piloto.....	14
3.5.1 Funcionalidades de la Central de Coordinación Piloto .....	14
3.5.2 Costos asociados .....	15
3.5.3 Plan detallado de actividades .....	15
3.6 Consideraciones Previas a la Implementación del Plan Piloto .....	17
3.7 Formación del Equipo de Trabajo de la Central de Coordinación .....	18
3.8 Foco en la Resolución de los Problemas del Paciente .....	18
3.9 Aplicación de Encuesta de Percepción de Calidad de Servicio.....	20
3.10 Resultados de la Encuesta: Alineados con el Diagnostico .....	21
3.11 Montaje de Agendas Electrónicas .....	23
3.12 Integración en el Consultorio – Enfrentando la Resistencia al Cambio ....	26
3.13 Difusión de la Central de Coordinación entre los Pacientes del Consultorio .....	28

3.14	Actividades Realizadas por la Central de Coordinación .....	29
3.14.1	Actualización de datos de pacientes .....	29
3.14.2	Avisar la llegada de los resultados de exámenes de laboratorio .....	29
3.14.3	Cambios de horas .....	30
3.14.4	Solicitud de horas por vía telefónica.....	30
3.14.5	Confirmación de horas con posibilidad de cancelación y reagendamiento inmediato .....	31
3.14.6	Orientación a usuarios frente a problemas o requerimientos de información.....	32
3.14.7	Apoyo a la gestión interna del consultorio .....	32
4	EVALUACIÓN DE LA CENTRAL DE COORDINACIÓN .....	33
4.1	Evaluación Cualitativa: Opinión de los Distintos Involucrados en el Proyecto .....	33
4.1.1	Informe de consultores de comunicación para la acción .....	34
4.1.2	Evaluación Interna de la Dirección del CESFAM Quinta Bella .....	35
4.2	Evaluación Cuantitativa .....	36
5	RECOMENDACIONES PARA REPLICAR EL PROYECTO.....	40
5.1	Requerimientos para una Central de Coordinación.....	40
5.2	Enfoque del Escalamiento Recomendado.....	42
5.3	Metodología de Escalamiento .....	43
6	CONCLUSIONES.....	46
6.1	Aspectos que Tomaron una Relevancia No Prevista en la Implementación .....	46
6.2	Cumplimiento de los Objetivos del Plan Piloto .....	46
6.3	La Central en el Contexto de la Salud Pública Chilena .....	47
7	BIBLIOGRAFÍA.....	48
8	ANEXOS.....	49
8.1	Anexo A: Encuesta calidad de servicio CESFAM Quinta Bella .....	49
8.2	Ejemplos agendas electrónicas .....	54
8.2.1	Anexo B: Ejemplo agenda de morbilidad.....	54
8.2.2	Anexo C: Ejemplo agenda de médico de Sector .....	55
8.3	Anexo D: Carta enviada por la I. Municipalidad de Recoleta para comunicar a los vecinos la implementación de la Central de Coordinación .....	56
8.4	Anexo E: Formulario de actualización de datos de pacientes .....	57

8.5	Anexo F: Ejemplo del manual de procedimientos confeccionado: Tratamiento de los exámenes de laboratorio y llamados a pacientes por esta razón.....	57
-----	--	----

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Conclusiones del diagnóstico, “Mejora del sistema de atención primaria de salud desde la logística y la gestión de operaciones” .....	4
Tabla 2: Riesgos de la implementación de la Central de Coordinación .....	11
Tabla 3: Costos del Plan Piloto .....	15
Tabla 4: Etapas de la implementación del Plan Piloto.....	16
Tabla 5: Detalles de la aplicación de la encuesta.....	21
Tabla 6: Representación de los factores de Lefcovic en la estrategia de integración al consultorio.....	28

## INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Impacto en los usuarios v/s nivel de esfuerzo requerido para la mejora de las dimensiones diagnosticadas.....	5
Ilustración 2: Dimensiones de impacto Central de Coordinación .....	6
Ilustración 3 Ejemplo de ciclo de comunicación Paciente – Central de Coordinación (CC) – Centro de derivación .....	7
Ilustración 4: Gráfico de Riesgos, Impacto v/s Probabilidad de ocurrencia.....	12
Ilustración 5: Estructura de implementación.....	13
Ilustración 6: Ciclo de comunicación para la acción .....	19
Ilustración 7: Evaluación de los usuarios de distintas dimensiones de la atención en el consultorio.....	21
Ilustración 8: Evaluación del Proceso de Atención de Morbilidad .....	22
Ilustración 9: Evaluación del Proceso de Interconsultas .....	22
Ilustración 10: Modelo Entidad Relación de la Agenda Electrónica.....	24
Ilustración 11: Funciones e interacciones de la Central de Coordinación .....	33
Ilustración 12: Desglose de las llamadas salientes durante el mes de Marzo de 2012..	37
Ilustración 13: Desglose de las llamadas entrantes durante el mes de Marzo de 2012.	37
Ilustración 14: Desglose de las llamadas salientes durante el mes de abril 2012.....	38
Ilustración 15: Desglose de llamadas entrantes durante el mes de abril 2012.....	38
Ilustración 16: Gráfico de disminución del ausentismo en el Sector A v/s el Consultorio completo.....	39
Ilustración 17: Requerimientos para una Central de Coordinación .....	40
Ilustración 18: Enfoque de la implementación de la CC a mayor escala.....	42
Ilustración 19: Metodología de escalamiento de la Central de Coordinación .....	43

## 1 INTRODUCCIÓN

El Consejo Nacional de Innovación para la Competitividad (CNIC) es un organismo público-privado que actúa como asesor permanente del Presidente de la República en materia de políticas públicas de innovación y competitividad, incluyendo el desarrollo de la ciencia y la tecnología, la formación de recursos humanos y el emprendimiento innovador, así como catalizador de iniciativas cruciales en dichos ámbitos(CNIC). Persiguiendo esta estrategia, y con el objetivo particular de lograr la “implementación de logística e innovación para mejorar la gestión de políticas públicas”, el CNIC se pone en contacto con un equipo del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile, para desarrollar un proyecto conjunto en esta dirección.

Paralelamente, el estado obtiene de la realización de una encuesta a usuarios sobre su percepción de calidad de atención de los diferentes servicios públicos, que son los servicios asociados a la salud (Hospitales y Consultorios), los que poseen un alto nivel de utilización y una peor evaluación(Subjetiva, 2010).

En este contexto, en primer lugar se hace un diagnóstico de la realidad de los consultorios para proponer soluciones orientadas a mejorar el servicio hacia el usuario. De éste diagnóstico, detallado en el informe entregado al CNIC en Diciembre 2011(Universidad de Chile, 2011), se concluye la necesidad de crear una Central de Coordinación que se focalizaría en la coordinación de recursos de los consultorios y en la mejora de la relación entre el sistema de salud y los pacientes, personalizando la atención y considerando los costos asumidos por los usuarios, intentando disminuirlos en la manera de lo posible, y en caso contrario identificar su existencia, prestando el soporte y la información necesarios para minimizar su impacto. La implementación de ésta propuesta, como un plan piloto en el CESFAM Quinta Bella ubicado en la comuna de Recoleta, es lo que da pie a este trabajo de tesis, cuyo objetivo comienza con la correcta implementación de la central de coordinación, pero que incluye, a su vez, el documentar el aprendizaje logrado en el proceso y la formalización de recomendaciones para la posterior replicación, a mayor escala, de este proyecto en otros consultorios del país.

## **2 ANTECEDENTES**

### **2.1 La Red de Salud Pública en Chile**

La red de salud pública chilena está dividida en tres niveles en función de la complejidad de las prestaciones médicas que entregan. La atención primaria de salud (APS), corresponde al primer eslabón de la cadena y está compuesta por Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), Centros de Salud Mental (COSAM) y Servicios de atención Primaria de urgencia (SAPU). Un paciente cuya patología médica requiere de un tratamiento de mayor complejidad, es derivado por el médico al segundo nivel de la red de salud mediante una interconsulta. Este segundo nivel de la red corresponde a los centros de especialidades: Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnostico Terapéutico (CDT). Finalmente, el tercer nivel de la red entrega la atención médica de alta complejidad, especialmente hospitalizaciones, la que es brindada en los Hospitales públicos.

Al ser el APS la puerta de entrada al sistema de salud, éste posee una altísima cobertura (880 centros de atención primaria(INE, 2011)) y por tanto un gran número de pacientes atendidos (más de 32 millones de consultas médicas al año(FONASA, 2009)), por lo que es el eslabón que genera un mayor impacto en la percepción de los usuarios respecto a la Salud Pública Chilena.

Desde el punto de vista de su administración, prácticamente la totalidad de los centros pertenecientes a la APS son responsabilidad de las municipalidades correspondientes, lo que los diferencia de los niveles secundario y terciario, que son administrados por el Ministerio de Salud (MINSAL) a través de los respectivos Servicios de Salud. Cada municipalidad recibe una asignación desde el MINSAL por cada inscrito en los centros de salud de la comuna (monto que puede variar dependiendo de los programas asociados principalmente a edad y género), el cual es complementado por fondos municipales para la confección del presupuesto de salud comunal. Las diferentes realidades de los municipios del país se traducen en una alta heterogeneidad en el funcionamiento de los Centros de Salud de la APS, lo que repercute en la existencia simultánea de “Consultorios de excelencia”<sup>5</sup> y otros con importantes problemas de funcionamiento que influyen negativamente en la percepción de los usuarios sobre el sistema.

### **2.2 CESFAM: El Modelo de Salud Familiar**

En 1977, George Engel desarrolla un modelo de aproximación a la enfermedad, que denominó biopsicosocial. A diferencia del enfoque biomédico tradicional, el cual ve al problema clínico como la enfermedad que aparece determinada por leyes biológicas, para el nuevo modelo existe una relación “enfermo-enfermedad-medio social” en el que se desarrolla el proceso de la aparición de la enfermedad y sus efectos. De este modo se amplía la comprensión de la salud, incluyendo variables psíquicas, sociales, culturales y ambientales, abriéndose un campo de conocimiento que hace necesaria la

---

<sup>5</sup> Concurso impulsado por MINSAL para elegir los consultorios con mejor funcionamiento.



conformación de equipos de profesionales multidisciplinarios en directa relación con el sujeto al que sirven. Otro aspecto fundamental de este enfoque es el protagonismo que adquiere el sujeto-paciente para la salud, éste ya no ocupa un lugar pasivo de receptor de tratamientos, se transforma en un agente activo responsable de su propia salud.

Basado en este enfoque biopsicosocial de la salud, el MINSAL, impulsó en 2002 una reforma a la APS cuya idea central es el reconocimiento de la familia y la comunidad como un agente promotor y protector de la salud, que integra a los individuos que la componen, pero sobre todo, que permite reponer la unidad de lo humano perdida en los enfoques biomédicos reduccionistas.

La salud familiar es un modelo integral de salud, que no se orienta exclusivamente hacia la morbilidad<sup>6</sup> de la población, sino que incorpora labores de promoción y prevención con la participación activa de los sujetos sanos.

CESFAM, es el nombre que reciben los Centros de Salud Familiar, conocidos comúnmente como consultorios, y que recogen los planteamientos de la salud familiar y su paradigma biopsicosocial, organizándose en torno a los usuarios, y a las familias.

Sus componentes principales según (Parra S., 2005), se describen a continuación:

La Sectorización: Es la subdivisión de un área, de acuerdo a ciertos criterios, para obtener unidades geodemográficas más pequeñas dentro la red asistencial, que presentan características semejantes. Esto facilita su conocimiento y una relación más personal entre el equipo de salud y la población que allí habita.

Equipo de Salud Multidisciplinario: Corresponde al equipo de salud en su conjunto que asume la responsabilidad de la oportunidad y calidad de las atenciones de las familias que atiende, así como del impacto en salud de éstas.

Población a Cargo: El equipo de salud, identificado en el punto anterior, asumirá la responsabilidad por el cuidado de la salud de un número definido de personas que le son asignadas, beneficiarias del sector público.

(Parra S., 2005)

### **2.3 Diagnostico del Problema**

Con el fin de profundizar la comprensión del funcionamiento de los consultorios, y lograr construir un diagnostico acabado, se realizó un levantamiento detallado del funcionamiento del sistema de atención primaria de salud en la comuna de Recoleta, y paralelamente fueron visitados Centros de Salud de las comunas de Ñuñoa, Maipú y Colina, con el objetivo de observar en terreno la heterogeneidad entre diferentes comunas. A partir de este levantamiento nace el diagnostico detallado en el Informe "Mejora del sistema de atención primaria de salud desde la logística y la gestión de operaciones"(Universidad de Chile, 2011) entregado a CNIC. A modo de resumen del diagnóstico, se presenta la Tabla 1 en la cual se especifica cada una de los aspectos (dimensiones) diagnosticados, las principales observaciones realizadas a cada uno de

---

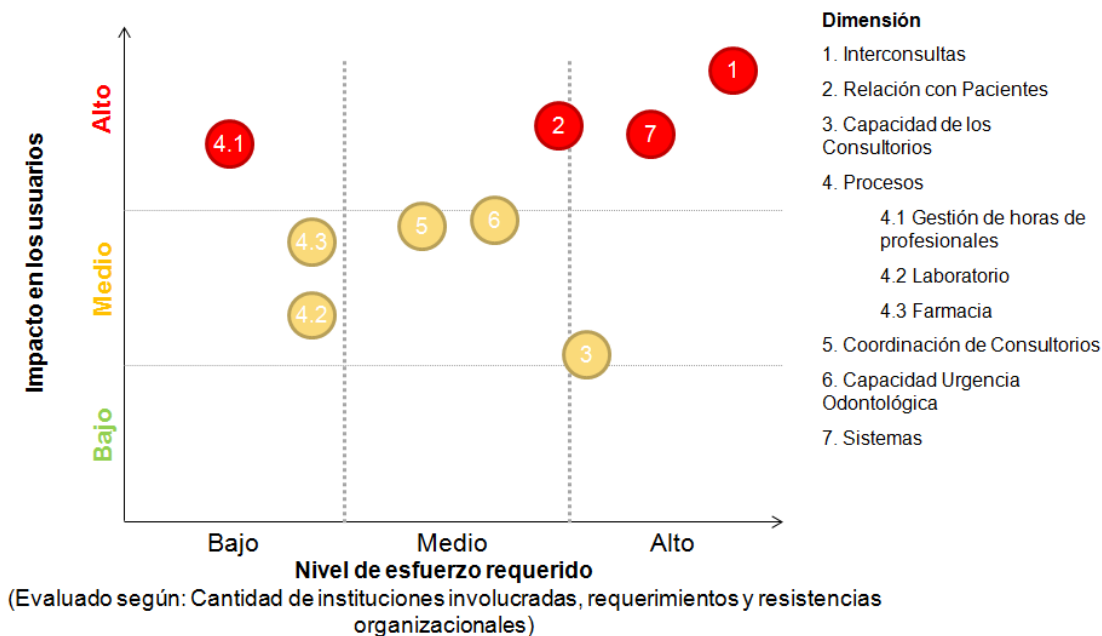
<sup>6</sup> Consultas de médico general asociadas a una enfermedad puntual, que no corresponden a un control programado por seguimiento o protocolo de un programa en particular.

ellos, y se asigna además, un nivel de impacto en los usuarios de cada una de las dimensiones diagnosticadas. Este impacto indica el aumento potencial que tendría en la percepción de los pacientes, respecto del servicio brindado, al mejorar la situación diagnosticada en la dimensión respectiva.

Dimensión evaluada	Principales observaciones	Impacto en Usuarios	
1. <b>Interconsultas</b>	Cupos de atención de interconsultas en Hospital no son suficientes para satisfacer la demanda generada en Consultorios.	<b>Alto</b>	
2. <b>Relación con pacientes</b>	No existe concepto de cliente externo y se transparentan inconvenientes o problemas de gestión hacia los usuarios.	<b>Alto</b>	
3. <b>Capacidad de los Consultorios</b>	Capacidad de los consultorios es suficiente para atender a los pacientes de acuerdo a sus requerimientos en más de un 95% de los casos.	<b>Medio</b>	
4. <b>Procesos</b>	4.1. Gestión de horas de profesionales	Entrega de horas de morbilidad con alto costo para pacientes. Percepción de incertidumbre en obtención de hora genera estrés en pacientes de morbilidad. Manejo de registros en papel con duplicidad de información.	<b>Alto</b>
	4.2. Laboratorio	No es posible vincular a través de un sistema la información de exámenes con historia clínica del paciente.	<b>Medio</b>
	4.3. Farmacia	No existen sistemas de manejo de inventario. Manejo altamente dependiente de Jefe de Farmacia (por falta de sistema de información).	<b>Medio</b>
5. <b>Gestión interna</b>	No cuentan con herramientas de gestión que permitan coordinar de forma simple los recursos entre sectores y entre consultorios.	<b>Medio</b>	
6. <b>Capacidad de Urgencia Odontológica</b>	Problemas de capacidad generan listas de espera que aumentan mes a mes. Políticas ministeriales priorizan la escasa oferta en determinados pacientes, no contando con recursos para atender a otros pacientes no priorizados.	<b>Medio</b>	
7. <b>Sistemas</b>	Sistemas existentes no están conectados entre sí. No existen sistemas de gestión de agenda, ficha médica, manejo de inventarios de farmacia, entre otros.	<b>Alto</b>	

Tabla 1: Conclusiones del diagnóstico, “Mejora del sistema de atención primaria de salud desde la logística y la gestión de operaciones”.

Adicionalmente a la categorización por nivel de impacto, las dimensiones fueron separadas de acuerdo al esfuerzo requerido para la implementación de iniciativas de mejora, considerando las instituciones involucradas (esfuerzo de coordinación), los requerimientos identificados a priori y las resistencias al cambio que puedan generarse.



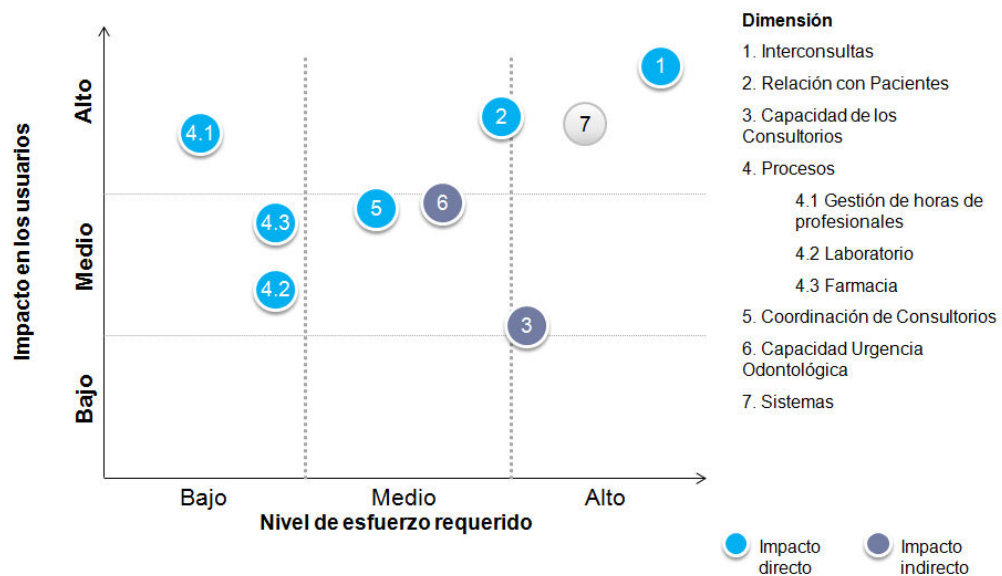
**Ilustración 1: Impacto en los usuarios v/s nivel de esfuerzo requerido para la mejora de las dimensiones diagnosticadas**

Las propuestas que fueron generadas a partir de este diagnóstico apuntaron a hacerse cargo de las dimensiones que poseen un mayor impacto en los usuarios, siguiendo así el foco principal del trabajo: mejorar la percepción de los usuarios respecto del servicio prestado por los centros de la APS.

## 2.4 La Central de Coordinación como Propuesta de Solución

Al momento de estudiar el diagnóstico, se observa la necesidad de generar un sistema focalizado en la coordinación de recursos y en la mejora de la relación entre el sistema de salud y los pacientes, personalizando la atención y considerando los costos asumidos por los usuarios, intentando disminuirlos en la manera de lo posible, y en caso contrario identificar su existencia, prestando el soporte y la información necesarios para minimizar su impacto.

Desde esta necesidad nace la propuesta de una **Central de Coordinación**, cuyas dimensiones de impacto se muestran en la Ilustración 2.



