



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

**ESTUDIO EXPLORATORIO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE
CENTROS DE SALUD FAMILIAR**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

MANUELA ISABEL MÁRQUEZ DOGLIOTTI

**PROFESOR GUÍA:
JOSÉ INOSTROZA LARA**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
LUIS ZAVIEZO SCHWARTZMAN
ANTONIO INFANTE BARROS**

**SANTIAGO DE CHILE
MARZO 2013**

ESTUDIO EXPLORATORIO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE CENTROS DE SALUD MUNICIPAL

El siguiente trabajo de título corresponde al estudio exploratorio de buenas prácticas en la gestión de Centros de Salud Familiar. Su alcance queda restringido a la exploración de tres prácticas específicas: “Gestión de la cola de farmacia” en el Municipio de Peñalolén, “Sistema de gestión de agenda” en el Municipio de Recoleta y “Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías” en un centro del proyecto Áncora de la Pontificia Universidad Católica de Chile en asociación con el Servicio de Salud Sur Oriente de Santiago y el Municipio de Puente Alto. Los objetivos del estudio son: explorar, analizar, caracterizar y sistematizar los procesos involucrados en la implementación de las buenas prácticas, determinando los factores claves de éxito. Por último, se busca hacer propuestas para la futura transferencia. La relevancia de este proyecto es que al ser la primera vez en Chile que se desarrolla una metodología para la transferencia de buenas prácticas, de ser exitosa, podría ser utilizada en otros campos de la gestión municipal.

Por otro lado, los antecedentes indican que se están haciendo diversos esfuerzos por aumentar la calidad de atención y la resolutivez de la Atención Primaria. Por lo tanto la hipótesis detrás de este trabajo es que hay un gran espacio para realizar transferencias de buenas prácticas entre centros comprometidos con el mejoramiento de su calidad de atención. La metodología contempla la exploración y recopilación de antecedentes conceptuales, la aplicación de un instrumento de levantamiento de buenas prácticas ya desarrollado por el Centro de Sistemas Públicos, la realización de entrevistas semiestructuradas, *focus group* y encuestas de satisfacción y análisis cuantitativo mediante simulación de sistemas de colas.

A partir de la exploración realizada, se obtuvo que el objetivo de la práctica implementada en el Centro Áncora era lograr la eficiencia en el tratamiento a pacientes crónicos a través de un cuidado integral y la priorización de las prestaciones médicas. En Recoleta se logró implementar una agenda digital concurrente, utilizando herramientas TICs gratuitas, que permite gestionar las horas médicas e incorporar el servicio de solicitud de horas vía telefónica. Por último, en Peñalolén se logró disminuir los tiempos de espera en la farmacia y mejorar la satisfacción usuaria gracias a la gestión interna de recursos humanos y a la utilización de software de gestión. En todas las prácticas se observa la necesidad de contar con liderazgo y mecanismos de aprendizaje, y todas ellas implican un cambio en el servicio entregado y en la cultura organizacional, por lo que es relevante la oportuna gestión del cambio que se desarrolle.

Finalmente, para la futura transferencia de estas prácticas se recomienda desarrollar previamente un mecanismo de control de gestión mediante indicadores que permita monitorear la implementación y evaluar los resultados de la práctica. También es relevante que los receptores de las transferencias cumplan con los factores “habilitantes” básicos para la implementación, como son entre otros: recursos tanto humanos como de equipamiento, software, disposición al cambio, compromiso por parte de la plana ejecutiva y liderazgo por parte de las personas que se encargarán de supervisar la implementación.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue soportado totalmente por el Proyecto "Sistema de Gestión del Conocimiento para la Transferencia de Innovaciones y Buenas Prácticas de Gestión entre Gobiernos Locales", D10I 1034, correspondiente Fondo de Fomento Científico y Tecnológico (FONDEF) de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICYT)" a cargo del Centro de Sistemas Públicos (CSP) de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile.