**Ilustración 2: Dimensiones de impacto Central de Coordinación**

La función principal de la Central de Coordinación propuesta es la de un articulador del sistema, utilizando canales de comunicación directa y personalizada con los Centros de Salud y los pacientes, además de una visión global de la red de servicios y centros asociados a la comuna. Como funciones específicas se consideran la coordinación de los recursos del sistema y el potenciamiento de la interacción de los diferentes agentes asociados a las atenciones de salud.

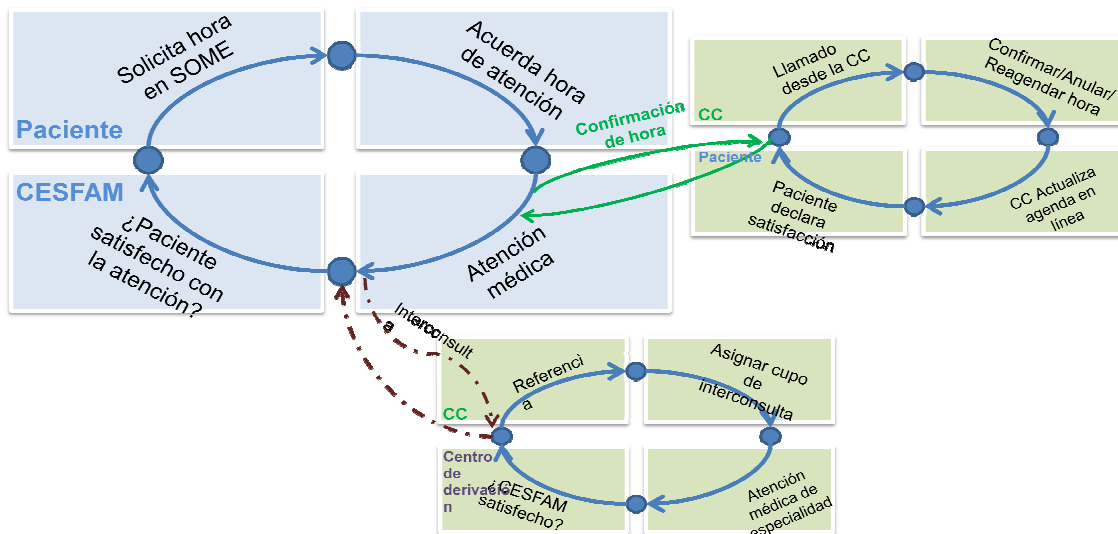
En lo medular esta Central es altamente tecnológica, incluyendo tecnologías de información, tecnologías de comunicación y sistemas de bases de datos. Estas herramientas deben ser aprovechadas mediante un análisis de ingeniería sobre la información desplegada, considerando la aplicación de inteligencia de negocios y teoría de gestión de operaciones para la toma de decisiones sobre el manejo de los recursos de la red y la interacción con los pacientes.

Esta Central de Coordinación posibilita la gestión los recursos existentes en los distintos Centros de Salud, permitiendo ajustar la oferta a la demanda generada día a día por cada uno de estos, especialmente importante para reaccionar frente a variaciones imprevistas en ella.

Una componente de esta Central de Coordinación es una Central de Comunicaciones o Contact Center, que genere un canal de contacto personal acercando el sistema de salud a los usuarios. Además de potenciar una comunicación fluida, es posible mediante esta herramienta mejorar la relación entre pacientes y centros de salud APS, modificando la percepción que tiene de ellos el usuario; demostrando además empatía por las necesidades de los pacientes, acogiéndolos dentro de la red de servicios entregados por el sistema de salud público.

Con la creación de esta Central de Comunicaciones se busca, entre otras cosas, potenciar los canales de atención persona-persona, agregando fluidez a la comunicación e información, empoderando al paciente de sus derechos y mejorando el aprovechamiento del sistema y los diferentes servicios entregados. En este punto es

necesario gestionar la red de compromisos que se genera en el contacto directo entre los pacientes y Consultorios, prestando atención a las etapas del proceso de comunicación: Preparación, Negociación, Ejecución y Declaración de satisfacción (Bell, 2011).



**Ilustración 3 Ejemplo de ciclo de comunicación Paciente – Central de Coordinación (CC) – Centro de derivación**

Para lograr el contacto personalizado necesario con los pacientes se considera utilizar la tecnología disponible de multicanales de comunicación incluyendo, adicional a la ventanilla presencial existente en cada CESFAM, mensajería de texto a celulares, comunicación vía email, en caso de que los pacientes cuenten con ello, y contacto telefónico personalizado; además considera el manejo de agendas electrónicas de los centros de salud y registro de historial de comportamiento de pacientes, entre otras características.

Las conversaciones de esta Central de Comunicaciones también deben ser optimizadas para lograr la mayor productividad y satisfacción de los clientes-pacientes, constituyéndose en una tecnología en si misma que es necesario desarrollar. Esta faceta debería ser distintiva y entregar un liderazgo en manejo de servicios de atención en salud a nivel de sectores públicos.

Los beneficios para los usuarios del sistema entregados por la Central de Coordinación propuesta son muchos, ya que se pone a su disposición una herramienta que mejora en forma objetiva la calidad del servicio bajando sustantivamente las horas presenciales del paciente para acceder a la consulta médica, además de facilitar el acceso a información y orientación sin necesidad de asistir presencialmente al Centro de Salud. Al ampliar los canales de comunicación se muestra interés por el paciente, permitiendo la posibilidad de respuesta oportuna (feedback), minimizando los costos tanto para usuarios como para Centros de Salud.

En el caso del Municipio, la coordinación realizada permitirá mejorar la utilización de recursos gracias a la reducción del ausentismo por confirmación de horas médicas,

reasignación de recursos en caso de imprevistos y optimización de la utilización de estos, entre otras acciones que pudieran realizarse. Adicionalmente, el Municipio contará con un canal directo de comunicación con los residentes de la comuna, que podrá ser utilizado para difundir de forma focalizada otros programas a la comunidad.

### **3 IMPLEMENTACIÓN DE LA CENTRAL DE COORDINACIÓN**

#### **3.1 Desde la Propuesta al CNIC hasta la Implementación en Quinta Bella.**

Al momento de presentar la propuesta de la Central de Coordinación (CC) como medida de mejora para la APS, entre las contrapartes, se desarrolló un debate en torno a que tan necesario es la documentación y planificación detallada para evaluar su factibilidad. Por un lado, se defendió la postura de que previo a apoyar la implementación del proyecto era necesario disponer de manuales detallados de todos los procedimientos a intervenir. Por otro lado, se presentó una postura opuesta, consistente en implementar la idea en forma piloto, para posteriormente, con un mayor conocimiento de la operación y con el aprendizaje generado, evaluar la factibilidad de replicar y aplicar la experiencia, lógicamente habiendo formalizado y construido, en conjunto con todos los involucrados, la documentación necesaria para la replicación.

Considerando la realidad de la Salud Pública chilena, y la baja estandarización de los procedimientos administrativos y de coordinación, se decidió realizar una prueba, aprender durante el proceso, posteriormente evaluar los resultados obtenidos y con ellos, decidir la factibilidad de replicar a mayor escala la propuesta y en ese momento documentar en detalle todos los aspectos que abarca la Central.

Paralelamente se presentó la propuesta de la Central de Coordinación al departamento de salud de la Municipalidad de Recoleta, donde los directores de los centros de APS consideraron que el diagnóstico se acercaba muchísimo a la realidad que ellos observaban a diario y, además, incluía datos sólidos para respaldarlo. Esto resultó de gran ayuda para lograr el apoyo de la Municipalidad, a través del departamento de Salud, para implementar, en el CESFAM Quinta Bella, la Central de Coordinación. Al mismo tiempo, el presentar a la CC como una herramienta para ayudar a la gestión de los consultorios, y proponer el desarrollo de la manera de aplicación en forma conjunta, redujo el impacto de una intervención clásica, que acostumbra a presentar una propuesta como una solución la que se debe aceptar.

Finalmente, lo que resultó clave en el desarrollo del proyecto fue la voluntad del equipo de trabajo, cuyo compromiso con los diferentes actores, llevó el proyecto adelante, a pesar de no contar en todo momento con las voluntades políticas.

#### **3.2 Requerimientos Establecidos para la Implementación de la Central de Coordinación**

La propuesta presentada busca mejorar la prestación de servicios de los Centros de Salud, para lo cual se requiere de una gran coordinación de personas, tanto personal profesional (médicos, matronas, enfermeras, entre otros), como técnicos y

administrativos, con el fin de optimizar el uso de los recursos disponibles y mejorar la experiencia de los usuarios del sistema.

Los requerimientos para generar la coordinación necesaria corresponden, en primer lugar, a un lugar físico donde opere el Contact Center, el que debe contar con la infraestructura y mobiliario apropiado para el funcionamiento de este servicio, en segundo lugar se debe contar con personal idóneo y capacitado para aprovechar el contacto directo con los pacientes, generando empatía con su problemática. Por último, se debe contar con los sistemas de información necesarios para que todo esto sea posible. A continuación se presenta el detalle de los requerimientos por área.

### **3.2.1 Requerimientos de infraestructura y equipamiento**

Para la operación del Contact Center será necesario en términos de equipamiento contar con:

- Central de contacto, con computador, internet y línea telefónica (con posibilidad de llamar a celular), para cada operario.
- Un servidor central para alojar las bases de datos y sistemas (tipo cliente - servidor).
- Sistemas de contacto electrónico masivo, capaces de enviar mensajería de texto y correos electrónicos.

Además resulta necesario para el funcionamiento del Contact Center contar con el siguiente equipamiento en los Centros de Salud de la comuna:

- Para la implementación de la agenda electrónica es necesario contar con un computador e internet en cada zona donde se administren horas, ya sea en SOME central y/o sectores, dependiendo del funcionamiento de cada Centro de Salud, además del sistema administrador de agenda electrónica y su respectivo mantenimiento.

Si adicionalmente se desea implementar la ficha electrónica es necesario contar, además del sistema informático que lo soporte, con computador e internet en cada box de atención.

En términos de infraestructura es necesario contar con:

- Instalación física que permita alojar el servicio, con espacios cómodos para el trabajo de cada operario.
- Sala de servidores que cumpla con los requerimientos para este tipo de equipos (aire acondicionado, seguridad, entre otros)
- Mobiliario apropiado para la operación en el Contact Center.

### **3.2.2 Requerimientos de sistemas de información**

La creación de un Contact Center de las características descritas requiere un uso intensivo de sistemas de información para su operación, debido a la necesidad de una interacción fluida y en línea con múltiples agentes, entre ellos los centros de salud de la

comuna y los pacientes, sin lo cual no es posible entregar oportunamente soluciones a los requerimientos de los usuarios. A continuación se destacan los elementos tecnológicos necesarios para la implementación.

- **Sistema de agenda electrónica.**

Si bien es posible confirmar las horas médicas y agendar telefónicamente nuevas horas sin una conexión en línea con los centros de atención<sup>7</sup>, es altamente recomendable contar con un sistema de agenda electrónica en línea que permita al Contact Center modificar la agenda de cada profesional sin riesgo de topes de horarios, sobre agendas no autorizadas o errores que impacten a los pacientes.

Adicionalmente el Contact Center podrá realizar mediante el sistema reasignación de recursos o cambios de citas en forma oportuna en caso de imprevistos, de modo que estos tengan impacto mínimo en los pacientes.

Por último, este sistema permitirá al Contact Center contar con toda la información necesaria para generar reportes de gestión de utilidad para la administración de cada centro y estadísticas que permitan la toma de decisiones oportunas.

- **Base de datos de pacientes**

Para optimizar la gestión del Contact Center y focalizar sus esfuerzos, es indispensable contar con una base de datos que no solo cuente con el registro de los pacientes (como actualmente lo entrega FONASA mediante la aplicación “Inscrito III”), sino que además registre el comportamiento de los éstos con información actualizada periódicamente.

Esto resulta fundamental para la correcta clasificación de los pacientes, de acuerdo a su comportamiento (por ejemplo tasas de inasistencia o cantidad de horas solicitadas, entre otros) para efectuar acciones sobre ellos que los beneficien en mayor manera sin perjudicar el funcionamiento del sistema de salud.

- **Sistema de ficha electrónica (deseable)**

Si bien no es un requerimiento para la operación del sistema, el contar con un sistema de ficha electrónica en línea permitiría realizar adicionalmente un traspaso de pacientes ágilmente de un sector a otro dentro de un mismo centro de salud o incluso de un centro a otro en caso de ser necesario (actualmente deben mover todos los registros del paciente: ficha familiar, exámenes médicos y cartolas), las cuales se encuentran en carpetas físicas.

La implementación de un sistema de esta naturaleza es más complejo y requiere de más tiempo que la agenda electrónica. Es importante destacar que aún sin este sistema operando, es posible balancear recursos mediante la reasignación de profesionales entre los distintos sectores de un mismo centro o entre centros.

---

<sup>7</sup> Mediante la asignación de bloques horarios fijos para las horas asignadas telefónicamente y el posterior envío de los pacientes agendados, ya sea por correo electrónico o teléfono.



### 3.3 Riesgos de la Implementación de la Central de Coordinación

En cualquier índole, para lograr una implementación exitosa que permita alcanzar los beneficios esperados, se deben considerar en primer lugar los riesgos inherentes al proyecto en sus diferentes dimensiones: riesgos financieros, riesgos operacionales y riesgos de imagen en los usuarios, tanto de la APS como cara visible, como de Municipios, MINSAL y Gobierno por ser identificados como responsables últimos de proveer la Salud Pública para la ciudadanía.

A continuación se presentan los principales riesgos identificados para la implementación de la Central de Coordinación, que corresponden a riesgos operacionales, pero que sus consecuencias afectan directamente a los usuarios y por ende la imagen que éstos tienen del sistema de salud. Cada uno de los riesgos ha sido catalogado con un impacto (alto-medio-bajo) y una probabilidad de ocurrencia (alta-media-baja), la estrategia de implementación diseñada, detallada en el capítulo siguiente, se hará cargo de mitigar los más importantes de éstos, considerando importancia como el producto del impacto y su probabilidad de ocurrencia.

Los riesgos financieros no han sido considerados en este punto, ya que los montos requeridos, en particular en la primera etapa de piloto y evaluación, son menores y no afectan mayormente los presupuestos de cada uno de los actores involucrados.

Riesgo identificado	Consecuencia	Impacto	Probabilidad
<b>1</b> Resistencia al cambio de los funcionarios de los CESFAM	Dificultad para implementar el sistema; no-adhesión a nuevos procesos/prácticas; no utilización del sistema de información (continuar usando sistemas actuales)	alto	alta
<b>2</b> Aumento del ausentismo de los pacientes al reducir el costo de obtención de una hora médica	Reducción en las atenciones prestadas; aumento en esperas para pacientes crónicos; aumento de rechazos por no tener horas disponibles	alto	alta
<b>3</b> Aumento explosivo de llamadas que la Central de Coordinación no sea capaz de manejar	Baja en la calidad del servicio provoca desconfianza y reduce utilización del servicio	medio	media
<b>4</b> Problemas de coordinación que pudieran impactar a los usuarios (Ejemplo: inconsistencia de agendas entre Central y Consultorio)	Baja credibilidad de la central; aumenta insatisfacción y molestia usuaria; desprestigio de instituciones responsables (CESFAM/Municipalidad/Ministerio/Gobierno)	alto	baja
<b>5</b> Expectativas de usuarios que la Central no sea capaz de satisfacer	Usuarios no queden satisfechos con el servicio, aumento de insatisfacción y molestia usuaria	alto	alta

Tabla 2: Riesgos de la implementación de la Central de Coordinación

En la Ilustración 4 se presentan los riesgos identificados, graficados de acuerdo a su probabilidad de ocurrencia y al impacto que tendrían sobre la percepción de los usuarios.

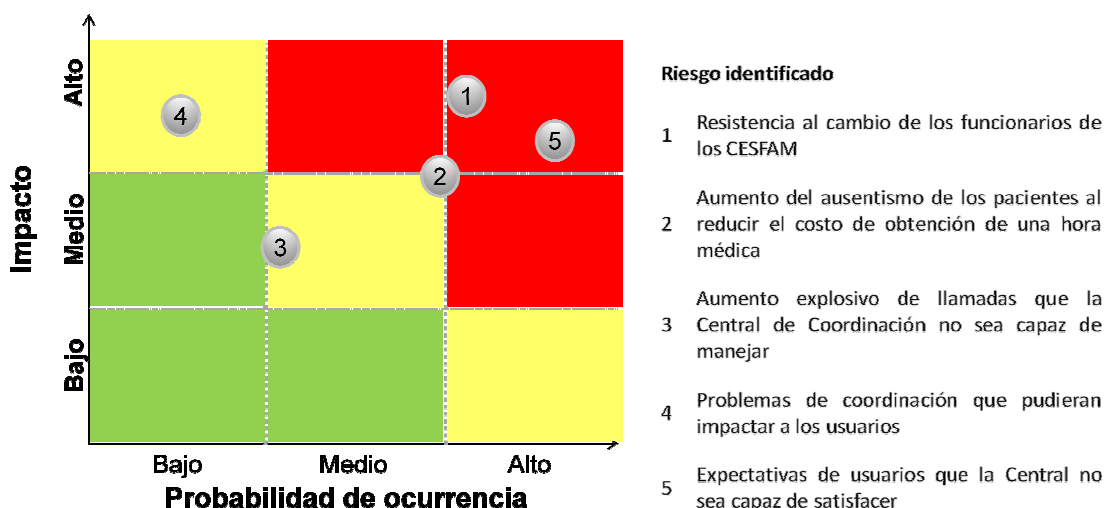


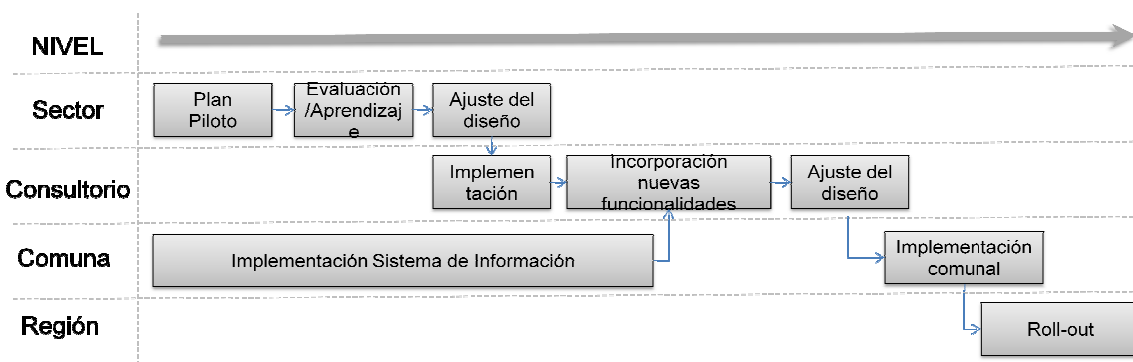
Ilustración 4: Gráfico de Riesgos, Impacto v/s Probabilidad de ocurrencia

### 3.4 Estrategia de Implementación

La estrategia de implementación responde a los riesgos identificados en el capítulo anterior, haciéndose cargo de la mitigación de éstos a través de una implementación incremental que permita una instancia de evaluación y re-diseño entre cada etapa desarrollada. Así, la estrategia considera comenzar con la aplicación en solo un sector de un consultorio de la Comuna de Recoleta y con solo una parte de las funcionalidades diseñadas para éste.

Posterior al desarrollo de un plan piloto de funcionalidades y alcance limitado, se propone el desarrollo de una jornada de evaluación y aprendizaje, que permita afinar el diseño de las propuestas de solución de forma de potenciar los beneficios y mitigar aún más los riesgos previstos.

La estructura de la implementación a grandes rasgos se muestra en la Ilustración 5. Los tiempos de duración de cada etapa se deben definir conjuntamente con los actores involucrados en la implementación.



**Ilustración 5: Estructura de implementación**

Inicialmente se propone comenzar con un plan piloto acotado en solo un sector de un consultorio, implementando la Central de Coordinación con una fracción de las funcionalidades diseñadas. Paralelamente se propone comenzar cuanto antes la implementación de un Sistema de Información que cumpla con los requerimientos planteados por el proyecto SIDRA y el presente documento.

Una vez terminado el plan piloto (sin perjuicio de que pueda existir evaluación y mejora en el transcurso de ésta primera etapa), se recomienda fuertemente realizar una evaluación de la experiencia que permita generar un aprendizaje que alimente el (re)diseño de las soluciones planteadas.