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	MOTIVACIÓN.....	1
1.2	ESTRUCTURA DEL INFORME.....	4
1.3	OBJETIVOS	4
1.3.1	Objetivo General.....	4
1.3.2	Objetivos Específicos.....	4
1.4	ALCANCES.....	5
1.5	DIFICULTADES PREVISIBLES	5
1.6	PROYECTO FONDEF “COLABORACIÓN PÚBLICA”	5
1.6.1	Descripción del proyecto	6
1.6.2	Prácticas escogidas.....	7
1.7	APOYOS INSTITUCIONALES	8
2	ANTECEDENTES	9
2.1	DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA.....	9
2.2	RED ASISTENCIAL	10
2.3	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).....	12
2.3.1	Reforma De Salud.....	12
2.4	CESFAM	13
3	MARCO CONCEPTUAL	14
3.1	PRÁCTICAS	14
3.1.1	Definición de práctica	15
3.2	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	17
3.2.1	Conocimiento.....	17
3.2.2	Creación, transformación y flujo de conocimiento	19
3.2.3	Etapas para la Transferencia	20
3.3	GESTIÓN DEL CAMBIO EN EL SECTOR PÚBLICO	22
3.3.1	Secuencia Genérica del Plan de Cambios en el Sector Público	22
4	METODOLOGÍA	25
4.1	EXPLORACIÓN Y RECOPIACIÓN DE ANTECEDENTES.....	25
4.2	DESARROLLO CUALITATIVO Y OBSERVACIÓN DIRECTA.....	25
4.3	ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	26
4.4	FOCUS GROUP O TALLER CON EXPERTOS.....	26
4.5	SIMULACIÓN DE SISTEMA DE COLAS	27
4.6	ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN USUARIA.....	27
4.7	SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES PARA TRANSFERENCIA.....	29
5	LEVANTAMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS	30
5.1	INSTRUMENTO PARA EL LEVANTAMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS	30
5.2	INFORMACIÓN PRELIMINAR: DIAGNÓSTICO GENERAL DE MUNICIPIOS DE PEÑALOLÉN, PUENTE ALTO Y RECOLETA.....	32
5.2.1	Indicadores Demográficos Comunales	32
5.2.2	INDICADORES SOCIOECONÓMICOS COMUNALES	34
5.2.3	INDICADORES DE SALUD.....	38
5.2.4	INDICADORES SANITARIOS.....	39
5.3	1º PRÁCTICA: GESTIÓN DE LA COLA DE EXPENDIO DE MEDICAMENTOS, PEÑALOLÉN	41
5.3.1	Información de Contacto.....	41
5.3.2	Contexto organizacional	41
5.3.3	Problema a resolver.....	42

5.3.4	Solución Planteada.....	44
5.3.5	Resultados	46
5.3.6	Ámbitos de Gestión involucrados en la práctica.....	51
5.3.7	Dificultades para la implementación.....	54
5.3.8	Factores “Habilitantes” Básicos para la Implementación de la Práctica.....	55
5.4	2° PRÁCTICA: CONSULTA ÚNICA PARA PACIENTES CRÓNICOS CON VARIAS PATOLOGÍAS, PUENTE ALTO.....	55
5.4.1	Información de Contacto.....	55
5.4.2	Contexto organizacional	56
5.4.3	Problema a resolver.....	57
5.4.4	Solución Planteada.....	58
5.4.5	Resultados	60
5.4.6	Ámbitos de Gestión involucrados en la práctica.....	61
5.4.7	Dificultades para la implementación.....	64
5.4.8	Factores “Habilitantes” Básicos para la Implementación de la Práctica.....	64
5.5	3° PRÁCTICA: SISTEMA DE GESTIÓN DE AGENDAS, RECOLETA	65
5.5.1	Información de Contacto.....	65
5.5.2	Contexto organizacional	65
5.5.3	Problema a resolver.....	66
5.5.4	Solución Planteada.....	68
5.5.5	Resultados	70
5.5.6	Ámbitos de Gestión involucrados en la práctica.....	70
5.5.7	Dificultades para la implementación.....	73
5.5.8	Factores “Habilitantes” Básicos para la Implementación de la Práctica.....	73
6	PROPUESTAS PARA LA TRANSFERENCIA DE LAS PRÁCTICAS	74
6.1	¿QUÉ COMPONENTES DE CADA PRÁCTICA SE DEBEN OFRECER A LOS FUTUROS RECEPTORES DE LA TRANSFERENCIA?	74
6.1.1	Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos, Peñalolén	74
6.1.2	Sistema de gestión de agendas, Recoleta	75
6.1.3	Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías, Puente Alto.....	75
6.2	¿QUÉ ÁMBITOS DE GESTIÓN CONSIDERAR EN LA TRANSFERENCIA?.....	75
6.3	INDICADORES DE EVALUACIÓN DE IMPACTO Y DESEMPEÑO QUE SE RECOMIENDAN PARA LA TRANSFERENCIA	77
6.3.1	Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos, Peñalolén	77
6.3.2	Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías, Puente Alto.....	78
6.3.3	Sistema de gestión de agendas, Recoleta	79
7	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
7.1	CONCLUSIONES	81
7.2	RECOMENDACIONES	84
8	BIBLIOGRAFÍA.....	87
8.1	DOCUMENTOS ESCRITOS	87
8.2	DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS	88
9	ANEXOS	A1