Cómo una segunda etapa, una vez ajustado el diseño, se propone llevar la experiencia al CESFAM completo, con las funcionalidades limitadas ya probadas en el plan piloto.

El aumento de las funcionalidades de la Central de Coordinación se recomienda una vez que el Sistema de Información esté instalado en la comuna y operando de buena forma, para evitar errores, caídas del sistema o ineficiencias que puedan ser traspasadas a los usuarios.

La ampliación de la cobertura al resto de la comuna y posteriormente al resto del país, se prevé una vez que el modelo esté operando con todas sus funcionalidades en un CESFAM y haya sido evaluado exitosamente en términos de mejora de la percepción usuaria y optimización de los recursos.

Si bien una implementación incremental, que incorpora instancias de evaluación y aprendizaje de forma sistemática entre sus etapas mitiga gran parte de los riesgos identificados, es necesario recordar que las soluciones presentadas tienen una alta componente de relaciones humanas, que debe ser potenciada y trabajada en forma específica. Es por esto que se propone, adicionalmente, considerar los siguientes factores.

### **Consenso de expectativas**

Es muy relevante que todos los actores que participan en la implementación y posteriormente en la operación del sistema tengan claras cuales son las funciones, alcances y limitaciones de la Central de Coordinación, para evitar que se generen sobre-expectativas tanto por parte de los usuarios, como por parte de los administrativos de los CESFAM.

Para esto se recomienda un fuerte trabajo de capacitación de todos quienes trabajarán en contacto con esta nueva modalidad, tanto en reuniones informativas y correos electrónicos corporativos para los empleados de los CESFAM, como con folletos, afiches e información directa a los usuarios.

### **Potenciar relaciones humanas**

Gran parte de las coordinaciones y contactos entre la Central de Coordinación y el personal de los CESFAM se realizará por medio telefónico, sin conocimiento personal de quien está al otro lado de la línea. Por esto, y para evitar conflictos futuros derivados de problemas de comunicación, se recomienda fuertemente que se realicen actividades de conocimiento e integración entre todos aquellos que se relacionarán día a día, potenciando las buenas relaciones humanas y el trabajo en equipo.

Adicionalmente, pueden realizarse actividades de intercambio temporal con el fin de que cada miembro del equipo conozca el trabajo que se realiza en la otra institución y tenga claridad de cuáles son las limitaciones y alcances del trabajo de sus compañeros.

### **3.5 Características de la implementación – Plan Piloto**

El plan de acción que enmarca este trabajo de tesis contempla las primeras etapas de implementación, es decir, aplicación de un plan piloto en un sector de un CESFAM, evaluación/aprendizaje de la experiencia, ajustes al diseño y la ampliación del modelo a todo un CESFAM.

A grandes rasgos, el plan piloto considera 7 etapas y 6 hitos que se cumplieron durante los 3,5 meses de duración del proyecto de implementación, según se muestra en la Tabla 4.

El plan piloto consiste en crear una Central de Coordinación (CC) a pequeña escala, que responda a los requerimientos de un solo sector de un CESFAM.

Debido a los altos requerimientos tecnológicos de esta solución, en este piloto se entregan solo parte de las funcionalidades propuestas, para las cuales se desarrollan sistemas simples, que permitan soportar la operación de la CC.

#### **3.5.1 Funcionalidades de la Central de Coordinación Piloto**

- Contacto con pacientes con exámenes de laboratorio alterados o que no han sido retirados y están próximos a vencer.
- Confirmación de horas de pacientes crónicos.
- Seguimiento de pacientes crónicos que no han asistido a sus controles periódicos
- Atención de requerimientos de horas médicas para controles (no morbilidad)
- Atención de requerimientos de horas médicas para morbilidad con cupos limitados o para segmentos específicos (niños, tercera edad, pacientes con bajo ausentismo).

- Brindar apoyo en la coordinación de recursos a la dirección del consultorio, intentando prever los inconvenientes y otorgando flexibilidad para reaccionar a imprevistos.

Se excluyen del piloto aquellas funciones de coordinación inter Consultorios, dado que se trabajará solo con un CESFAM

### 3.5.2 Costos asociados

Es importante conocer los costos asociados a la operación de la Central de Coordinación debido a que mediante este plan piloto se evalúa la posibilidad de escalar esta experiencia a nivel nacional. Para efectos únicamente del Piloto, los costos para los 3,5 meses de operación fueron los siguientes,

ITEM	Costo Inicial	Costo Mensual
Recursos Humanos (Supervisor)		\$ 800.000
Recursos Humanos (2 Operadoras)		\$ 680.000
Recursos Humanos (experto en comunicación para la acción provisto por el Consejo Nacional de Innovación)	\$ 500.000	
Equipamiento inicial Central de Coordinación (3 PC + teléfonos + habilitación de internet)	\$ 900.000	
Comunicaciones Central de Coordinación (Llamadas, internet)		\$ 550.000
Infraestructura Central de Coordinación		
Comunicaciones en SOME Central y SOME Sectores (telefonía e internet)	\$ 1.500.000	\$ 550.000
Imprevistos		\$ 400.000
<b>Total</b>	<b>\$ 1.900.000</b>	<b>\$ 3.060.000</b>
<b>Total por 3,5 meses</b>		<b>\$ 10.710.000</b>

Tabla 3: Costos del Plan Piloto

Para el caso del piloto, los costos en recursos humanos consideran únicamente a un Supervisor y 2 Operadoras, debido a que cuentan con la directa supervisión del equipo consultor del proyecto. Es necesario, dada la importancia de las comunicaciones con los pacientes, considerar la asesoría de un experto en comunicación para la acción, provisto por el Consejo Nacional de Innovación para la Competitividad (CNIC).

Los costos del equipo consultor, han sido cubiertos por el CNIC, por lo que no se consideran en esta estimación.

### 3.5.3 Plan detallado de actividades

Como se muestra en la Tabla 4, la implementación del plan piloto se realizó dividiendo el proceso en etapas y fijando hitos para la consecución de cada una de ellas. En la Tabla 4, se muestra el detalle de las etapas de la implementación, las actividades que cada etapa involucra y que se considerará como el hito para dar por concluida la etapa.

<b>Etapa</b>	<b>Actividades</b>	<b>Hitos</b>
<b>1. Preparación técnica del Piloto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilización de oficina</li> <li>- Equipamiento Oficina (computadores, internet, teléfonos)</li> <li>- Desarrollo de agenda concurrente</li> <li>- Contratación de equipo de trabajo</li> </ul>	24/02/12 → Oficina Operativa
<b>2. Diseño conjunto con interesados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunión en consultorio para dar inicio al piloto.</li> <li>- Validación del diseño con directos involucrados &lt;- etapa iterativa</li> <li>- Capacitación al personal de los sectores</li> <li>- Desarrollo de un plan de comunicación con pacientes</li> </ul>	24/02/12 → Diseño consensuado para dar inicio a la operación
<b>3. Implementación en un sector</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementación de plan de comunicación con pacientes</li> <li>- Comienzo de la operación de la CC con funcionalidades limitadas.</li> <li>- Reuniones semanales de evaluación/coordiación con jefes de sectores, director e involucrados en la implementación</li> </ul>	30/03/12 → CC operando en un sector
<b>4. Ajustes al diseño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de ajustes en base al feedback recibido en las reuniones semanales y a la experiencia de quienes trabajan en la CC.</li> <li>- Identificación de mejores prácticas</li> <li>- Documentación de protocolos</li> </ul>	30/03/12 → Documentos para implementación en otros sectores
<b>5. Ampliación al CESFAM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comienzo de operación en los 3 sectores como marcha blanca</li> <li>- Apoyo en terreno a sectores para la incorporación al modelo</li> <li>- Implementación del plan de comunicación con pacientes para todo el CESFAM.</li> </ul>	2/04/12 → Comienza operación en todo el CESFAM 13/04/12 → Fin de marcha blanca, CC operando en todo el CESFAM
<b>6. Incorporación de más funcionalidades</b>	Incorporación gradual de nuevas funcionalidades de la CC en la medida en que los sistemas e información se encuentren disponibles.	Gradual
<b>7. Documentación para replicar en otros CESFAM</b>	Documentación del modelo, prácticas, protocolos y recomendaciones	30/04/12 → Terminó del Piloto 30/04/12 → Documento (Tipo manual) para la replicación del modelo en otros CESFAM de la comuna

**Tabla 4: Etapas de la implementación del Plan Piloto**

### 3.6 Consideraciones Previas a la Implementación del Plan Piloto

Como se detalla en el diagnóstico que fundamenta este trabajo de tesis (Universidad de Chile, 2011), la realidad de la APS en cuanto a los sistemas de información es altamente heterogénea, por lo que en algunas comunas se observan software sumamente sofisticados para apoyar a la gestión de los consultorios, mientras en otros, prácticamente no existen sistemas de información para apoyar la operación médica y administrativa<sup>8</sup>. Esto se explica en el marco del proyecto SIDRA<sup>9</sup>, impulsado por el Ministerio de Salud, el cual busca velar por la correcta interacción entre los distintos actores de la red de salud, pero dando libertad a cada uno de ellos para implementar el software de su elección, mientras éste permita dicha interacción.

En el caso de la Comuna de Recoleta, y en particular del CESFAM Quinta Bella, este no cuenta con un software que apoye su operación interna, siendo los únicos sistemas disponibles los provistos por otras entidades para la correcta comunicación: Inscrito III, provisto por FONASA para el registro de los pacientes inscritos en el consultorio, SIGGES y EPI INFO v6, provisto por MINSAL para ingresar las interconsultas a centros de mayor complejidad, y un sistema provisto por CHSJ<sup>10</sup> para el tratamiento de los exámenes de laboratorio.

Así como los consultorios de Recoleta no cuentan con un software para apoyar las labores médicas y administrativas, tampoco cuentan con una arquitectura tecnológica que permita la correcta comunicación y coordinación al interior del mismo consultorio. Solamente hay teléfonos habilitados en la oficina de dirección, en la OIRS<sup>11</sup> y en SOME<sup>12</sup>, mientras que, si bien la disponibilidad de computadores es mayor, todo el personal administrativo, las ventanillas de los sectores y algunos box de atención cuentan con ellos, la conexión de red, provista por el MINSAL en su plan Ruta 5D, es insuficiente para pensar en un uso masivo de la red local y/o de internet.

Considerando que en temas de tecnologías de información se observa una gran diferencia entre lo estipulado en los requerimientos para la implementación de la Central de Coordinación y la situación actual de los consultorios, para implementar la central, y de esa forma observar sus potencialidades, se debió trabajar utilizando dispositivos de Banda Ancha móvil, teléfonos celulares y computadores portátiles, entre otros elementos provisionales, además de diseñar un sistema sencillo de agenda electrónica cuyas características se detallan en el capítulo 3.11.

---

<sup>8</sup> En ninguna de las comunas visitadas se observa un sistema que se enfoque en la coordinación de recursos y en la relación con el paciente como se propone mediante la central de coordinación.

<sup>9</sup> Sistema de información de la red asistencial.

<sup>10</sup> Complejo Hospitalario San José, centro de derivación de los pacientes adultos desde los consultorios de la zona norte de la Región Metropolitana.

<sup>11</sup> Oficina de información, reclamos y sugerencias.

<sup>12</sup> Servicio de orientación médica y estadística

### 3.7 Formación del Equipo de Trabajo de la Central de Coordinación

Para la implementación de ésta plan piloto fue necesario contar con el personal idóneo encargado de realizar el contacto con los pacientes, al mismo tiempo que aportara en el aprendizaje y en la construcción de procedimientos estandarizados para actuar en cada uno de los casos.

Así, se consideró necesario que el equipo debe incluir, además del equipo que conforma entre otros el autor de esta tesis, un coordinador (o supervisor) y dos operadores.

El rol de **coordinador** consideró la necesidad de apoyar en el reclutamiento y la capacitación de las operadoras, el ser un actor importante en la integración de la central de coordinación en el consultorio y el liderar la labor de estandarización de los procedimientos que se desarrollarían día a día en el consultorio para responder a los distintos requerimientos tanto de los pacientes por la vía telefónica, como del personal del consultorio por la vía presencial. Por lo tanto, el perfil de coordinador debe contar con capacidad de liderazgo y gestión de personas, autonomía y capacidad de resolución de problemas utilizando los recursos disponibles, deberá contar con capacidad de trabajar bajo condiciones de estrés. Con respecto a su formación, es recomendable que tenga conocimientos técnicos sobre salud, de manera de prestar apoyo a los operadores en la detección de casos graves, así como también para dar indicaciones sobre los pasos a seguir dados los síntomas de los pacientes.

El personal de contacto u **operadores** debe contar con características personales adecuadas para quien atiende a clientes durante todo el día, con excelente trato, empatía, capacidad de resolución de problemas y autonomía. Los operadores no necesitarán ninguna formación específica, siendo deseable conocimientos en temas de salud y experiencia en Centros de Salud.

Tanto el coordinador como los operadores debieron ser capacitados en los conceptos de comunicación para la acción (Bell, 2011) y en las pautas dadas por el MINSAL para la relación con los pacientes (MINSAL, 2011), persiguiendo el objetivo de solucionar los problemas del paciente, tal como se explica en el siguiente punto.

### 3.8 Foco en la Resolución de los Problemas del Paciente

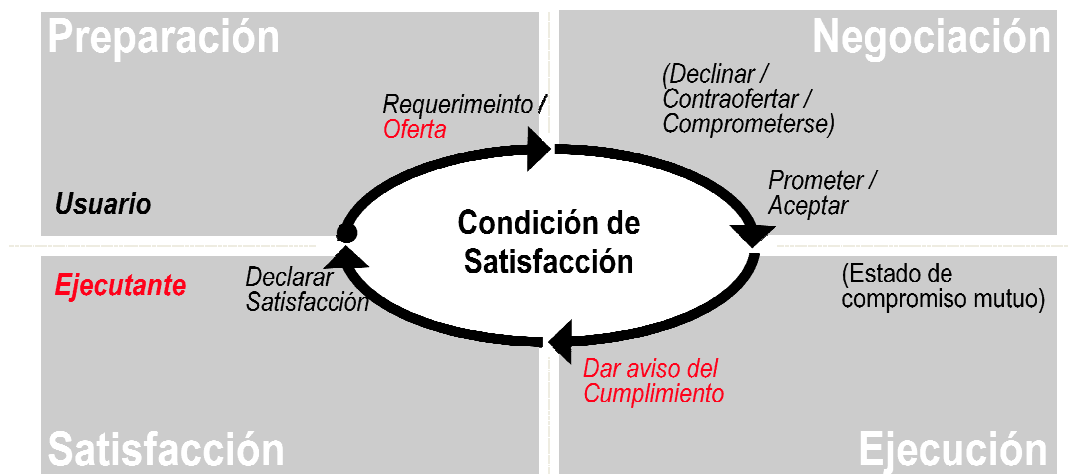
Como se enuncia en el diagnóstico (Universidad de Chile, 2011), en el consultorio no existe un trabajo sobre la imagen proyectada por la institución de cara al usuario (falta de visión de cliente externo). El paciente es visto como un miembro más de la “comunidad CESFAM” por lo que se transparentan completamente los procesos, así como sus falencias y escases de recursos. Es por esto, que una de las funciones principales de la Central de Coordinación es abocarse a resolver los problemas del paciente. Para eso, se pretende evitar una de las características de los servicios públicos que más molestan a los usuarios: la baja capacidad resolutiva y el “pinponeo”<sup>13</sup> (Segpres, 2011).

---

<sup>13</sup> Derivar el requerimiento de un usuario a otro encargado y no responsabilizarse de que finalmente el usuario reciba una respuesta satisfactoria.



Con el fin de lograr este objetivo, se aplicarán los conceptos de “prácticas para manejar redes de compromisos”(Flores & Bell, 2011), los que se refieren a la importancia de cerrar los ciclos de comunicación, no solo cumpliendo los compromisos, sino también preocupándose de que la contraparte entregue una señal de satisfacción por el compromiso cumplido. Estos conceptos, instalan a la coordinación entre cliente y realizador (en este caso paciente y la Central de Coordinación), como eje fundamental para satisfacer las condiciones de satisfacción del paciente.



**Ilustración 6: Ciclo de comunicación para la acción**

El flujo de trabajo presentado por (Flores & Bell, 2011) consta de cuatro etapas, terminando cada fase en un compromiso (como se muestra en la Ilustración 6). El flujo de comunicación puede comenzar de dos maneras. El paciente, puede pedir que se realice cierta acción. Al mismo tiempo, un operador de la CC puede hacer una oferta comprometiéndose a cumplirla.

En la segunda fase, el paciente y la Central de Coordinación llegan a un acuerdo. Juntos clarifican lo que va a satisfacer a la petición u oferta. Es la CC quien termina esta fase del flujo haciendo una promesa de hacer el trabajo. Con este intercambio ambas partes se han comprometido mutuamente a la petición u oferta, y juntos han inventado una acción futura.

De esta forma, si un paciente solicita una hora médica a través de la Central de Coordinación, y un operador de la CC promete cumplir esta petición, entonces él debe asignar tiempo y recursos para gestionar esta hora médica. Esto puede implicar cambios en su horario y, tal vez, en otras actividades planificadas con anterioridad. El paciente, en tanto, va a confiar en esta promesa; él no intentará conseguir una hora médica por otra vía. Es importante involucrar al paciente en el compromiso, dándole a entender que su petición es también un compromiso, de que él sinceramente necesita esa hora y que cuando ésta le sea otorgada, el asistirá puntualmente.

También es importante señalar que un paciente no hace una petición simplemente para obtener un objeto concreto o un hecho. La gente hace peticiones porque tiene intereses y preocupaciones en el futuro que necesita satisfacer. En el ejemplo anterior, el paciente no estaba interesado en la hora médica misma. Estaba interesado en recibir una atención oportuna de un especialista que permitiera recuperarse de su problema de

salud. Aunque la hora médica otorgada hubiese sido con el mejor especialista del país, si la fecha de esta fuera para mucho tiempo más, esta sería inútil. Por lo tanto, es importante ver, que al hacer peticiones y promesas, la gente no especifica objetos o sucesos particulares que tienen que ser generados, sino que ambas partes se ponen de acuerdo en el modo como satisfacer aquello que interesa y preocupa a ambos.

Después que se ha pedido (u ofrecido), acordado, y prometido, aquello que es necesario satisfacer, hay un período en que el ejecutante se dedica a hacer el trabajo. Esta es la tercera fase del flujo de trabajo. En algún momento de este proceso, la CC, que ha cumplido las condiciones, informa al paciente que ha terminado. Esta notificación constituye un tipo de declaración. Una declaración es un acto lingüístico en el que la gente crea nuevas posibilidades de acción por el sólo acto de hablar. Desde el momento de emitida la declaración, se comenzará a actuarán en concordancia con ella.

De la misma manera, en un flujo de trabajo la declaración de haber completado el trabajo cambia las acciones que son ahora posibles para el paciente. Por ejemplo, el operador de la CC puede llamar al paciente para comunicarle que ha conseguido una hora médica. Esa declaración de ejecución cambia la situación de él, de una en que se encontraba esperando por una hora médica, a otra en la que ya tiene una agendada. A su vez, el paciente termina la última fase del flujo de trabajo, señalando que está satisfecho, quizás con simplemente decir “Gracias”. Esto también es una declaración con la que le paciente hace saber al operador de la CC que sus intereses han sido realmente atendidos con lo que él ha producido.

La aplicación directa de estos conceptos apuntan a que en lo referente tanto a la relación con los pacientes, como con el personal del consultorio, los operadores de la Central de Coordinación deberán velar por lograr satisfacer los requerimientos esperados, en caso de derivar el requerimiento a otro encargado preocuparse luego de que este requerimiento haya sido satisfecho, y en caso de no encontrarse capacitados para solucionarlo, explicar la razón y entregar las alternativas factibles.

### **3.9 Aplicación de Encuesta de Percepción de Calidad de Servicio**

Con el fin de cuantificar la evaluación que los pacientes realizan de los distintos servicios brindados por el consultorio, y de esta forma, contar con un punto de comparación para poder evaluar posteriormente el impacto que genera la central de coordinación en la percepción de los usuarios, se realizó una encuesta para medir la calidad de servicio.

Para la confección de la encuesta se consulto bibliografía, y finalmente se decidió preguntar únicamente por las percepciones, descartando preguntar por las expectativas, considerando que estas se encuentran ya implícitas en las percepciones. De esa forma, en conjunto con los demás actores involucrados en el proyecto, especialmente el departamento de salud de Recoleta y la Segpres, se confeccionó la encuesta que pretende medir la relación del paciente con el consultorio en diferentes aspectos. Al mismo tiempo, se agregan preguntas dirigidas a conocer el comportamiento de los pacientes en los ámbitos en los cuales los procedimientos del consultorio se verán intervenidos por la central de coordinación.