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Organización del Sistema Público de Salud.....	9
Ilustración 2: Tipos de Conversión del Conocimiento	19
Ilustración 3: 15 Etapas Genéricas para la Gestión del Cambio en el Sector Público	23
Ilustración 4: Diagrama de Instrumento de Levantamiento de Buenas Prácticas	31
Ilustración 5: Población Total Año 2012 de Peñalolén, Puente Alto y Recoleta	32
Ilustración 6: Comparación Pirámide Poblacional Puente Alto. 1992-2020.....	33
Ilustración 7: Proporción de consulta médica utilizada por adultos mayores. Peñalolén 2006-2010.	34
Ilustración 8: Proporción de población en situación de pobreza a nivel nacional, regional y comunal. Año 2009	35
Ilustración 9: Ingreso Promedio Monetario de los Hogares 2009	37
Ilustración 10: Composición del Ingreso monetario promedio por hogares según quintiles	37
Ilustración 11: Pregunta Encuesta de Satisfacción sobre Despacho de medicamentos.....	43
Ilustración 12: Pregunta Encuesta de Satisfacción tiempos de espera para retirar medicamentos	43
Ilustración 13: Línea de Tiempo de Implementación de la Práctica	46
Ilustración 14: Modelo de Simulación Sistema de Farmacia	47
Ilustración 15: Resultados Pregunta 1 Encuesta de Satisfacción Usuaría	48
Ilustración 16: Resultados Pregunta 2 Encuesta de Satisfacción Usuaría	49
Ilustración 17: Resultados Pregunta 3 Encuesta de Satisfacción Usuaría	50
Ilustración 18: Resultados Preguntas 4 y 5 Encuesta de Satisfacción Usuaría	51
Ilustración 19: Diagrama ilustrativo sobre la práctica Gestión de Casos	59
Ilustración 20: Porcentaje de Inasistencias de Horas de Morbilidad antes de la implementación de la práctica.....	67
Ilustración 21: Ejemplo de ciclo de comunicación Paciente- Central de Comunicaciones (CC)..	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Buenas prácticas seleccionadas	7
Tabla 2: Índice de Adultos Mayores 2002 - (Proy.) 2012	33
Tabla 3: Proporción de población en situación de pobreza a nivel nacional, regional y comunal (Peñalolén-Puente Alto-Recoleta). Año 2009.	34
Tabla 4: Ingreso Promedio de los Hogares 2009.....	36
Tabla 5: Población según sistema de Salud. Peñalolén, Puente Alto, Recoleta y RM.....	38
Tabla 6: Población en FONASA según nivel DEIS 2010 a nivel nacional, regional y comunal (Peñalolén, Puente Alto y Recoleta).....	38
Tabla 7: Población inscrita en Peñalolén para 2011, según centro de salud	39
Tabla 8: Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil año 2009	39
Tabla 9: Índice de Swaroop 2009	40
Tabla 10: Resumen ámbitos de gestión presentes en las tres buenas prácticas de gestión.....	76