La encuesta completa se encuentra en Anexos 8.1

La información técnica de la aplicación de la encuesta se muestra en la Tabla 5:

<b>DETALLES DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA</b>	
<b>Fecha de aplicación:</b>	Miércoles 1 al Martes 7 de Febrero de 2012
<b>Forma de aplicación:</b>	Aleatoria dentro del CESFAM, antes de recibida la atención
<b>Universo:</b>	680 atenciones (promedio de consultas del CESFAM en una semana)
<b>Tamaño muestral:</b>	123 encuestas
<b>Encuestas válidas:</b>	122 encuestas
<b>Nivel de confianza:</b>	95%
<b>Margen de error:</b>	8%

Tabla 5: Detalles de la aplicación de la encuesta

### 3.10 Resultados de la Encuesta: Alineados con el Diagnóstico

Los resultados de la encuesta aplicada muestran que los pacientes se encuentran, en general, satisfechos con el servicio que reciben del consultorio. En la Ilustración 7, se observa que la nota con la que se evalúa al consultorio es un 5.3, y la evaluación de la mayoría de las dimensiones analizadas es superior a esa nota. Sin embargo, la nota otorgada a los procesos de interconsulta y morbilidad pone la alerta en que son esos los aspectos del servicio brindado que tienen descontento al paciente. Cabe destacar, que son justamente los aspectos que fueron levantados durante el diagnóstico como posibles de mejorar (puntos 1 y 4.1 en la Tabla 1).

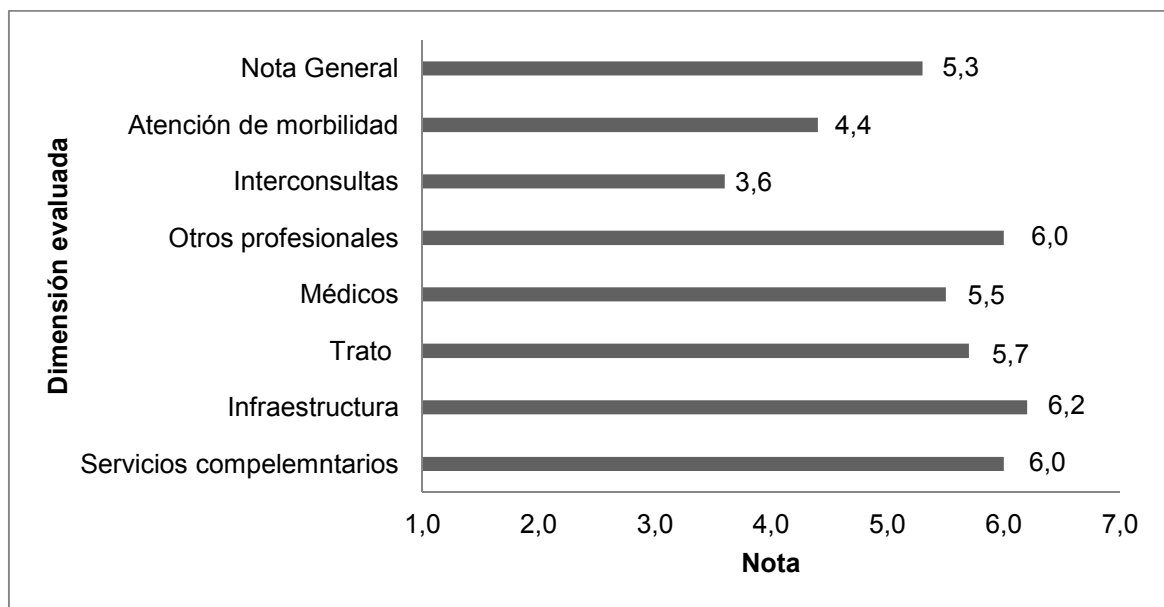
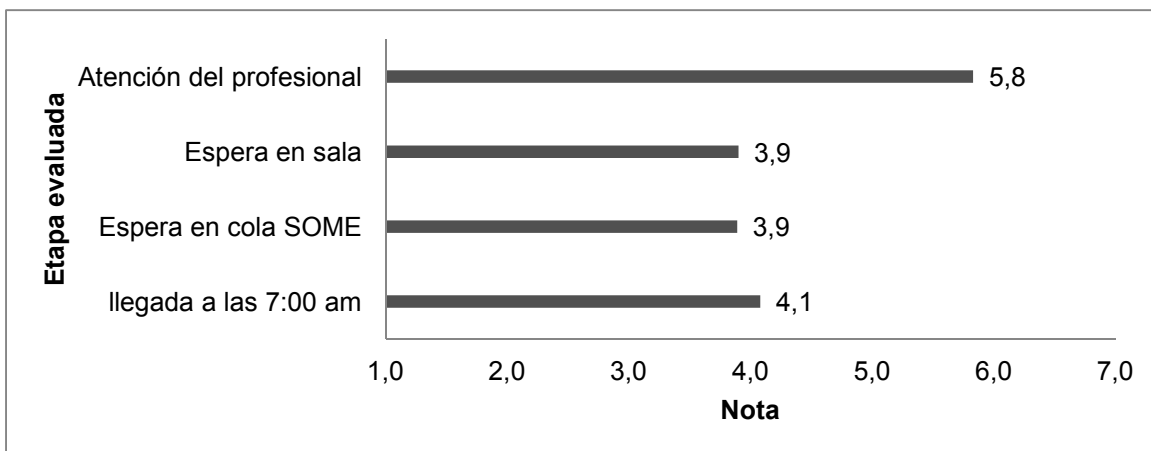


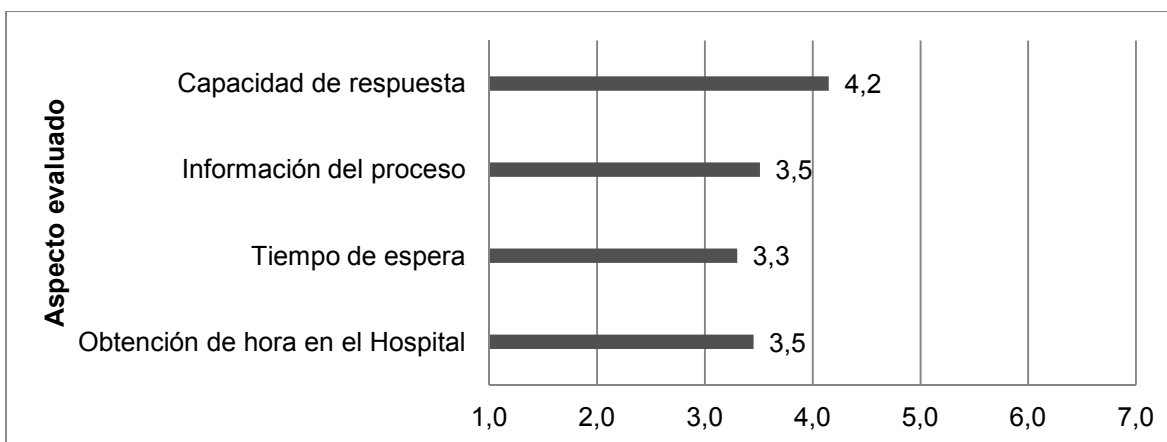
Ilustración 7: Evaluación de los usuarios de distintas dimensiones de la atención en el consultorio

Al profundizar el análisis sobre los 2 aspectos peor evaluados, es posible observar cuales son las etapas de ambos procesos que más preocupan a los pacientes. En el caso de la atención de morbilidad, como se observa en la Ilustración 8, la atención del profesional es bien evaluada, y el problema se observa por el sacrificio que representa, y el tiempo que requiere, el conseguir una hora y el esperar luego hasta ser atendido.



**Ilustración 8: Evaluación del Proceso de Atención de Morbilidad**

En el caso del proceso de interconsulta, se observa que todos los aspectos evaluados poseen una evaluación negativa, tal como se muestra en Ilustración 9. Lo cual corrobora la hipótesis presentada en el diagnostico, en relación al alto grado de esfuerzo que se requiere para mejorar la situación actual. Llama la atención eso sí, que los pacientes no solamente se encuentran descontentos con el proceso mismo, sino también con la escasa información con la que cuentan durante él.



**Ilustración 9: Evaluación del Proceso de Interconsultas**

Con los datos anteriores, se obtiene la percepción de los usuarios del consultorio de la calidad del servicio recibido antes de implementar la central de coordinación, referencia

que se espera comparar luego de la implementación para evaluar el impacto que esta propuesta genera en la calidad de servicio percibida por los usuarios.

En relación a las preguntas dirigidas a conocer el comportamiento de los pacientes en los ámbitos en los cuales los procedimientos del consultorio se verán intervenidos por la central de coordinación, las respuestas muestran ciertas necesidades y oportunidades:

- El 93% de los encuestados se dirige presencialmente al consultorio en caso de consultas.  
→ **Necesidad de un servicio de información que no requiera la presencia del paciente en el consultorio.**
- El 38% de los encuestados admite haberse ausentado a una hora médica sin avisar con anterioridad. El 25% de ellos atribuye al olvido la razón de su ausencia.
- El 16% de los encuestados manifiesta haberse presentado para su hora médica y no haber sido atendido, sin recibir aviso previo. El 58% de ellos, no fue notificado de razón por la cual no fue atendido.  
→ **Necesidad de contacto con pacientes para confirmación, cancelación o cambio de horas médicas.**
- Solo el 12% de los encuestados manifiestan demorarse menos de 1 hora en cada visita al consultorio. El 40% manifiesta demorarse más de 2 horas.  
→ **Necesidad de coordinar los recursos para disminuir los tiempos de estadía en el consultorio.**
- El 93% de los encuestados posee teléfono fijo o móvil al cual poder ser contactado.
- El 95% de los encuestados responde que usaría un servicio telefónico del consultorio para solicitar, cancelar o modificar horas médicas.  
→ **Oportunidad de brindar una vía de contacto e información telefónica a para los usuarios.**
- Sólo el 43% de los encuestados manifiesta tener acceso a internet.  
→ **El nivel de penetración del internet en los usuarios del consultorio es bajo, y no justifica, por el momento, el uso de herramientas online para la comunicación paciente-consultorio.**

### **3.11 Montaje de Agendas Electrónicas**

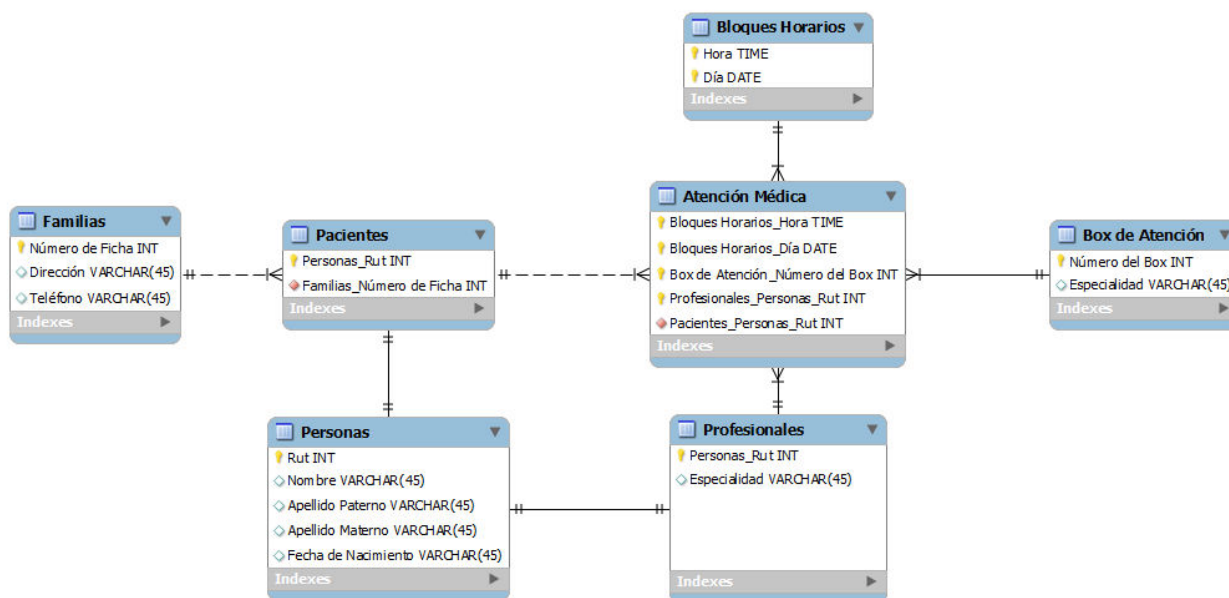
Como se introdujo en el capítulo 3.3, para lograr el objetivo de observar en la práctica las potencialidades de la central de coordinación, se debió garantizar antes de la implementación, el cumplimiento de los requerimientos mínimos expuestos en el

capítulo 3.2. Uno de los requerimientos claves, es la existencia de agenda electrónica que permita en forma concurrente, agendar, modificar y cancelar horas médicas por distintas vías, evitando los problemas que eso podría producir.

Para diseñar la agenda electrónica que permitiera no solo el funcionamiento de la central de coordinación, sino que también apoyar la operación del consultorio, se comenzó realizando un levantamiento de la información disponible. Así se identificaron todos los aspectos a considerar en una hora médica:

- El paciente: Individuo que será atendido por el médico. Se caracteriza por su RUT, sin embargo su información médica se encuentra almacenada en la ficha familiar (no personal).
- La familia: Grupo familiar que vive en una misma vivienda. Caracterizado por un número de ficha, en la cual se almacena toda la información médica y psicosocial de todos los integrantes de la familia.
- Profesionales: Encargado de brindar la atención al paciente. Se caracteriza por su RUT y tiene asociada su especialidad.
- Box de Atención: Lugar físico donde se realizará la atención. Se caracteriza por su número y puede tener asociada la especialidad para la cual está equipado.
- Bloque horario: Es el día y la hora en la cual se llevará a cabo la atención.

Con esta información, se confeccionó un diagrama Entidad Relación, en el cual se muestra como se relacionan los aspectos enunciados para generar una atención médica. Este diagrama se muestra en la Ilustración 10.



**Ilustración 10: Modelo Entidad Relación de la Agenda Electrónica**

Acá se observa que una Atención Médica requiere de un Bloque Horario, un Box de Atención y un Profesional para encontrarse disponible para agendar a un paciente, el cual al asociarse a la atención, permite que ésta se lleve a cabo.

Habiendo identificado todos los requerimientos a coordinar para dejar disponible una atención en la agenda, se considero como siguiente aspecto importante en el levantamiento de la agenda electrónica, el que fuera de fácil manejo y de rápida adaptación para quienes serían sus usuarios principales, el personal que entrega las horas médicas, que es administrativo, en el caso de las horas de morbilidad entregadas en el SOME, o paramédico, en el caso de los sectores. Debido a la corta duración estipulada para la implementación de éste plan piloto, y la necesidad de observar los primeros resultados en un periodo no superior a los 2 meses, se decidió implementar una agenda, que mejorando considerablemente la situación actual, no representara un cambio significativo en los procedimientos establecidos, debido a que no habría tiempo suficiente para la adaptación.

Si bien, investigando se encontró un sinnúmero de software desarrollados, debido a la característica de Plan Piloto de esta implementación, no se justificaba pagar altas sumas por un software comercial, y debido al poco tiempo disponible, no era posible desarrollar un software propio. De esta forma, y considerando cumplir con todos los objetivos ya explicitados, es que se decidió montar las agendas en hojas de cálculo de Google Docs<sup>14</sup>.

Las ventajas de la implementación de las agendas en Google Docs se encuentran ya aclaradas. Sin embargo hay varias desventajas y problemas, que se bien permitieron el correcto funcionamiento tanto de la central de coordinación como de los demás estamentos del consultorio, harían impracticable la implementación a mayor escala. Algunos de estos inconvenientes son:

- Velocidad de procesamiento de los hojas de cálculo: Si bien las hojas de cálculo de Google Docs son muy similares a una planilla Excel, se descubrió que ha medida que se llenaban las planillas con formulas de búsqueda y datos, el tiempo que demora en entregar la respuesta va en aumento. Al mismo tiempo, la velocidad de procesamiento parece no ser constante, ya que por momentos entrega soluciones rápidamente y en otras ocasiones tarda varios segundos. Esto último puede deberse a la inestabilidad de la conexión a internet (como se explico se operó utilizando bandas anchas móviles) o a deficiencias en Google Docs.
- Multiplicidad de la información: Si bien las hojas de cálculo permiten cargar los datos de los pacientes en ellas, no fue posible centralizar la base de datos de pacientes en un único archivo al cual se conectaran las agendas para extraer la información de los pacientes, sino que debió copiarse la base de datos a todos los “archivos/agendas”. Esto ocasiona que actualizar un registro se transforme en

---

<sup>14</sup> Google Docs y Hojas de cálculo, oficialmente Google Docs & Spreadsheets es un programa gratuito basado en Web para crear documentos en línea con la posibilidad de colaborar en grupo. Incluye un Procesador de textos, una Hoja de cálculo, Programa de presentación básico y un editor de formularios destinados a encuestas.

una actividad tediosa, ya que debe actualizarse en todas las bases de datos disponibles<sup>15</sup>.

- Nula capacidad de replicar modificaciones: Las hojas de cálculo al ser archivos independientes, no permiten modificar los formatos a todas las agendas simultáneamente, causando que en caso de requerir agregar, por ejemplo, una columna con una información adicional del paciente a todas las agendas, esto deba realizarse de una en una, tomando mucho tiempo.

A pesar de los inconvenientes enunciados y otros enfrentados en el proceso, la experiencia utilizando Google Docs como plataforma para las agendas electrónicas fue exitosa y cumplió el objetivo para el cual fue diseñada a cabalidad. En anexos 8.2 se muestran, a modo de ejemplo, pantallazos de las agendas electrónicas levantadas.

### **3.12 Integración en el Consultorio – Enfrentando la Resistencia al Cambio**

Con bastante regularidad, los integrantes de una organización pondrán objeciones a los cambios emprendidos o propuestos: ellos o muchos de ellos, pueden rehusarse por completo a cooperar; pueden desentenderse de los cambios pretendidos; pueden seguir la letra pero no el espíritu de las nuevas reglas, “haciendo las cosas como es debido” mientras que deliberadamente permiten que se cometan errores; o pueden acceder pero con profundo estado de resentimiento. Este tipo de reacciones son propias de lo que se da en llamar “la resistencia al cambio”.(Lefcovic, 2006)

Las principales causas de la resistencia al cambio presentadas por Lefcovic son:

- Falta o escasez de información.
- Factores históricos.
- La amenaza al estatus y al status quo.
- Amenaza al poder.
- Deficiente clima organizativo.
- Miedo al fracaso y resistencia a experimentar.
- Escasa flexibilidad organizativa.

Considerando las causas enunciadas, se diseñó una estrategia de mitigación de la resistencia al cambio, basada en una integración sólida en el día a día del consultorio. Para esto, se comenzó dotando de sentido el trabajo del equipo y el consultorio, es decir, haciendo visible que la Central de Coordinación representaría un apoyo para la operación. Otro factor importante, en lograr que el personal del consultorio aceptara esta implementación, fue justamente el carácter de plan piloto que se propuso, en el cual se pretendió un desarrollo conjunto de los protocolos, incluyendo a todos los interesados y evitando imponer directrices sin que estas hayan sido aceptadas previamente. La puesta en práctica de esta intención se manifestó en que para realizar

---

<sup>15</sup> Se maneja una base de datos de pacientes oficial, a la cual se realiza las modificaciones y periódicamente se copia a los distintos “archivos/agenda”.



el levantamiento de los procedimientos del consultorio, se efectuó una fase de aprendizaje, en la cual todos los integrantes de la CC trabajaron directamente apoyando la operación diaria. Esto permitió aprender la esencia de los procedimientos existentes, logrando no perder ese foco al momento de rediseñar los procesos para incluir a la CC en la operación. Una vez comenzada la operación de la CC, se realizaron reuniones semanales con los grupos de trabajo del consultorio, las cuales buscaron evaluar conjuntamente su implementación y realizar los ajustes necesarios para su mejor funcionamiento.

De esta forma, se logró ganar la confianza de quienes trabajaría en conjunto con la Central de Coordinación, rompiendo los temores existentes antes de cualquier cambio en los procedimientos, y que en el caso de la Salud Pública chilena han sido engrosados por las malas experiencias previas.

Los resultados tangibles de esta estrategia de integración, fueron desde que muchos funcionarios frecuentaron la CC para tomar un café o realizar una pausa en su jornada laboral, hasta que las áreas del consultorio, que en un determinado momento no habían comenzando a operar en conjunto con la CC, estuvieran muy interesadas en unirse al trabajo conjunto. Sin embargo, lo más valioso de esta confianza mutua, fue que cuando hubo problemas de coordinación, propios de todo cambio de procedimientos, el personal del consultorio logró entender que estos eran parte de una etapa de aprendizaje, aportando con buena voluntad a solucionarlos y a evitar que volvieran a presentarse.

Es necesario mencionar también, la importancia que tuvo en la sólida integración al consultorio, el apoyo incondicional del director. El, desde un comienzo vio en la CC una opción para mejorar tanto la gestión interna del consultorio, como la relación con los pacientes, y su respaldo fue, a los ojos del personal del consultorio, una razón poderosa para apoyar el proyecto.

En la Tabla 6 se presenta un análisis de la estrategia de integración implementada, y como ésta considera los 8 factores que presenta (Lefcovic, 2006) para enfrentar la resistencia al cambio.

Factor de Lefcovic	Representación en la Estrategia
<b>Necesidad Sentida</b>	Todos los funcionarios del consultorio están consientes de los problemas que existen actualmente, y de cómo estos repercuten en una mala relación con los pacientes. Por lo tanto, no existió la necesidad de resaltar los inconvenientes.
<b>Apoyo visible de la alta dirección</b>	Director del consultorio interesado en el proyecto. Siempre respaldo a la CC frente a los funcionarios, incluso en situaciones complejas.
<b>Clarificación gradual</b>	Como la etapa de aprendizaje y diseño detallado se realizó en conjunto con los funcionarios, estos se encontraron al tanto de en qué sentido la CC modificaría sus labores.
<b>Instrumentación y apoyo</b>	Una vez puesta en marcha la CC, el equipo de ésta apoya constantemente a los funcionarios en sus nuevas labores, de forma de desarrollar en conjunto las nuevas habilidades necesarias, y al mismo tiempo, identificar posibilidades de mejora.

<b>Modificación de los subsistemas componentes</b>	El periodo de aprendizaje consideró entender a cabalidad la esencia de cada uno de los procesos que serían intervenidos, de forma de evitar modificar aspectos que impidieran la correcta interrelación entre “componentes” del consultorio.
<b>Aumento de la autoestima</b>	Al involucrar a los funcionarios en el diseño y en la evaluación constante de la implementación, se otorgó a ellos la sensación de importancia en el cambio, evitando que su autoestima fuese pasada a llevar.
<b>Participación</b>	La participación en reuniones periódicas de evaluación, así como la consideración de los funcionarios al momento de diseñar los nuevos procedimientos los involucra en el proceso de rediseño.
<b>Presentación de los beneficios</b>	Si bien, los resultados no fueron presentados directamente a los funcionarios, estos fueron quienes en el día a día trabajaron de cara al paciente. Por lo tanto, observaron en la práctica la existencia de nuevas herramientas que les permiten mejorar entregar un mejor servicio.

**Tabla 6: Representación de los factores de Lefcovic en la estrategia de integración al consultorio**

### **3.13 Difusión de la Central de Coordinación entre los Pacientes del Consultorio**

Si bien en una primera instancia, se consideró la integración de la CC en el interior del consultorio, la segunda, pero no menos importante, requiere dar a conocer la Central de Coordinación a los pacientes y futuros usuarios. Específicamente se requiere difundir la existencia de una nueva forma de comunicación de los pacientes con su consultorio, a través del teléfono, y explicitar que ayudas podrá prestar la CC a sus usuarios.

Considerando el carácter gradual de la implementación de la CC, no fue posible realizar una difusión masiva, ya que en un principio, la CC solamente operaría con un Sector del consultorio. Por lo tanto, para lograr esta difusión se siguieron tres caminos complementarios.

Por un lado, se encomendó a los funcionarios que atienden directamente a los pacientes del Sector A (Sector del consultorio seleccionado para comenzar la operación), que dieran a conocer a sus pacientes la nueva opción que existe para comunicarse con el consultorio. Para esto, fue fundamental, que los funcionarios estuviesen al tanto, de cuáles son las funcionalidades de la central de coordinación, de forma de poder entregar una información correcta a los pacientes, evitando generar expectativas desmesuradas que pudieran llevar luego al descontento.

Una segunda forma de difusión, fue por vía telefónica. Cada vez que se realizó una llamada telefónica para contactar a un paciente, se comunicó a este la existencia de esta central telefónica y se le detallaron las funcionalidades de ésta.

La tercera forma de difusión utilizada, fue el envío de una carta desde la Municipalidad de Recoleta, a todos los vecinos correspondientes al Sector A del Cesfam Quinta Bella. Esta carta fue confeccionada en forma conjunta entre el equipo de la CC, el director del consultorio, y la Municipalidad. Una copia de esta carta se encuentra en Anexos 8.3.

Con esta estrategia de difusión, se logró ir gradualmente aumentando el número de llamadas entrantes. Sin embargo, resulto siempre más significativo el número de

llamadas efectuadas por la CC que las recibidas por ésta. En este aspecto, se puede mejorar aun, ya que en los meses que duró el plan piloto, no se logró aumentar en forma importante la cantidad de llamadas recibidas por la CC. La hipótesis que se maneja para justificar este fenómeno, tiene sustento en la mala experiencia previa con la "línea 800", la cual pretendió ser una forma de comunicación con los pacientes y terminó siendo un fracaso rotundo, coartando al mismo tiempo, la confianza de los pacientes en la efectividad del contacto telefónico.

### **3.14 Actividades Realizadas por la Central de Coordinación**

Como se detallo en el capítulo 3.5, la implementación de la Central de Coordinación se realizó en forma gradual, comenzando por el Sector A del consultorio, para luego expandir la operación a los otros sectores. Al mismo tiempo, la inserción de las funciones a realizar por la CC fue también gradual. A continuación, se detallan las funciones desarrolladas por la CC durante el plan piloto, en el orden en el cual fueron siendo implementadas.

#### **3.14.1 Actualización de datos de pacientes**

Ya al momento de comenzar a contactar a pacientes por vía telefónica, se detectó que la gran mayoría de los datos de contacto no se encontraban actualizados o no eran completamente veraces. Para enriquecer la información existente en la base de datos de pacientes, se realizó una campaña de actualización de datos, la cual consistió en distribuir entre los pacientes un formulario a completar con la información de contacto (el formulario se encuentra en Anexos 8.4). Boletín que luego sería entregado por el usuario en la ventanilla del sector al que corresponda. Estos formularios de actualización fueron luego digitalizados y la información fue cruzada con la base de datos de pacientes para actualizar los números telefónicos y direcciones de estos. Esta campaña logró actualizar los datos de cerca de **1300 pacientes**.

Los nuevos datos recopilados fueron utilizados para contactar a los pacientes y difundir la Central de Coordinación. Para esto, se llamo a todos los pacientes que actualizaron sus datos, corroborando estos, y a la vez dando a conocer el nuevo servicio que se encuentra disponible para ellos. La idea perseguida fue, por un lado difundir la CC, al mismo tiempo que se ganaba la confianza del paciente, mostrándole que los datos que actualizó fueron ingresados a la base de datos, y que por tanto, sería efectivamente contactado, en caso de ser necesario, en el futuro.

#### **3.14.2 Avisar la llegada de los resultados de exámenes de laboratorio**

Una de las preocupaciones existentes en el consultorio, era la cantidad de exámenes médicos que se realizaban, y que posteriormente no eran retirados por los pacientes, produciendo múltiples perjuicios. Por un lado, los exámenes vencen, perdiendo su validez como instrumento médico, por lo que se pierde un recurso escaso, y por otro, más importante aún, los pacientes no asisten a control médico con sus exámenes, por lo que no pueden recibir los tratamientos en forma oportuna.

Es por eso, que en un comienzo, se llamo a todos los pacientes cuyos exámenes no habían sido aun retirados. A medida que fueron agregándose nuevas funciones a la

central de coordinación, fue disminuyendo la cantidad de llamadas para avisar la llegada de todos los exámenes, comenzando a llamar únicamente a los pacientes cuyos exámenes se encontraron alterados.

Para identificar cuando un examen se encuentra alterado, y por lo tanto es necesario comunicarse con el paciente para asignarle una hora médica, se confeccionó un procedimiento en conjunto con un equipo médico, el cual se encargó de la revisión de estos. De esta forma, los exámenes son, primero revisados por un médico, quien determina que pacientes deben ser contactados, y estos son llamados por personal de la CC para pactar una hora médica para la revisión de su examen en conjunto con un profesional. El procedimiento detallado de llamadas a pacientes para retiro de exámenes, a modo de ejemplo del manual de procedimientos confeccionado, se encuentra en Anexos 8.5.

### **3.14.3 Cambios de horas**

Una de las principales causas de la disconformidad de los pacientes con el servicio prestado por el consultorio, ocurre en las oportunidades en que estos concurren al consultorio para recibir su atención, en la fecha y hora señalada, pero no son atendidos. Esta anomalía ocurre principalmente por ausentismo de los profesionales, el cual muchas veces es conocido con anticipación (reuniones, licencias médicas, etc.), pero no se comunica oportunamente al paciente.

Es por esto, que una de las principales funciones de la CC es avisar a los pacientes de cambios en sus horas previamente pactadas. Para esto, la CC recibe un requerimiento desde la dirección del consultorio o directamente del profesional que se ausentará (previa autorización de dirección), indicando el (los) días y hora(s) en los cuales se no presentará a sus funciones. En conjunto con dirección, el personal de la CC evalúa la posibilidad de asignar a otro profesional a esos pacientes, de forma de solucionar el inconveniente sin transmitir éste a los usuarios. En caso de que no sea posible solucionar el inconveniente reasignando a los pacientes, se procede a llamar a los usuarios, avisándoles acerca de la imposibilidad de ser atendidos en la fecha y hora pactada, y ofreciéndoles la posibilidad de tomar una nueva hora en los días y horas que se encuentren disponibles en la agenda del mismo o bien de otro profesional de la misma especialidad.

### **3.14.4 Solicitud de horas por vía telefónica**

“La adquisición de una hora de morbilidad representa un alto costo no monetario para el paciente, ya que es necesario llegar al consultorio cerca de las 7 am para solicitar una hora, y estas son agendadas solo para el mismo día. Esto representa el inconveniente de que, en el caso de no obtener una hora, el viaje al centro de salud fue en vano. Al mismo tiempo, el paciente siente incertidumbre de conseguir hora, debido a que los cupos son acotados y entregados por orden de llegada, haciendo que el paciente sienta la necesidad de llegar aun más temprano al consultorio, aumentando su nivel de estrés.” (Universidad de Chile, 2011)

Como se identifico en el diagnostico, y se corroboró con los resultados de la encuesta aplicada, junto con el proceso de interconsulta, el principal descontento de los usuarios

con la APS se debe a la toma de hora de morbilidad. Para hacerse cargo de esta necesidad de los pacientes, la CC permite la solicitud de horas médicas de morbilidad el día anterior por vía telefónica, pero limitándose únicamente, al menos por el momento, a los pacientes menores de 5 y mayores de 65 años, quienes son los pacientes más vulnerables. La razón de esta restricción, se debe a la cultura existente, la que impide eliminar de un momento a otro la entrega de horas médicas en la mañana, y al mismo tiempo, en caso de entregar libremente las horas por vía telefónica, se corre el riesgo de dejar a pacientes que lleguen en la mañana sin horas disponibles. Se espera ir relajando gradualmente la restricción de edades, para en el mediano plazo, entregar la mayor cantidad de horas de morbilidad por la vía telefónica, disminuyendo el costo que implica al paciente el hacer una cola en la madrugada para asegurar una atención médica.

Así mismo, se permite a los pacientes solicitar por vía telefónica horas para todos los especialistas de los programas existentes (no morbilidad), evitándoles el tener que dirigirse a la ventanilla de su sector en el consultorio para agendar una hora. A pesar de esto, la mayoría de las horas siguen otorgándose en forma presencial, ya que se solicitan al momento de salir del control anterior, por lo que no se requiere de un viaje adicional al consultorio para solicitar hora para una próxima atención.

### **3.14.5 Confirmación de horas con posibilidad de cancelación y reagendamiento inmediato**

“...las horas de programas médicos son agendadas, en general, con dos meses de anticipación. Sin embargo no existe un mecanismo de confirmación de la citación, por lo que no hay un recuerdo al paciente sobre su hora ni la posibilidad de prever una inasistencia... El ausentismo de los pacientes de programas es de un 27% en promedio, mayor que el 9% que se registra para pacientes de morbilidad en los CESFAM Recoleta y Quinta Bella.”(Universidad de Chile, 2011)

El diseño del servicio de confirmación de horas busca, entre otras cosas, disminuir la tasa de ausentismo de los pacientes. Es con ese foco que se comienza a confirmar las citaciones, contactando al paciente el día anterior, de forma de confirmar la hora o, en caso que el paciente avise que no asistirá, poder reagendarla rápidamente.

Se comenzó confirmando únicamente las citaciones de horas médicas, ya que es en la agenda de estos profesionales donde se observa una menor disponibilidad. Posteriormente, y en forma gradual, se comenzaron a confirmar las citaciones con los demás profesionales.

En caso de que los pacientes manifiesten imposibilidad de asistir a su hora previamente pactada, esta queda disponible inmediatamente para ser utilizada por otro paciente. En tanto, quien canceló su hora tiene la posibilidad de agendar instantáneamente una hora para otra oportunidad, en caso de disponibilidad. De no existir disponibilidad en el corto plazo, el paciente es anotado en un registro de pacientes pendientes, a quienes se contacta para ofrecerles una citación al momento de que, en un día siguiente, otro paciente cancela su atención dejando así la hora disponible.

### **3.14.6 Orientación a usuarios frente a problemas o requerimientos de información.**

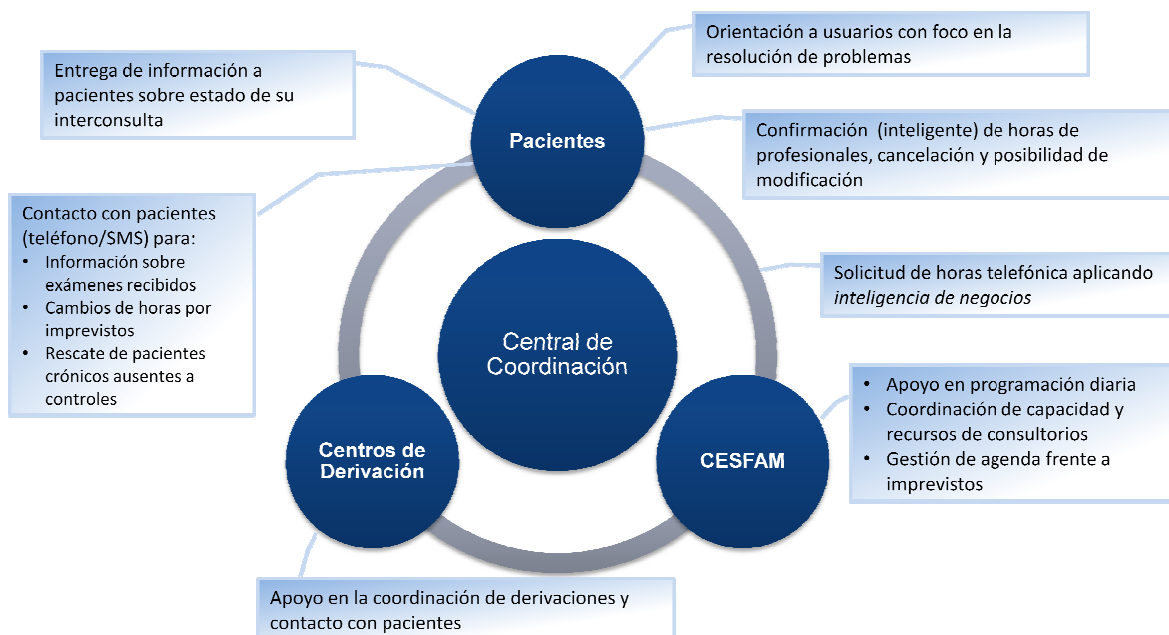
Una de las principales razones de las llamadas recibidas por la CC, es para obtener información sobre los servicios prestados en el consultorio o por la Red de Salud Pública. De esta forma, la CC busca entregar de manera remota información específica de los servicios de salud comunales, como programas, derivaciones, referencias y contra-referencias o consultas sin necesidad que el paciente asista presencialmente al centro de salud. En caso que el operador no disponga de la información para satisfacer el requerimiento del usuario, puede actuar como nexo entre el paciente y la entidad encargada, o bien, resolver el requerimiento del paciente y luego devolver el llamado con la información confirmada.

Se intentó documentar todas las preguntas de los pacientes, de forma de generar respuestas estandarizadas para sus requerimientos, sin embargo, debido a la gran diversidad y personalización de las consultas, siempre fue necesario agregar un nuevo caso, impidiendo la estandarización. Para esto, se apuntó a que las operadoras de la CC, tuvieran a su disposición todas las herramientas necesarias para obtener la respuesta que requiere el paciente.

### **3.14.7 Apoyo a la gestión interna del consultorio**

Como se desprende de todas las funciones anteriores, la CC se transformó en una entidad de apoyo constante a la gestión del consultorio. Partiendo por la administración de las agendas de profesionales, labor que ayudo al ordenamiento interno de la operación, a la vez que permitió visibilizar claramente cuáles son los principales inconvenientes. De esta forma, la CC trabajó en conjunto con la dirección del consultorio en la programación diaria, en coordinar y gestionar los recursos, y muy especialmente, en hacer frente a los imprevistos, que a pesar de los fuertes intentos por anticipar, se encuentran implícitos en los servicios de atención a usuarios, y especialmente en las atenciones de salud.

En la Ilustración 11, se muestran las funciones de la CC y como estas aportan a la interacción entre los distintos actores de la red de salud.



**Ilustración 11: Funciones e interacciones de la Central de Coordinación**

## **4 EVALUACIÓN DE LA CENTRAL DE COORDINACIÓN**

Como todo plan piloto, la implementación de la central de coordinación en el CESFAM Quinta Bella tiene como objetivo central la evaluación de la experiencia, obteniendo el aprendizaje que permita ajustar el diseño original a las nuevas necesidades identificadas y evaluar la posibilidad de replicar el concepto a mayor escala, de forma de observar en la práctica las potencialidades y beneficios que se esperaban a priori de la Central de Coordinación.

La evaluación de esta implementación se realizará en dos etapas, esperando abarcar todas las dimensiones relevantes. En primer lugar, se realizará una evaluación cualitativa, basada en las referencias de los distintos involucrados en el proyecto, para, posteriormente, mostrar los resultados cuantitativos que muestran a la central como una mejora en diversos aspectos de la operación del consultorio.

Debido al corto tiempo de operación de la central de coordinación, entre su puesta en marcha en el consultorio completo (abril 2012) y la elaboración de esta tesis, la repetición de la encuesta aplicada al comienzo de la implementación, esta vez como medio de evaluación de las diferencias en la percepción del usuario, no fue incluida en este trabajo de tesis.