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACHM	: Asociación Chilena de Municipalidades
APS	: Atención Primaria de Salud
APS	: Consultorio de Atención Primaria de Salud
CAAP	: Consultorios Adosados de Atención Primaria
CECOF	: Centros Comunitarios de Salud Familiar
CESFAM	: Centros de Salud Familiar
CORMUP	: Corporación Municipal de Peñalolén
CGR	: Consultorios generales rurales
CGU	: Consultorios generales urbanos
COSAM	: Consultorios de Salud Mental
CSP	: Centro de Sistemas Públicos
FONASA	: Fondo Nacional de Salud
FONDEF	: Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico
HH	: Horas Hombre
ISP	: Instituto de Salud Pública
MINSAL	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
SAPU	: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SEREMI	: Secretarías Regionales Ministeriales
SUBDERE	: Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo

1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de título consiste en el levantamiento, exploración y análisis de tres buenas prácticas en materia de gestión de salud en consultorios municipales, lo cual permitirá determinar factores claves para la buena gestión e identificar los elementos con mayor potencial de transferencia.

La investigación es parte de un proyecto FONDEF llamado “Sistema de Gestión del Conocimiento para la transferencia de innovaciones y buenas prácticas de gestión entre Gobiernos Locales” que está a cargo del Centro de Sistemas Públicos de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. La iniciativa será desarrollada en conjunto con el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) y la Asociación Chilena de Municipalidades, las cuales aportarán con información y gestionarán los permisos para el trabajo en conjunto con los organismos de salud seleccionados.

Es importante mencionar que el programa FONDEF promueve proyectos de “investigación aplicada” destinados a mejorar la competitividad del país y la calidad de vida de la población (FONDEF). Por lo que es requisito que los proyectos finalicen con un producto concreto y útil en funcionamiento.

Este proyecto tiene como propósito implementar un sistema de gestión del conocimiento para la transferencia de buenas prácticas de gestión en finanzas municipales y salud primaria que permita disminuir las brechas en los resultados de la labor de los municipios, mejorando sus índices de gestión y calidad de servicio. Entre los resultados esperados destacan: el diseño de un sistema de monitoreo que permita evaluar el comportamiento de las prácticas transferidas, el diseño y prototipo de una plataforma tecnológica de gestión de conocimiento y la generación de mejoras (medibles) en la gestión.

Este proyecto se basa en dos hipótesis claves, la primera, que es posible transferir mejores prácticas, innovaciones y nuevo conocimiento sobre la gestión municipal entre municipios y consultorios. Y la segunda hipótesis es que la transferencia de conocimiento e innovaciones puede mejorar los resultados de la gestión municipal. Estas hipótesis se basan en que los municipios son unidades comparables, ya que muchos de ellos tienen labores e ingresos similares.

La relevancia de este proyecto radica en que es primera vez en Chile que se desarrolla una metodología para la transferencia de buenas prácticas, en otras palabras, es una investigación pionera en el país. En consideración de lo anterior, de ser exitosa, podría ser utilizada en otros campos de la gestión municipal.

Además, de ser exitoso este proyecto, se puede contribuir a mejorar la gestión de los Centros de Salud Primaria municipales, con el beneficio que significa esto para la sociedad, y en particular, para los sectores con menos ingresos que reciben esta atención.

1.1 MOTIVACIÓN

"La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para

sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (Winslow, C. 1920).