### **4.1 Evaluación Cualitativa: Opinión de los Distintos Involucrados en el Proyecto**

Dada la reducida escala a la cual se implementó la Central de Coordinación, y el corto periodo durante el cual se operó con todas las funcionalidades, resulta sumamente importante para la evaluación de este plan piloto, la percepción que se crearon del proyecto quienes convivieron con la operación. Para esto, se han extraído extractos de informes presentados por dos de los principales interesados en el proyecto:

#### 4.1.1 Informe de consultores de comunicación para la acción

A continuación se presentan algunas anotaciones, presentadas por el equipo de consultores de ComunicAcción, expertos en comunicación para la acción, quienes acompañaron el proceso de implementación de la central de coordinación con el objetivo de proponer un modelo de capacitación para los equipos que replicarían este proyecto a mayor escala en el futuro:

- La Central de Coordinación se consolida como un agente de apoyo dentro del consultorio y se proyecta como una instancia de articulación con otros agentes de la salud pública sin perder su presencia dentro del consultorio.
- Esta marcha blanca ha instalado la necesidad de una central Comunal/regional/Zonal que dé un ordenamiento a los requerimientos que van más allá del consultorio. Establecer coordinaciones con otros consultorios, con el SAPU<sup>16</sup>, los Hospitales asociados a la red, FONASA, etc.
- Cada consultorio debe tener su propia central que trabaje en coordinación con la Central Superior, pero que se haga cargo de las especificidades del consultorio manteniendo el carácter cercano que ha logrado desarrollar en la implementación del proyecto. En este contexto es importante definir la forma de implementar el proyecto en otros consultorios, considerando población y cobertura geográfica.
- De acuerdo a lo conversado con el Director del consultorio y el equipo de implementación del proyecto, aparecen como beneficios en la marcha blanca del proyecto:
  - ✓ Normalización de los rendimientos. Ideal y máximo de atención.
  - ✓ Personificación de la atención, más allá de la ficha, que permite identificar al paciente.
  - ✓ Posibilita una acción preventiva, al permitir realizar un seguimiento de los pacientes con exámenes alterados.
  - ✓ Permite contar con información validada en torno a datos de los pacientes (actualización de datos fichas, exámenes, historial médico.)
  - ✓ Facilita el cumplimiento de metas sanitarias, debido a la posibilidad de coordinar mejor los recursos.
  - ✓ Posibilita un mejor manejo de crisis en eventualidades como: Jornadas parciales de becarios, distribución de box de atención, ausencia de médicos y reasignación de pacientes de acuerdo a las especialidades e idoneidades de los médicos.
  - ✓ Disminución de problemas en distintos agentes del consultorio (desde el Director hasta la persona que atiende en ventanilla).

---

<sup>16</sup> Servicio atención primaria de urgencia



- De acuerdo a lo observado y los conversado con los diferentes involucrados, se aprecian las siguientes dificultades:
  - ✓ Resistencia al uso de tecnologías de parte del personal del consultorio.
  - ✓ En el caso de la aplicación en otros consultorios se debe considerar la frustración producida por reiterados intentos fallidos de implementación de sistemas que ordenen, sistematicen y protocolicen el sector salud.
  - ✓ Siguiendo con lo anterior, en caso de replicar la experiencia, se deben considerar prácticas diferentes por cada uno de los consultorios.
  - ✓ No hay coherencia entre los datos recabados por la Central de Coordinación durante su operación y las demás bases de datos del Sistema Público de Salud.

(Consultora ComunicAcción, 2012)

#### **4.1.2 Evaluación Interna de la Dirección del CESFAM Quinta Bella**

La evaluación presentada a continuación, se basa en una entrevista realizada el día 28 de Junio de 2012 al Dr. Oscar Briones, director del CESFAM Quinta Bella durante todo el proceso abarcado por el proyecto.

Lo que primero se destaca de la Central de Coordinación, es su labor como bomberos, es decir, ayudando a apagar los incendios producidos por imprevistos en el consultorio, y logrando al mismo tiempo, que el impacto que se produjera en los pacientes fuera el menor posible. Esto se logra principalmente dando una visión general (macro) del Centro de Salud, permitiendo identificar rápidamente donde hay un inconveniente y entregando toda la información para tomar una decisión correcta y eficiente para mitigarlo. Así, es posible, por ejemplo, redestinar a un profesional que se encuentra con poca carga en un determinado momento, para apoyar a otro que se encuentre sobrepasado, es decir, se logra optimizar la gestión de los RRHH.

Dentro de las labores de la central, muchas ayudan a dar una impresión de que se considera o se toma en cuenta a los pacientes. El hecho de, por ejemplo, avisar telefónicamente a los pacientes de que sus horas fueron canceladas (o cambiadas), evita que el paciente se entere de estas noticias recién a su llegada al consultorio, lo que si bien no deja de producir desagrado, ayuda a la comprensión de la situación.

La estrategia elegida para la implementación fue positiva. El espíritu gradual de ésta, agregando un sector a la vez, permitió comparar el funcionamiento de un sector en el que ya se encontraba la central en funcionamiento y otro en el cual aun no se comenzaba a trabajar, mostrando claramente los beneficios que presentaba la CC en la operación. Al mismo tiempo que permitió copiar lo bueno y corregir los aspectos que no funcionaron adecuadamente. Por otra parte, la elección de un software sencillo, evitó el miedo de los funcionarios a enfrentarse a un sistema que no fuesen capaces de operar, disminuyendo la brecha digital existente y acortando significativamente los tiempos de adaptación y capacitación.

Sin dudas que existe un impacto positivo de la CC en la satisfacción de los usuarios externos (pacientes), sin embargo, el principal impacto se observa en el usuario interno

(funcionarios). Por lo tanto para evaluar a la CC es necesario considerar ambos aspectos.

Los resultados cuantitativos de la central es posible verlos en la disminución del número de reclamos. El cual bajo solamente a 2 en el mes de Abril, ambos relacionados con el trato recibido de parte de algún funcionario. Sin embargo, no es posible atribuir esta disminución únicamente a la implementación de la CC, ya que por tratarse de un año eleccionario, se poseen más recursos y es probable que eso también repercuta en mayor satisfacción usuaria.

Los aspectos en los que se debe mejorar, están relacionados con la sistematización de la información y la estandarización de todos los procedimientos, que son dos de las principales fallas en la salud en general. Actualmente, al no existir un sistema de ficha electrónica, la CC no puede entregar toda la información deseada a los pacientes, al mismo tiempo, que al no ser los procedimientos estándar, es difícil realizar indicaciones con absoluta precisión. Esto se suma a que las directrices establecidas por el Servicio de Salud y la Municipalidad no siempre apuntan en la misma dirección, por lo que se genera un desorden y una descoordinación importante entre los distintos actores de la Red de Salud. Es por esto, que el éxito absoluto de la CC se encuentra supeditado a las mejoras en otros aspectos de la Red de Salud, por ejemplo, que se estandaricen procedimientos como las derivaciones AUGE y otros.

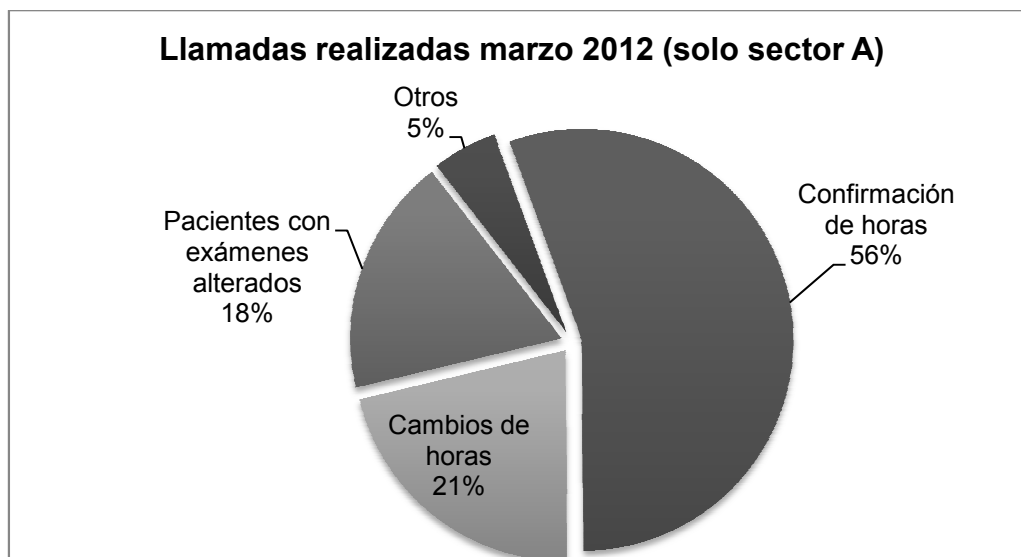
En resumen, la CC mostró funcionar y aportar en una experiencia micro, a la vez que sus potencialidades dan señales de que al aumentar sus atribuciones, coordinando varios consultorios simultáneamente, sus beneficios podrían ser muy superiores. Sin embargo, para que este potencial sea observado en la práctica, se requiere que la CC aporte en la coordinación de los distintos niveles de la Red de Salud Pública, y no únicamente a nivel APS.

## **4.2 Evaluación Cuantitativa**

Si bien la implementación de la Central de Coordinación consideró una operación de escala menor, solo un consultorio e implementado en forma gradual, y un periodo de solamente 3,5 meses, de los cuales solo el último consideró la operación en todo el consultorio, es posible cuantificar algunos beneficios reportados por la central que dan señas de su alta potencialidad a mayor escala y largo plazo. Los datos presentados a continuación corresponden únicamente a los meses de marzo y abril, ya que como se explicó en capítulos anteriores, el primer mes y medio, consideró principalmente preparación del consultorio para la operación de la CC.

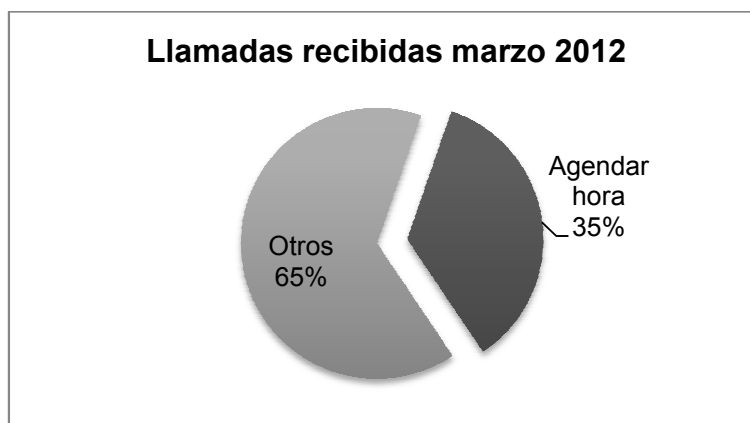
En el mes de marzo, en el cual se operó únicamente con pacientes del Sector A, se obtuvo un tráfico total de 1031 llamadas telefónicas (entrantes y salientes), de las cuales solo 68 fueron recibidas (llamadas entrantes), lo que corresponde a un 7%. Entre las 963 llamadas efectuadas por personal de la CC (llamadas salientes), 444 consiguieron efectivamente contactar al paciente buscado, lo que representa el 46% de las llamadas salientes. En las restantes 519 llamadas (54% de las llamadas salientes), no fue posible contactar al paciente, ya sea por que el teléfono estaba equivocado, o porque no existe.

Entre las llamadas salientes durante el mes de marzo, el 56% correspondió a confirmación de horas de los distintos especialistas, el 21% a cambios de horas y el 18% a llamadas a pacientes con exámenes alterados. El 5% restante se debió a diversas razones, como devolución de llamadas a pacientes que consultaron por información o solicitudes específicas de algún profesional.



**Ilustración 12: Desglose de las llamadas salientes durante el mes de Marzo de 2012**

En cuanto a las llamadas entrantes, el 35% tuvo como motivo la solicitud de una hora de profesional, y el 65% restante incluyó la solución de problemas de diversos tipos, así como las consultas por procedimientos de atención del CESFAM o información de programas del MINSAL.



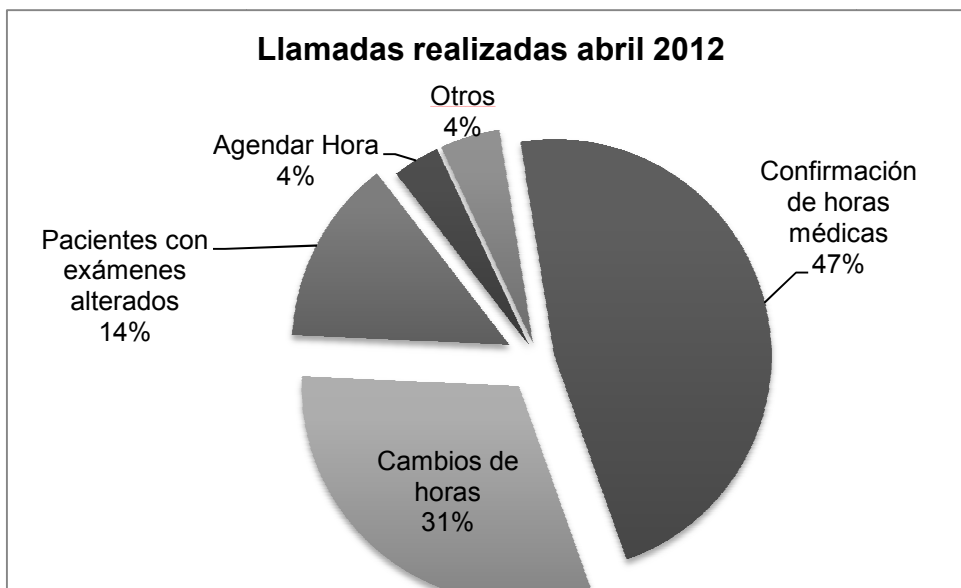
**Ilustración 13: Desglose de las llamadas entrantes durante el mes de Marzo de 2012**

Durante el mes de Abril, se incluyeron a la operación los otros 2 sectores del consultorio, y el tráfico total de llamadas alcanzó las 836<sup>17</sup>, de las cuales 65 correspondieron a llamadas entrantes (8%). De las 771 llamadas salientes, 427,

<sup>17</sup> La baja en el tráfico sufrida en este mes se debió a que por algunos imprevistos, no se contó siempre con el personal completo de la CC.

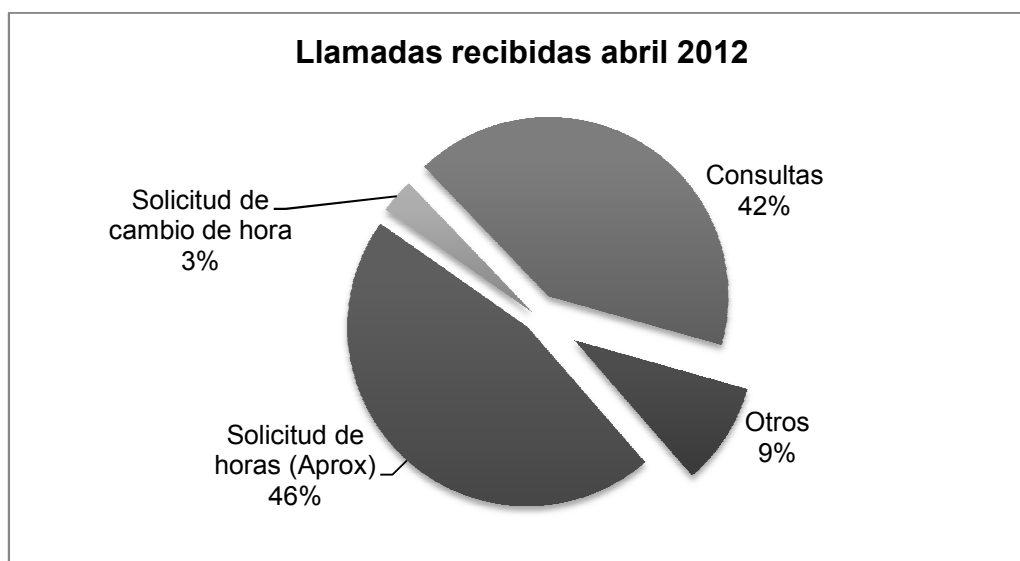
equivalente al 51% lograron contactar efectivamente al pacientes buscado. El alza en el porcentaje de contacto efectivo con respecto al mes anterior se atribuye al efecto de la campaña de actualización de datos mencionada en el capítulo 3.14.1.

El desglose de las llamadas salientes se observa en la Ilustración 14, y en él, se observa una alta similitud en relación al mes anterior, mostrando una tendencia de cuáles son las principales actividades de la CC en este sentido.



**Ilustración 14: Desglose de las llamadas salientes durante el mes de abril 2012**

Respecto a las llamadas recibidas, la causa principal continúa siendo la solicitud de horas de profesionales, con un 46%, además de las consultas por información en general, las que representan el 42% del total de llamadas entrantes. El restante 12% se reparte entre solicitudes de cambio de hora y otros requerimientos.



**Ilustración 15: Desglose de llamadas entrantes durante el mes de abril 2012**

En cuanto a los resultados que estas actividades generan en la operación del consultorio, es importante resaltar los siguientes aspectos:

- La tasa de retiro de exámenes de laboratorio (durante el mismo mes en que el examen fue realizado), aumentó desde un 19% de promedio en los meses anteriores, a un 30% en promedio entre marzo y abril. Esto repercute en un menor número de exámenes perdido producto de su vencimiento, disminuyendo una pérdida de recursos escaso, y permitiendo diagnosticar a los pacientes de forma oportuna y comenzando rápidamente sus tratamientos respectivos.
- Entre los meses de marzo y abril, se contacto telefónicamente a 228 pacientes para cambiar sus horas con profesionales. Esto evitó que esos mismos pacientes se enteraran de su cambio al momento de llegar al consultorio, eliminando la pérdida de tiempo que eso les general, disminuyendo una de las causas de la insatisfacción de los usuarios de la APS y dándoles una señal importante de que su consultorio los considera.
- En cuanto a la disminución del ausentismo producto de la confirmación de horas, se observa como el ausentismo en los pacientes del sector A disminuyó considerablemente mes a mes, comenzando en un 11,3% en febrero, a un 8,7% en marzo y a un 3,8% en el mes de abril. En el mes de a Abril se observa una caída también en el ausentismo del consultorio completo, lo que es producido por la disminución del Sector A y el comienzo de confirmación de horas en los otros sectores.

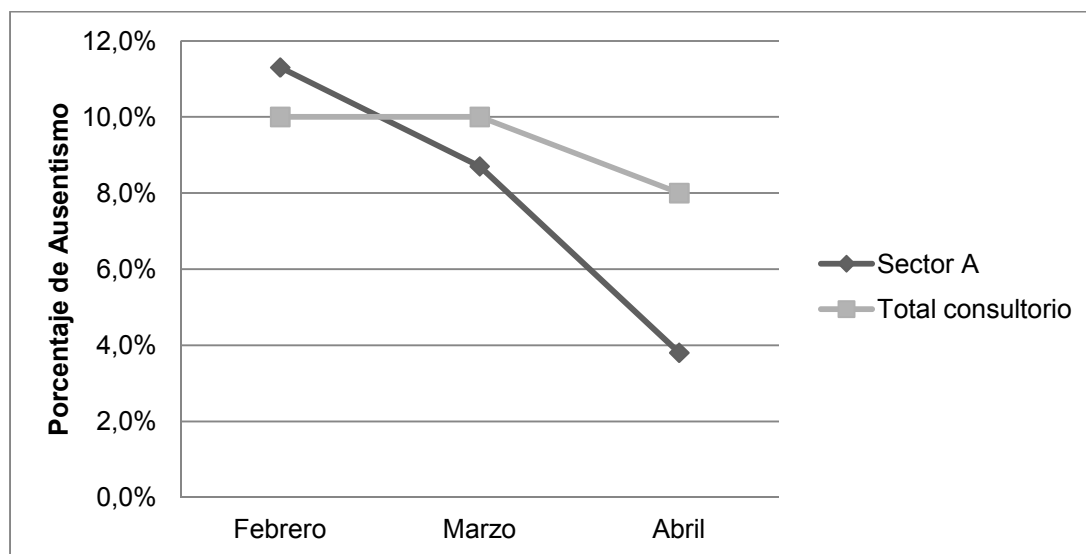


Ilustración 16: Gráfico de disminución del ausentismo en el Sector A v/s el Consultorio completo

- De las 64 horas de profesionales entregadas por vía telefónica, 52 corresponden a horas de morbilidad. Si bien es un número bajo, esto se debe a que la CC aun no es conocida por toda la población, además de que como se explico anteriormente, solamente se entregan horas de morbilidad por vía telefónica a menores de 5 y a mayores de 65 años, es importante considerar que a esas personas se les evitó realizar el procedimiento tradicional para solicitar una hora de morbilidad (llegar muy temprano en la mañana, hacer la fila y tener la

incertidumbre de alcanzar alguna de las horas disponibles). Por lo tanto, al lograr una mayor difusión de la CC entre los pacientes del consultorio y al reducir las restricciones para otorgar una hora de morbilidad por vía telefónica, este beneficio podrá llegar a muchos más usuarios.

En este punto es importante agregar, que uno de los principales temores existentes al entregar horas por vía telefónica era el aumento del ausentismo, sin embargo, se hizo un seguimiento a los 52 pacientes a quienes se les entregó una hora por esta vía, y solamente 3 de ellos (5,8% ) se ausentó a su hora. Este porcentaje es inferior al ausentismo habitual de las horas de morbilidad.

Finalmente, es necesario aclarar, que producto de los extremadamente básicos sistemas de información existentes, es sumamente complejo extraer indicadores y estadísticas que puedan mostrar otros aspectos en los cuales haya mejorado la operación del consultorio gracias a la implementación de la CC.

## 5 RECOMENDACIONES PARA REPLICAR EL PROYECTO

El aprendizaje logrado a través de la implementación de este plan piloto, y las conclusiones levantadas durante el proceso, permitieron a la Unidad de Modernización del Estado de la Secretaría General de la Presidencia, la confección de una estrategia de implementación del concepto de Central de Coordinación a mayor escala. Esta estrategia es considerada como una directriz a seguir, que permita adaptar la CC a las diferentes realidades de los consultorios y comunas del país. No se considera factible, la elaboración de un plan detallado de implementación, debido a la alta heterogeneidad en la realidad tecnológica, operación y procedimientos de los centros de la APS.

### 5.1 Requerimientos para una Central de Coordinación



Ilustración 17: Requerimientos para una Central de Coordinación

En primer lugar, es necesario reestructurar los requerimientos establecidos en el capítulo 3.2 de este informe.

**Sistema de información:** Los aspectos mínimos que debe considerar el software que se requiere para el correcto funcionamiento de la CC son:

- Agenda electrónica
- Ficha médica electrónica
- Posibilidad de generación de recetas para medicamentos internamente comunicadas con farmacia.

- Módulo que permita la gestión de inventarios de farmacia.
- Módulo especial para la toma de muestras de exámenes de laboratorio.

A su vez, el uso del software no debe representar una complejidad mayor, y la capacitación necesaria debe ser mínima, debido a que el personal actual, en un porcentaje importante, no posee formación en temas computacionales

El software debe permitir la captura de datos e indicadores que se transformen en información útil para la gestión, a la vez que permita la generación de reportes estándar como los REM<sup>18</sup> o los requerimientos del “Bajo Control”<sup>19</sup>.

Al mismo tiempo, el sistema de información debe poder ser operado vía web, o en su defecto a través de la red local, pero con conexión a la web para permitir la interconectividad con otras entidades relevantes de la Red de Salud Pública como FONASA y centros de derivación o con el Registro Civil para corroborar datos de los pacientes.

**RRHH y proceso de inserción/capacitación:** El requerimiento de personal debe cumplir con un perfil orientado al cliente y altamente motivado, al mismo tiempo que no debe resultar chocante con la realidad del consultorio, ya que como se explicó antes, para importante del posible éxito de la CC se debe a la sólida inserción en el consultorio.

Previa a la instalación de la Central de Coordinación, se requiere un trabajo de inserción que dote de sentido el trabajo del equipo y el consultorio. Esto busca instalar en todos los equipos el compromiso del trabajo con seres humanos que buscan el cuidado de su salud. Ante la integración de nuevas prácticas se requiere tanto de la realización de un taller específico, como de planificación de reuniones periódicas semanales. El taller busca alinear a todos los grupos de trabajo con el contexto donde se desenvuelve el consultorio y construir los protocolos específicos para las coordinaciones necesarias. Las reuniones periódicas buscan evaluar conjuntamente su implementación y realizar los ajustes necesarios para su mejor funcionamiento. Desde ahí se planifican intervenciones específicas. (Consultora ComunicAcción, 2012)

La capacitación del personal debe tener su foco, en entregar las herramientas para ser capaces de dar respuesta a los pacientes y para lograr una sólida integración al consultorio, todo esto basado en los conceptos de comunicación para la acción (Bell, 2011).

**Equipamiento:** En cuanto a equipamiento e infraestructura, los requerimientos no varían significativamente en relación a los presentado en el capítulo 3.2.1, es decir, una oficina apropiada para el personal de la CC, además de equipos computacionales para la Central y para todos los encargados de la relación directa con los pacientes en el

---

<sup>18</sup> Reporte Estadístico Mensual, es el reporte con el resumen de la operación mensual del consultorio solicitado por el MINSAL cada 30 días.

<sup>19</sup> Nombre que recibe el recuento de las atenciones médicas mensuales por parte del personal paramédico, procedimiento que tiene como objetivos identificar a los pacientes insistentes, verificar el cumplimiento de metas ministeriales entre otros.

consultorio. A su vez, se requiera también de una conexión a internet suficiente para mantener el software operativo y de una central telefónica que permita la salida a teléfonos fijos y celulares.

## 5.2 Enfoque del Escalamiento Recomendado

Para replicar el concepto de Central de Coordinación a mayor escala, se propone el desarrollo centralizado de un equipo encargado de facilitar la implementación en los consultorios. De esta forma, se recomienda trabajar en tres líneas paralelas, tal como se muestra en la Ilustración 18:

- Preparación de un Sistema de Información que cumpla todos los requerimientos especificados anteriormente. Sin importar si este es un software comercial, uno desarrollado por el mismo equipo, o una adaptación, lo importante es que cumpla los requerimientos y permita la flexibilidad para adaptarse a variaciones en los procedimientos de los distintos consultorios.
- Selección y capacitación de facilitadores que sea capaz de luego liderar la implementación a nivel de cada consultorio. Esta capacitación debe incluir como mínimo, el sistema de información, el modelo de comunicación y el funcionamiento de la Red de Salud Pública con foco en la APS.
- Preparación de consultorios para la implementación, desde el equipamiento de la oficina hasta el reclutamiento del personal que será encargado de operar la Central. Al mismo tiempo es necesario preparar al personal del consultorio para el ingreso de un nuevo equipo de trabajo.

Una vez desarrollado este equipo de facilitadores, se propone comenzar con la implementación en los distintos consultorios.



Ilustración 18: Enfoque de la implementación de la CC a mayor escala



### 5.3 Metodología de Escalamiento

El enfoque explicado en el punto anterior se enmarca en la metodología mostrada en la Ilustración 19, la que mantiene el foco de continuo aprendizaje con que se llevo a cabo el plan piloto, como medida para adaptar la CC a la alta heterogeneidad de los distintos consultorios. Cada una de las tareas esta explicada a continuación.

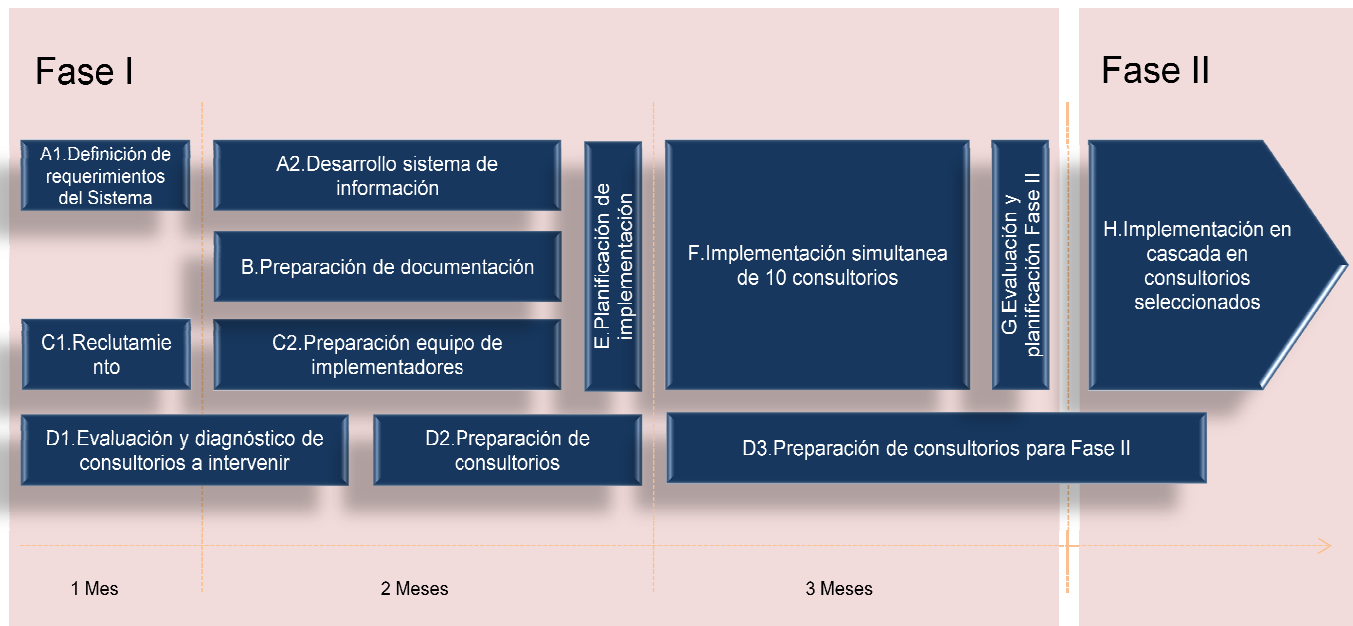


Ilustración 19: Metodología de escalamiento de la Central de Coordinación

#### A1. Requerimientos de software

Se recomienda realizar un estudio acabado del estado del arte en relación a los software de apoyo a la gestión de salud. Para esto se debe analizar los SW disponibles en el mercado, pagados y open source, y revisar experiencias en municipalidades con software pioneros (como el caso Colina, que desarrolló un software propio para sus centros de salud). Luego de este estudio, se debe definir que módulos debe abordar el SW, incluyendo lo detallado en el capítulo 5.1, y si se optará por comprar un SW existente, adaptar alguno, copiar alguna experiencia comunal o desarrollar uno propio. Cualquiera sea la elección anterior, se debe documentar los requerimientos detalladamente. En caso de que la opción elegida lo requiera, se debe realizar la actividad **A2. Desarrollo de SW**.

#### B. Preparación de documentación

Se debe preparar documentación que servirá como capacitación a los implementadores y como manual para las Centrales una vez instaladas, esto contempla documentación sobre:

- APS y modelo de salud familiar.
- Servicios y procesos prestados por los consultorios.
- Qué es una Central de Coordinación y que funciones cumple.
- Protocolos de ejemplo.

- Comunicación para la acción ← con apoyo del CNIC (Consejo Nacional de Innovación para la Competitividad).
- Proceso de inserción de una Central en el consultorio ← con apoyo del CNIC
- Sistema de información (manual detallado a nivel de usuario).
- Gestión del cambio tradicional o alguna otra visión sobre la cultura organizacional de los consultorios y como generar un cambio evitando las resistencias.

### **C1.Reclutamiento**

El reclutamiento corresponde a quienes se transformarán en los facilitadores para la posterior implementación de la CC en los distintos consultorios. El perfil de estos debe incluir capacidad de liderazgo, cercanía a las tecnologías de información, buena capacidad para lograr relaciones interpersonales y empatía, además de mostrar motivación por mejorar la atención brindada por la APS y vocación por el servicio público.

En caso de ser necesario, se requerirá además, el reclutamiento de desarrolladores de software.

### **C2. Preparación equipo de implementadores**

Los implementadores deben ser capacitados por alrededor de 1 mes intensivamente en los temas que fueron incluidos en la documentación.

#### **D1. Evaluación y diagnóstico de consultorios a intervenir**

Se debe evaluar para cada consultorio las brechas con los requerimientos básicos del modelo:

- Existencia de un lugar físico donde opere la central (si no hay, es factible construir/adaptar un lugar)
- Redes
  - Internet: ¿Cuentan con internet banda ancha? O ¿banda ancha móvil?
  - Teléfonos: ¿Hay teléfonos?, ¿Cuántas líneas?, ¿Central telefónica?
- Equipos
  - ¿Hay computadores?, ¿impresoras?, etc.
- ¿El Centro de Salud cuenta con personas que cumplan el perfil y que puedan ser re-ubicadas para trabajar en la central?

#### **D2. Preparación de consultorios**

En base a la brecha identificada en el punto D1, hacer un plan de trabajo con cada consultorio y monitorear la implementación de los requerimientos básicos necesarios para la operación de la central.

### **E. Planificación de la implementación**

Se debe realizar una calendarización de la implementación para cada consultorio, generar un plan de trabajo que incluya Carta Gantt con responsabilidades para quien sea el coordinador del proyecto de implementación en cada Centro de Salud.

#### **F. Implementación simultanea en 10 consultorios**

Se propone formar equipos conformados por 2 implementadores, los que trabajan liderando el proyecto de implementación de la Central de Coordinación simultáneamente en 2 consultorios de una misma comuna (debido a las similitudes existentes en la operación de consultorios de una misma comuna, no así entre consultorios de comunas diferentes).

#### **D3. Preparación de consultorios para fase II**

Al mismo tiempo que se implementa la Central de Coordinación en los primeros 10 consultorios, se debe trabajar en la preparación de los centros que serán intervenidos en la fase II de la metodología propuesta, de igual forma que se hizo con los de la fase I.

#### **G. Evaluación y planificación para la fase II**

Una vez implementada la Central en todos los consultorios considerados en la fase I, debe realizarse una evaluación completa del impacto que generó la intervención por medio de la Central tanto de cara a los usuarios de los consultorios y como al personal de los mismos. Adicionalmente se debe evaluar la metodología utilizada para rediseñar, re-documentar o modificar la estrategia con miras a la implementación de nuevos centros.

#### **H. Implementación en cascada de consultorios seleccionados.**

La implementación debe ser revisada de acuerdo al paso previo de evaluación y planificación. La implementación en cascada se refiere a replicar la metodología, es decir, mientras se está trabajando en la implementación en 10 consultorios, se está preparando a los siguientes consultorios para que cumplan con los requerimientos al momento de terminar con la etapa actual de implementación, y así sucesivamente.

## **6 CONCLUSIONES**

Una vez implementada la CC en todo el consultorio, llegó el momento de reclutar a un nuevo equipo que continuara operando la central, al mismo tiempo que se comenzó una evaluación detallada de todo el proceso de implementación. En esta evaluación se analizó primero la estrategia y todos los pasos seguidos, y se terminó con una visión macro de cómo la central responde a la realidad de la salud pública chilena.

### **6.1 Aspectos que Tomaron una Relevancia No Prevista en la Implementación**

En primera instancia, aparecen algunos de los factores que, no habiendo sido resaltados al momento de definir la estrategia de implementación, se volvieron sumamente relevantes durante la misma.

Desde el principio, se consideró fundamental seguir el modelo de comunicación para la acción (Bell, 2011), como herramienta en la relación con los pacientes, sin embargo, a medida que se avanzó con la inserción de la Central en el consultorio, fue mostrándose claramente la relevancia de este mismo modelo de comunicación, en la relación con los funcionarios del mismo consultorio (usuarios internos). Desde el punto de vista de lograr que los funcionarios depositaran su confianza en la CC, y de esta forma posibilitar el trabajo conjunto, el ciclo de comunicación y especialmente la gestión de los compromisos tuvieron una relevancia clave.

Otro aspecto no considerado inicialmente y que tomó relevancia al momento de trabajar en conjunto con los usuarios internos, hace referencia a los contextos de obiedad respecto de los procesos. Debido principalmente a la gran diversidad de formaciones que confluyen en el trabajo de un centro de salud, procedimientos que para algunos resultan lógicos, para otros no lo son. En ese sentido, la visión ingenieril y con baja formación en salud del personal de la CC, generó algunos conflictos en este sentido (para uno y otro lado), lo cual se debió solucionar sobre la marcha, y sin lugar a dudas es un aspecto a tener en cuenta en toda implementación, especialmente si esta es liderada por actores ajenos a la operación habitual de la organización a intervenir.

Finalmente, otro aspecto que fue sumamente importante en la implementación, fue el apoyo recibido de parte de la dirección del consultorio, lo que se manifestó como un respaldo incondicional y un empoderamiento de la Central. Esto fue fundamental en ganar la confianza de los funcionarios y en el exitoso proceso de inserción de la CC en el consultorio.

### **6.2 Cumplimiento de los Objetivos del Plan Piloto**

Desde el punto de vista del cumplimiento de los objetivos del plan piloto, en general, la implementación obtuvo evaluaciones positivas de todos los actores involucrados. Si bien es cierto que los resultados cuantitativos resultan poco significativos, en forma cualitativa es posible concluir que la experiencia cumplió las expectativas, ya que representó un apoyo importante a la gestión interna del CESFAM, a la vez de que entregó a los pacientes una vía de comunicación más humana y con un foco en la resolución de sus problemas. Por otra parte, como se muestra en el capítulo 5 de éste informe, la Secretaria General de la Presidencia, realizó una estrategia de escalamiento

del proyecto, basada en los buenos resultados obtenidos y en el aprendizaje logrado por este plan piloto. Por lo tanto, en general, se cumplieron tanto las expectativas en relación a los beneficios que genera la CC, como a la evaluación de las posibilidades de escalamiento.

Con respecto específicamente a la relación con el paciente, sin dudas que la CC representa un aporte, sin embargo, se considera incompleta la labor de generar entre los funcionarios del consultorio, un cambio en el paradigma en lo que al trato al usuario se refiere. Si bien la idea de la CC es justamente ser un gestor de las relaciones entre el consultorio y sus pacientes, para esto es necesario a la vez imponer el foco en la resolución de los problemas del paciente no solamente en el personal de la central, sino que también en cada uno de los funcionarios del consultorio. Lamentablemente esto no logró su consecución durante el periodo de implementación. Una manifestación de esta deficiencia es, por ejemplo, en que se continúa solicitando a los pacientes que se dirijan presencialmente al consultorio para realizar trámites que podrían, sin mayores inconvenientes, realizarse por vía telefónica. Por lo tanto, a modo de conclusión, se enuncia la necesidad de realizar, al momento de replicar este proyecto en otros consultorios, un trabajo importante para lograr este cambio de paradigma en todos los funcionarios del consultorio.

### **6.3 La Central en el Contexto de la Salud Pública Chilena**

Tal y como se encuentra diseñada la Red de Salud Pública chilena, esta requiere el trabajo conjunto de múltiples actores. Por un lado, el Ministerio de Salud, con su rol en relación a las políticas macro a nivel nacional y que se ramifica en los Servicios de Salud, que son los encargados de articular la red entre los distintos niveles de atención (primario, secundario y terciario) en las distintas zonas geográficas. Paralelamente son las municipalidades las que, en su gran mayoría, se encuentran a cargo de los centros de atención primaria. De esta forma, para un correcto funcionamiento de la Salud Pública, se requiere de un alto grado de coordinación entre estos actores. Hoy en día, no se observa esta coordinación al nivel deseado, donde básicamente se entienden como entidades completamente independientes a los centros de APS y a los hospitales, no observándose trabajo conjunto ni tampoco información compartida. En este contexto, la CC, como experiencia micro en un solo consultorio, si bien posee la potencialidad de mejorar la atención a nivel de APS, parece insuficiente como para realizar un cambio significativo en la baja coordinación observada en la red de salud. Es por esto, que como conclusión de ésta implementación, se propone la creación de una entidad encargada de articular la red en todos sus niveles, posiblemente a nivel de Servicio de Salud, de forma de catalizar los procesos que requieren de interacciones de la red, y que hoy no funcionan correctamente.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

Bell, C. (2011). Comunicación para la acción - Capacitación realizada en Consejo Nacional de Innovación. (R. Epstein, N. Maluenda, O. Bazán, & C. Saint-Pierre, Entrevistadores)

CNIC. (s.f.). *Consejo Nacional de Innovación para la Competitividad*. Recuperado el Mayo de 2012, de [www.cnic.cl](http://www.cnic.cl)

Consultora ComunicAcción. (2012). *Implementación Central de Coordinación consultorio Quinta Bella*. Santiago.

Flores, F., & Bell, C. (2011). Introduction to Practices for Managing Networks of Commitments.

FONASA. (2009). *Estadísticas de afiliación a sistemas de salud y demográficas*.

INE. (2011). *Compendio estadístico año 2011*.

Lefcovic, M. (2006). Superando la resistencia al cambio. *De Gerencia* .

MINSAL. (2011). *Buen Servicio y Calidad de Atención - Centros de Salud Primaria*. Santiago.

Parra S., A. (2005). CESFAM: Centro de Salud Familiar Comuna de Lo Prado. *Memoria de Proyecto de Título de la carrera de Arquitectura* . Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

Segpres. (2011). Focus Groups: Persepción de los servicios públicos.

Subjetiva, C. (2010). *Encuesta de satisfacción de usuarios con servicios públicos*.

Universidad de Chile, E. D. (2011). *Informe entregado al CNIC en el marco del proyecto "Mejora del sistema de Atención Primaria de Salud desde el punto de vista de la logística y la gestión de operaciones*.

## 8 ANEXOS

### 8.1 Anexo A: Encuesta calidad de servicio CESFAM Quinta Bella

La siguiente encuesta fue realizada a pacientes del consultorio, a la espera de ser atendidos, y que han visitado el consultorio en los 6 meses anteriores.