De esta cita se desprende la importancia que tiene la Salud Pública en una sociedad. Existen problemas que pueden resolverse de forma individual, como cuando un médico trata a un paciente con gripe. Sin embargo, los grandes problemas de salud no se pueden tratar a nivel de individuos particulares, ya que son problemas que han escalado a nivel de la sociedad en su conjunto y por lo tanto deben resolverse con políticas públicas de prevención, detección, educación y control. Esto debe gestionarse a nivel de organizaciones o instituciones, las que están encargadas de definir, planificar, formular y financiar de forma centralizada las políticas públicas que permitan prevenir los problemas de salud y mantener a la población sana.

Los indicadores de Salud Pública normalmente utilizados para evaluar la calidad de las políticas públicas de los países, dejan a Chile en una buena posición. Chile tiene una baja tasa de mortalidad infantil (7.4 por mil nacidos, DEIS), una alta expectativa de vida al nacer (78.1 años, CIA), casi no existe desnutrición infantil (0.8% siendo el país con menos desnutrición en LA y el Caribe, UNICEF). Es decir, que a pesar de que Chile sea un país subdesarrollado, tiene altos índices de desarrollo en salud según los indicadores internacionales. A esto se suma que el acceso en el país está prácticamente resuelto, incluso para los sectores más pobres de la sociedad.

Sí son un problema la oportunidad en la atención, la calidad de los servicios públicos y la inequidad en el acceso a la salud (Beyer, 2002). Estos problemas provocan que exista un sentimiento de insatisfacción compartida en amplios sectores beneficiarios del sistema de salud, que sienten que sus necesidades no son cubiertas satisfactoriamente y que no tienen acceso a la Salud de forma equitativa (Beyer, 2002). De ahí surge la necesidad de implementar reformas al Sistema de Salud para acercarse a la población y mejorar la calidad de los servicios que se les ofrece.

Uno de los esfuerzos más significativos por cambiar esta situación fue la reforma de salud impulsada por el Ministerio para implantar en Chile el Modelo de Atención Integral. Este modelo buscaba cambiar el enfoque de la salud pública desde la óptica del tratamiento de enfermedades, hacia un enfoque basado en la prevención de enfermedades, en el cuidado de la salud y en la preocupación por el entorno familiar y social de las personas. Este enfoque fue postulado por George Engel en 1977 y recibe el nombre de “modelo biopsicosocial” (Borrel, 2002). Sin embargo, implementar este modelo teórico efectivamente en la práctica ha sido una tarea difícil.

La reforma le confirió la responsabilidad de concretar este modelo a la Atención Primaria de Salud (APS), ya que al ser el primer canal de entrada al sistema, es naturalmente la que debe encargarse de promover la prevención y preocuparse del cuidado integral de las personas y familias. De esta forma, la Atención Primaria adquirió un rol protagónico en la nueva visión de la Salud Pública.

Adicionalmente, la importancia de la APS radica en su gran cobertura, ya que al atender a gran parte de la población chilena (más de 32 millones de consultas médicas al año) es la puerta de entrada al sistema de salud público. Por lo que su buen o mal desempeño determinaría la

percepción de servicio que entrega el Estado. Es por esta razón que se puede presumir que cualquier mejora en la calidad de servicio de la Atención Primaria tiene el potencial de generar un gran impacto en la salud de las personas con la posibilidad de aumentar la satisfacción usuaria con el sistema de salud en general.

Lo anterior es lo que provoca la motivación del Ministerio por enfocar sus esfuerzos en mejorar la gestión de la atención primaria, lo que se ha materializado en un aumento paulatino de financiamiento para este sector. Este aumento de presupuesto a la APS tiene como finalidad aumentar la resolutivez de los Centros de Salud. Los recursos se transfieren bajo modalidades como el aumento del per cápita y en recursos destinados a la construcción de infraestructura.

Para tener una noción, el presupuesto para el año 2013 en Salud es de cerca de \$ 4.713 billones¹ (más de US \$ 9.500 millones), lo que representa un 15,6% del gasto fiscal. Esto se traduce en un 5,6% de crecimiento con respecto al presupuesto 2012 en Salud.²

Dentro de este presupuesto, la atención primaria representa un 23% del gasto en Salud, recibiendo más de US \$ 2.200 millones (un 8% más que el año 2012). Esta cifra se traduce en un Per Cápita Basal de \$ 3.452, es decir, un 36% superior que el año 2010.