#### I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENCUESTADO

Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Edad: _____ (años cumplidos) Paciente <input type="checkbox"/> Acompañante <input type="checkbox"/> (Si es acompañante, edad del paciente _____(años cumplidos))
Sector del consultorio al que pertenece: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
¿Tiene el paciente controles periódicos?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Por qué? (Diabetes, 3ra edad, embarazada, etc.): _____
¿Cuál es la ocupación del paciente? <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Dueña de casa <input type="checkbox"/> Trabajador jornada completa (¿Cómo lo hace para venir al consultorio? _____) <input type="checkbox"/> Trabajador jornada parcial o independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> En este momento se encuentra sin empleo
¿Con qué frecuencia visita el CESFAM? <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada 3 meses <input type="checkbox"/> Cada 6 meses <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año

#### II. SATISFACCIÓN USUARIA

**Evaluación de los profesionales** ¿Se ha atendido con los siguientes profesionales?  
Evalúelos en una escala del 1 al 7

Servicio	¿Lo ha utilizado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Evaluación						
		1	2	3	4	5	6	7
Médico general	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Odontólogo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Ginecólogo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Matrona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Enfermera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Nutricionista	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7

Psicólogo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Asistente social	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7

**Evaluación de los servicios utilizados** ¿Ha usado los siguientes servicios? Evalúelos en una escala del 1 al 7

Servicio	¿Lo ha utilizado?	Evaluación						
Farmacia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Entrega de Alimentos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7
Toma de muestras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	3	4	5	6	7

**Infraestructura** Qué tan satisfecho está Ud. con:

Aspecto a evaluar	Evaluación						
Estado de conservación del edificio	1	2	3	4	5	6	7
Aspecto visual del edificio	1	2	3	4	5	6	7
La limpieza e higiene de los baños	1	2	3	4	5	6	7
La limpieza e higiene en general	1	2	3	4	5	6	7
La orientación aportada por los letreros y carteles dentro del CESFAM (señalética)	1	2	3	4	5	6	7
En general, que nota le pondría a las instalaciones del CESFAM	1	2	3	4	5	6	7

**Su relación con el consultorio** En escala de 1-7, evalúe su relación con el consultorio según las siguientes preguntas:

Aspecto a evaluar	Evaluación						
¿En qué nivel considera Ud. que en el CESFAM satisfacen sus necesidades de salud?	1	2	3	4	5	6	7
¿En qué nivel considera que el personal del CESFAM muestra preocupación por Ud.?	1	2	3	4	5	6	7
¿Cómo evalúa Ud. el trato que recibe de parte del personal del CESFAM?	1	2	3	4	5	6	7
¿Cómo evalúa Ud. la información que le entrega el personal del CESFAM?	1	2	3	4	5	6	7

**Procedimientos del consultorio** En escala de 1-7, ¿Cómo evalúa los siguientes procedimientos del consultorio?

Procedimiento a evaluar	Evaluación						
Hora médica de morbilidad.							
Hora a la que se agendan las citas (7:00 am aprox.)	1	2	3	4	5	6	7
Tiempo de espera para conseguir una hora (tiempo en cola)	1	2	3	4	5	6	7
Espera para ser atendido	1	2	3	4	5	6	7
Atención del profesional	1	2	3	4	5	6	7
Interconsultas (una vez que el paciente es derivado)							



Procedimiento para obtener una hora en el Hospital/CRS	1	2	3	4	5	6	7
Tiempo de espera hasta obtener la hora en el Hospital/CRS	1	2	3	4	5	6	7
Información que recibe sobre el estado de su interconsulta	1	2	3	4	5	6	7
Respuesta a problemas							
Capacidad del personal de dar soluciones (Ej.: Cuando falta un médico o el paciente perdió la hora)	1	2	3	4	5	6	7

**En escala de 1-7, ¿Cómo evaluaría ud., en general, la atención que recibe de parte del CESFAM?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

¿Que mejoraría?

---



---

### III. INFORMACIÓN GENERAL

**Comportamiento general del paciente** Conteste las siguientes preguntas relacionadas con su comportamiento relacionado al CESFAM

<p>Cuándo ud. necesita información del CESFAM, ¿Qué hace? (puede marcar más de una)</p> <p><input type="checkbox"/> Llama por teléfono al CESFAM</p> <p><input type="checkbox"/> Llama por teléfono a la Municipalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Visita el CESFAM ¿Qué zona? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>Cuando usted viene al CESFAM, ¿cuánto tiempo se demora en desocuparse? _____</p> <p>¿Debe volver nuevamente el mismo día? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Por qué debe volver? _____</p>
<p>¿En el último año, se ha atendido con un médico/clínica privado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta anterior es si, ¿por qué no utilizó el sistema público?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho tiempo de espera.</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento no se realiza en sistema público.</p> <p><input type="checkbox"/> Mayor confianza en profesional del sector privado.</p> <p><input type="checkbox"/> En ese momento cotizaba en una Isapre.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál? _____</p>
<p>¿Para qué servicios a recurrió al sistema privado? (puede marcar más de una)</p> <p><input type="checkbox"/> Exámenes</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugías</p> <p><input type="checkbox"/> Otros, ¿Cuál(es)? _____</p>
<p>¿En el último año, ha tenido problemas en el CESFAM? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es Sí, ¿Cuáles? _____</p> <p>¿Ha realizado reclamos escritos (formales)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿Recibió respuesta del CESFAM? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Quedó conforme con la respuesta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es no, ¿Por qué razón? _____</p>

#### Información de Interconsultas

<p>¿Ha sido Ud. derivado(a) a un hospital, o a otro centro de mayor complejidad, para la atención de un médico especialista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Fue Ud. atendido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuánto tiempo demoró en ser atendido? _____</p>
<p>En caso de que Ud. haya sido derivado(a), cuando requiere información sobre el estado de su interconsulta, ¿A dónde se dirige? (puede marcar más de una)</p> <p><input type="checkbox"/> Al SOME Central del CESFAM</p>

- A la OIRS del CESFAM
- Al Hospital o centro de derivación
- Consulta vía telefónica a la dirección del CESFAM
- Consulta vía telefónica al Hospital o centro de derivación
- Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- No conozco una forma de obtener información confiable

### Percepción del valor de una atención médica

¿Le ha pasado alguna vez que, teniendo una hora agendada, no pudo venir?

- Si     No

Si la respuesta es sí, ¿Por qué no pudo venir?

- Se le olvidó que tenía una hora.
- Tuvo un imprevisto de último momento.
- Ya no la necesitaba.
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Avisó con anticipación que no iba a venir?

- Si     No    ¿Cómo avisó? / ¿Por qué no avisó? \_\_\_\_\_

¿En los últimos 6 meses, han dejado de atenderlo cuando tenía una hora agendada?

- Si     No

Si la respuesta anterior es si,

¿Le avisaron con anticipación para que no fuera al CESFAM?  Si     No

¿Le informaron por qué razón no lo atenderían?  Si     No    ¿Cuál fue?  
\_\_\_\_\_

¿Le dieron la posibilidad de agendar una nueva hora inmediatamente?

- Si     No, tuve que ir otro día a pedir hora nuevamente

¿Cuánto tiempo se demora en llegar al CESFAM? \_\_\_\_\_ ¿Tiene que pagar locomoción?  Si     No

¿Tiene ud. teléfono?:  Celular     Red Fija     Recados

¿Tiene ud. acceso a internet?:  Si     No

¿Utiliza algún servicio de información telefónico Municipal o de Salud?:  Si     No  
¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Si el consultorio tuviera un servicio de información telefónico, lo usaría para (puede marcar más de una):

- Solicitar horas médicas
- Modificar/cancelar una hora
- Solicitar información sobre su salud
- Solicitar información sobre servicios del CESFAM
- Solicitar información sobre el estado de su interconsulta
- Consultar por resultados de exámenes



## 8.2.2 Anexo C: Ejemplo agenda de médico de Sector

**Especialista**

**Médico V**

**Fecha**

	viernes, septiembre 7, 2012					lunes, septiembre 10, 2012								
	Rut Paciente	Ficha Paciente	Nombre paciente	Telefono	Edad	Rut Paciente	Ficha Paciente	Nombre paciente	Telefono	E				
9:00:00	3747623-4	00009394	PAULINA SALAZAR PARRA	6290813	75	DM HTA	15159900-6	3149	JOSE DIAZ PEREZ	77872138				
	4370977-1	00020853	CELESTINA AGUILERA		80	DM HTA	6698208-4	00003376	RITA FARIAS PARRA	5016016				
	5064452-9	16030	gabriela meza	8845575	70	hta	5813427-9	00024961	HUGO BARRIGA C.	90245264				
9:30:00	2478228-K	00000966	GUILLERMIN MUÑOZ N		84	HTA	2932498-0	25334	ARTURO MOYA AL	6220364				
	9282540-K	00025490	MARIA PEREZ VIDAL		49	HTA	6979078-k	2811	era toro	6226647				
	3240341-6	2578	GRACIELA QUEVEDO	6292387	79	HTA DLP	9357356-0	00015555	EUGENIA REYES S	6291236				
10:00:00	2935811-7	00005137	ORLANDO PARRA ASTO	98450867	82	HTA	4001455-1	00000845	JULIO RETAMAL MI	8337201				
	3642661-6	00003345	JOSE TOLEDO TOLEDO	95502010	74	HTA	2864740-9	00003412	FRESIA DIAZ CAST					
	2506080-6	00002285	ADRIANA VALENZUELA	6218602 R	88	HTA	4296127-2	00001542	JOSE CAMPOS SU	90647152				
10:30:00	9951719-0	5471	maria moya		48	hta	2504354-5	00017266	GUACOLDA VASQU	4032893				
	14338609-0	27109	augusto zamorano	6212458			6221360-4	27141	Juana lastra	6228977 Escribir				
14:00:00	No hay atención													
						1674946-K	00018650	TEOBERTO SANTA	4557800					
						7369397-7	5087	PEDRO BARRUETI	56087314					
						6388787-0	00008983	MARIA GONZALEZ						
						5476647-5	00008563	MARIA BRITO BRIT	0					
						75750041-5	5796	ANA ADRIAZOLA	9806500					
						13835700-8	5330	JEANETTE LOBOS	8235863	Escribir				
						5221016-6	24469	LUCIANO ESPINOZ	6217234					
						8648472-2	00023518	MANUEL UBEDA S.	89241820					
						3428737-6	00014728	ALBERTO PIZARRO	3577010					

### 8.3 Anexo D: Carta enviada por la I. Municipalidad de Recoleta para comunicar a los vecinos la implementación de la Central de Coordinación



Recoleta, Febrero de 2012

Estimado(a) Vecino(a)  
Presente

Junto con saludarlo(a) afectuosamente, queremos contarles que hemos escogido su sector para implementar un nuevo servicio de comunicación con su Centro de Salud Familiar Quinta Bella.

Se trata de una nueva Central de Coordinación Telefónica, que le permitirá confirmar horas médicas, hacer seguimiento de pacientes crónicos que no han asistido a sus controles o aviso de recepción de resultados de exámenes de laboratorio. En el futuro esta central le permitirá a los pacientes agendar horas de profesionales telefónicamente, entregar información sobre servicios prestados por el CESFAM, entregar información sobre el estado de una interconsulta, entre otras funciones.

En una primera etapa, este sistema será implementado como un plan piloto en el cuadrante comprendido por Av. Américo Vespucio, Av. El Salto, Av. Recoleta y Pedro Donoso Vergara, correspondiente al sector A del CESFAM Quinta Bella. Se trata de una marcha blanca durante los meses de febrero y marzo, periodo en el cual las funciones serán incorporadas gradualmente.

Para dudas o consultas, les pedimos comunicarse al teléfono 575 05 51 donde podremos responder sus preguntas. Si lo prefiere, puede enviar un e-mail a [central@recoletasalud.cl](mailto:central@recoletasalud.cl), el que será respondido dentro de las 48 horas siguientes.

Por una mejor salud para todas nuestras vecinas y vecinos, mejoramos cada día para usted.

Afectuosamente,



  
**Sol Letelier G.**  
Alcaldesa de Recoleta

Plan Piloto Central Coordinación

## 8.4 Anexo E: Formulario de actualización de datos de pacientes

Estimado vecino: Para darle un mejor servicio, le pedimos que actualice sus datos de contacto para que podamos ubicarlo con mayor facilidad.

RUT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Teléfono y/o celular:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Estos datos son confidenciales y serán utilizados por el CESFAM solo para contactarlo en caso de que sea necesario entregarle alguna información importante para usted.

## 8.5 Anexo F: Ejemplo del manual de procedimientos confeccionado: Tratamiento de los exámenes de laboratorio y llamados a pacientes por esta razón.

### Recepción de exámenes desde el laboratorio

Cada día llegarán los exámenes desde el laboratorio, cuando eso pase, los pasos que se deben seguir son los siguientes:

Separar los exámenes que no están fuera de rango e ingresarlos a la planilla Exámenes

Tomar los exámenes que están fuera del rango y pedir al Dr. Del Sector correspondiente que los revise e indique quienes deben ser llamados para citarlos esa semana y quienes deben asistir a su control regular.

Los exámenes de pacientes que deben asistir a su control regular, deben ser ingresados a la planilla de igual forma que los pacientes con exámenes normales

Los pacientes que deban ser citados para esa semana, deben ser llamados según protocolo descrito en el punto 3.1.1.

### Llenado de la planilla Exámenes

Campo	Descripción	Valores posibles
RETIRADO	Indica si el examen ha sido retirado o no del CESFAM	Fecha de retiro <dd-mm-aaaa>/ blanco
INFORMADO	Indica si ha sido o no informado al paciente que su examen ha llegado. Entrega información de la comunicación con el paciente	Recado con _____ (con quien fue dejado el recado) Número equivocado/malo/ya no existe No tiene teléfono Informado No contestan
FECHA LLAMADO	Indica en qué fecha fue realizado el último llamado al paciente para comunicar que se ha recibido el resultado de su examen	Fecha de llamado <dd-mm-aaaa>/ blanco



Campo	Descripción	Valores posibles
RUT	Rut del paciente	Rut ingresado en formato 0000000-0 (sin puntos)
NOMBRE*	Nombre del paciente	<b>Campo auto-completado</b> por el sistema En caso de que aparezca #N/A, se debe ingresar a mano el nombre en el campo
TELÉFONO*	Teléfono del paciente	<b>Campo auto-completado</b> por el sistema En caso de que aparezca #N/A, se debe ingresar a mano el teléfono en el campo
N° DE PETICION	Número de petición del examen	Número de hasta 8 dígitos sin puntos ni guiones
FECHA EXAMEN	Fecha de la toma de muestra	Fecha de toma de muestra <dd-mm-aaaa>/ blanco
ALTERADO?	Indica si el examen ha sido catalogado como alterado por el médico que lo revisó	SI / NO / blanco

\* Los campos NOMBRE y TELÉFONO se llenan automáticamente al ingresar el RUT del paciente, en caso de que éstos no se completaran, significa que el paciente no está en la base de datos de pacientes activos del CESFAM. En esos casos es necesario buscar la información del paciente en otras bases de datos, como por ejemplo [www.sigges.cl](http://www.sigges.cl).

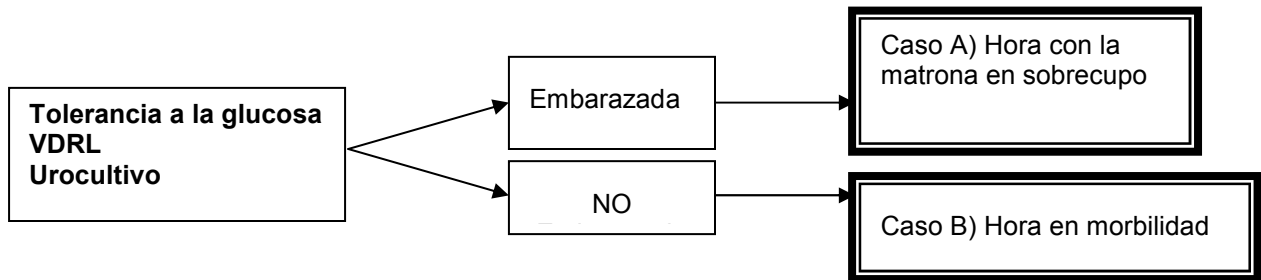
### **Comunicar que llegaron los resultados de los exámenes**

***Importante:***

*No dar resultados de exámenes por teléfono, solo informar que los resultados llegaron y los pueden venir a retirar.*

*Pacientes se asustan porque no están acostumbrados a que los llamen, así que hay que ser claro en que se llama solo para avisar, que es parte de un las nuevas funciones de la Central de Coordinación*

Se considera examen alterado si uno de los siguientes exámenes se encuentra fuera de rango



Otros exámenes fuera de rango deben ser consultados con un médico y revisar si el paciente es crónico (pertenece a programas) o no (en las fichas en el SOME).

El doctor debe determinar el caso.

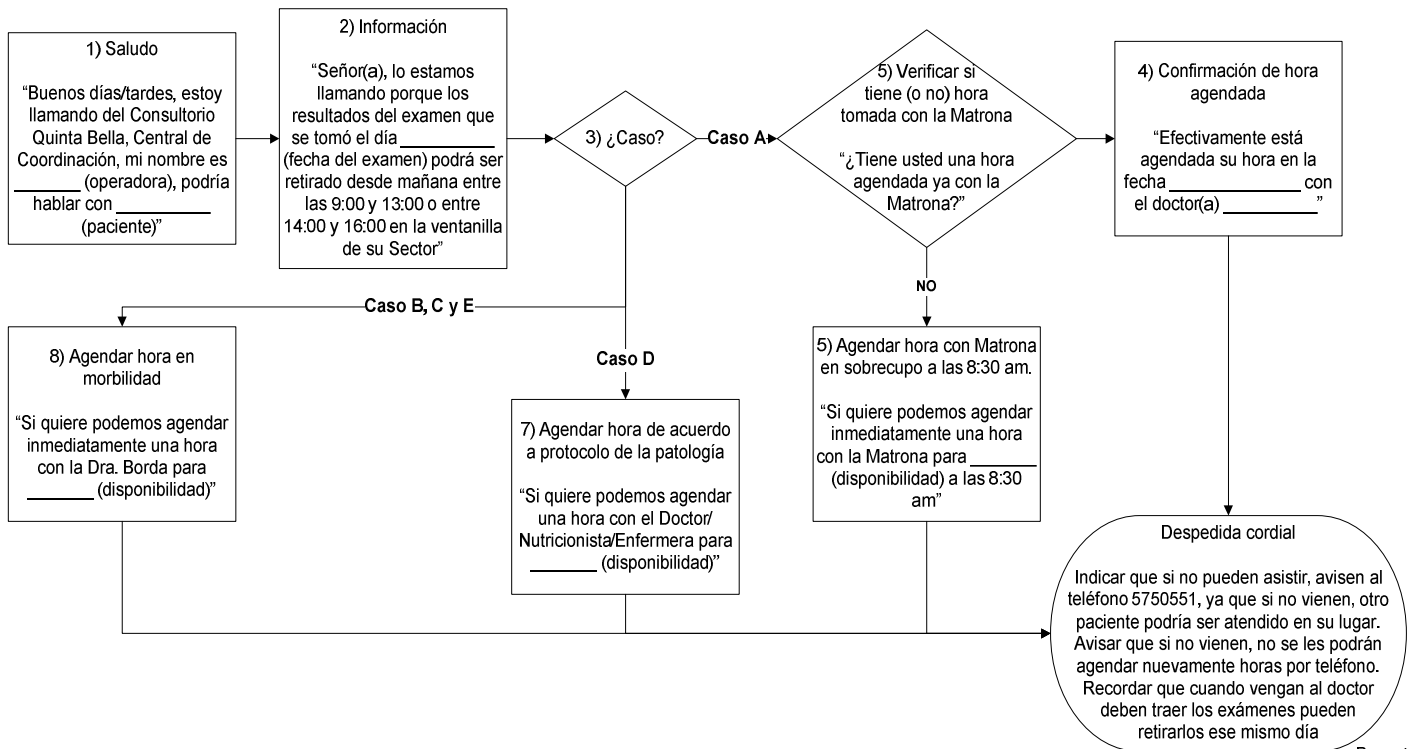
Caso C) Paciente crónico descompensado -> Hora en morbilidad

Caso D) Paciente crónico que debe asistir a su control de rutina -> Hora con médico del sector

Caso E) Paciente no crónico que requiere atención a la brevedad -> Hora morbilidad



### 3.2.1. Protocolo de llamadas a pacientes con exámenes alterados



### 3.1.2. Protocolo de llamadas a pacientes con exámenes normales