Finalmente, dentro del programa de gobierno para este año, se considera la construcción de 32 Centros de Salud Familiar, con una inversión de US \$ 66 millones. Y se destinará presupuesto para potenciar una mayor resolutivez de la Atención Primaria, construyendo 10 unidades de atención oftalmológica, y aumentando el presupuesto destinado a la formación de nuevos especialistas a \$ 45.000 millones³.

En definitiva, existe una clara intención desde el Estado por fomentar la Atención Primaria, incrementar su calidad de servicio y fomentar su compromiso con la atención integral y preventiva.

En este contexto, y en la búsqueda de nuevos mecanismos para mejorar el desempeño de la Atención Primaria, el Ministerio de Salud se ha involucrado en el proyecto para el desarrollo de un “Sistema de Gestión del Conocimiento para la transferencia de innovaciones y buenas prácticas de gestión entre Gobiernos Locales” desarrollado por el Centro de Sistemas Públicos del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. Este proyecto tiene como objetivo incursionar en la transferencia de buenas prácticas utilizando como uno de sus pilotos la gestión en salud primaria.

La importancia de este proyecto es que si logra instalar en Chile un sistema formal para la transferencia de buenas prácticas de gestión, se podría mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de servicio de los distintos establecimientos mediante su vinculación con otros centros que ya hayan implementado prácticas exitosas y transferibles en su gestión.

Para tener una referencia, en el Reino Unido se estima que por cada libra invertida en mecanismos de vinculación o de transferencia, se obtiene un ahorro de 5 libras por concepto de

¹ Utilizando léxico anglosajón, i.e. 1 billón= 10^9 = 1.000.000.000 (mil millones)

² Fuente: <http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5844708.pdf>

³ El 2010 fue de \$ 15.000 millones.

mejoras en la eficacia y eficiencia de las distintas instituciones⁴. Es decir que este mecanismo ofrece la oportunidad de ser más eficientes en el uso de los recursos, debido a que sin necesidad de incrementar el presupuesto se podría mejorar la calidad de las instituciones mediante la transmisión de conocimientos entre las mismas organizaciones que conviven en la actualidad.

Las repercusiones de este proyecto son insospechadas, por lo que resulta vital su exploración mediante el presente estudio.

1.2 ESTRUCTURA DEL INFORME

La estructura del informe considera 8 capítulos, entre los cuales están incluidas la presente introducción y la bibliografía. Adicionalmente se incluye un capítulo de anexos que contiene información complementaria al informe.

El capítulo 2 incluye antecedentes levantados sobre el sistema de salud, la atención primaria y el funcionamiento de los CESFAM, haciendo un repaso de sus principales problemas. El capítulo 3 contiene una descripción de los conceptos que intervienen en la presente investigación, tales como la definición de práctica, buena práctica, gestión del conocimiento y gestión del cambio. Posteriormente, el capítulo 4 incluye todos los métodos/instrumentos utilizados para explorar exhaustivamente las buenas prácticas de gestión que abarca esta memoria. Luego, el capítulo 5 es el cuerpo central de este informe, ya que contiene el levantamiento detallado de cada una de las tres prácticas en estudio. Seguido de esto, el capítulo 6 describe las propuestas y recomendaciones para la transferencia luego de analizar las prácticas levantadas. Y finalmente, el capítulo 7 contiene las principales conclusiones del estudio.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

El objetivo general del presente trabajo de título consiste en explorar, analizar, caracterizar y sistematizar los procesos involucrados en la implementación de tres buenas prácticas en materia de gestión de salud en consultorios municipales, determinando los factores claves para la buena gestión. Obteniendo finalmente un conjunto de propuestas para las futuras transferencias.

1.3.2 Objetivos Específicos

Los objetivos específicos de este trabajo son los siguientes:

- Explorar y levantar los procesos de tres buenas prácticas en CESFAM seleccionados previamente por el Centro de Sistemas Públicos por su buena gestión, mediante criterio experto.
- Realizar un análisis de diagnóstico de cada municipio escogido para entender el contexto específico en que se desenvuelven las prácticas.
- Definir indicadores de evaluación de impacto y de desempeño para cada práctica.

⁴ Asociación de Gobiernos Locales del Este de Inglaterra, Improvement East Learning Lab; <http://learninglab.improvementeast.gov.uk/>

- Obtener un conjunto de propuestas para la transferencia de las prácticas seleccionadas entre consultorios municipales.

1.4 ALCANCES

Los alcances de esta tesis constituyen los límites a los que se restringe este estudio.

- Se realizará un levantamiento de las tres buenas prácticas en estudio. Este levantamiento no incluye un análisis cuantitativo del impacto que tiene cada práctica, ya que no fue posible obtener la información para esto en el período que contempla el estudio.
- Se definirán indicadores de evaluación de impacto y desempeño en torno a las Buenas Prácticas en estudio con el objetivo de ser un *input* para las futuras transferencias.
- La exploración de cada práctica se remite exclusivamente a los CESFAM seleccionados, ya que por los plazos del proyecto no fue posible entrevistar a otros actores involucrados.
- Se realizarán recomendaciones preliminares para el futuro sistema de gestión del conocimiento con el que se realizarán las transferencias.

1.5 DIFICULTADES PREVISIBLES

Las dificultades previsibles durante la realización del proyecto son las siguientes:

- Falta de colaboración de parte de municipios con el proceso de experimentación (levantamiento de prácticas)
- Falta de disponibilidad de parte del personal de los CESFAM para realizar entrevistas, debido a sobredemanda de los Consultorios en la época de desarrollo de la memoria.
- Inaccesibilidad a datos relevantes para realizar un análisis de impacto de las prácticas.

1.6 PROYECTO FONDEF “COLABORACIÓN PÚBLICA”

La investigación es parte de un proyecto FONDEF llamado “Sistema de Gestión del Conocimiento para la transferencia de innovaciones y buenas prácticas de gestión entre Gobiernos Locales”, denominado también “Colaboración Pública”, que está a cargo del Centro de Sistemas Públicos de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. La iniciativa será desarrollada en conjunto con el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) y la Asociación Chilena de Municipalidades, las cuales aportarán con información y gestionarán los permisos para el trabajo en conjunto con los organismos de salud seleccionados.

A continuación se entregan los objetivos del proyecto FONDEF “Colaboración Pública” y una breve descripción del proyecto, los cuales fueron extraídos de la Sección “1. Síntesis del Proyecto” del Formulario de Presentación del Proyecto.

El objetivo general del FONDEF es incrementar significativamente la transferencia de conocimiento efectivo y experiencias entre gobiernos municipales, provocando la optimización en su gestión y mejorando la efectividad y eficiencia en los servicios prestados por éstos.

Los objetivos específicos son:

- Generar la metodología, institucionalidad, procedimientos e incentivos que permitan masificar las mejores prácticas, innovaciones y tecnologías generadas en cada municipio.
- Aumentar la frecuencia y disminuir los costos de transacción en la transferencia de conocimientos.
- Mejorar la asignación de los recursos en los sistemas intervenidos y los índices de eficiencia, eficacia y satisfacción de los ciudadanos.
- Desarrollar una línea base con indicadores que permitan monitorear continuamente los potenciales de mejora en el sistema.

1.6.1 Descripción del proyecto

“En las últimas dos décadas, Chile ha potenciado el rol de los municipios como responsables de la entrega de servicios para la ciudadanía (aproximadamente 75). Sin embargo, esto no ha sido acompañado de una adecuada provisión de recursos financieros, humanos o capacidades de gestión.

Por otra parte, la red de municipios se caracteriza por su alta heterogeneidad en cuanto a las capacidades con las que cuentan. Por ejemplo, la Municipalidad de Maipú cuenta con 2.972 funcionarios, mientras que la I.M. de Timaukel con apenas 3. Esto redundando en grandes diferencias en la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios entregados.

Si bien en los resultados de la labor municipal influyen características extrínsecas (geográficas, socio-demográficas, otras) o asimetrías en ingresos financieros, las que no pueden ser intervenidas con herramientas de gestión, también influyen aspectos como la escasa transferencia de conocimientos intra e inter municipios, lo que sí puede ser abordado utilizando herramientas de gestión diseñadas acorde a la realidad, restricciones y recursos municipales.

Considerando lo anterior este proyecto propone la implementación de un sistema institucionalizado, eficaz, permanente y sustentable de identificación y transferencia de innovaciones y mejores prácticas, sistemas y procedimientos de gestión entre las diferentes unidades locales de prestación de servicios municipales a la ciudadanía, basado en la gestión del conocimiento.

Chile ha desarrollado iniciativas parciales para difundir mejores prácticas entre municipios mediante folletos impresos o páginas web, pero que no se han institucionalizado o no han tenido un proceso sustentable.

Por último, para la efectividad de un sistema de gestión del conocimiento y de transferencia de mejores prácticas, es fundamental la existencia de múltiples unidades que realicen labores similares pero con diferente efectividad. Es necesario aprender qué explica esas diferencias y cómo poder transferir las mejores prácticas. En una primera etapa, y a modo de piloto, este

proyecto se focalizará en el sistema de atención primaria de salud, dependiente de los municipios.⁵” (FONDEF, 2010)

1.6.2 Prácticas escogidas

El proyecto tiene como objetivo el diseño del proceso de experimentación del levantamiento y la transferencia de siete buenas prácticas en gestión en salud primaria y tres de gestión de financiamiento municipal, entre e intra gobiernos locales. (FONDEF, 2012, pp.4)

El proceso de identificación y selección de las buenas prácticas y los municipios asociados se realizó mediante un Panel de Expertos (uno para las prácticas de Salud y otro para las de Finanzas Municipales). En el caso de Finanzas el panel era integrado por la SUBDERE y ACHM. En Salud, lo integraba un equipo del MINSAL.

Finalmente, luego de la identificación de los ámbitos de interés, de las buenas prácticas asociadas a cada ámbito y de una selección y validación final, las buenas prácticas escogidas tanto en Finanzas como en Salud son las siguientes:

Tabla 1: Buenas prácticas seleccionadas

Área	Ámbito	Práctica
Gestión Financiera Municipal	Impuesto territorial	1. Integración de la Información del Impuesto Territorial
	Recolección de basura	2. Gestión de cobranza de los derechos de aseo (en el cobro por patentes y contribuciones)
	Servicios deportivos	3. Gestión Integrada de los servicios deportivos
Salud Municipal	Manejo de los inscritos en el CESFAM	4. Sistema de gestión de agendas o toma de hora
	Relación Hospitales – Consultorio	5. Implementar un “médico contralor de la interconsulta” del CESFAM
	Control de enfermedades (<i>case management</i>)	6. Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías
		7. Gestión del desarrollo psicomotriz infantil
		8. Manejo de pie diabético
	Gestión de Farmacias	9. Gestión de la cola de expendio de medicamentos en el consultorio.
	Uso de Tecnologías en el Modelo de Atención	10. Atención de SAPU con pesquisa y derivación de pacientes con riesgos clínicos a equipo de cabecera.

Fuente: Informe de la Experimentación. Proyecto Colaboración Pública. CSP. (Sección “3.2.2 Definición de las Buenas Prácticas”, pág. 37). Agosto 2012.

⁵ Posterior a la formulación del proyecto, se decidió incorporar tres prácticas en ámbitos de gestión financiera municipal.

1.7 APOYOS INSTITUCIONALES

Para el desarrollo del trabajo de título se contará con los apoyos institucionales que maneja actualmente el proyecto FONDEF en el cual se enmarca la presente investigación:

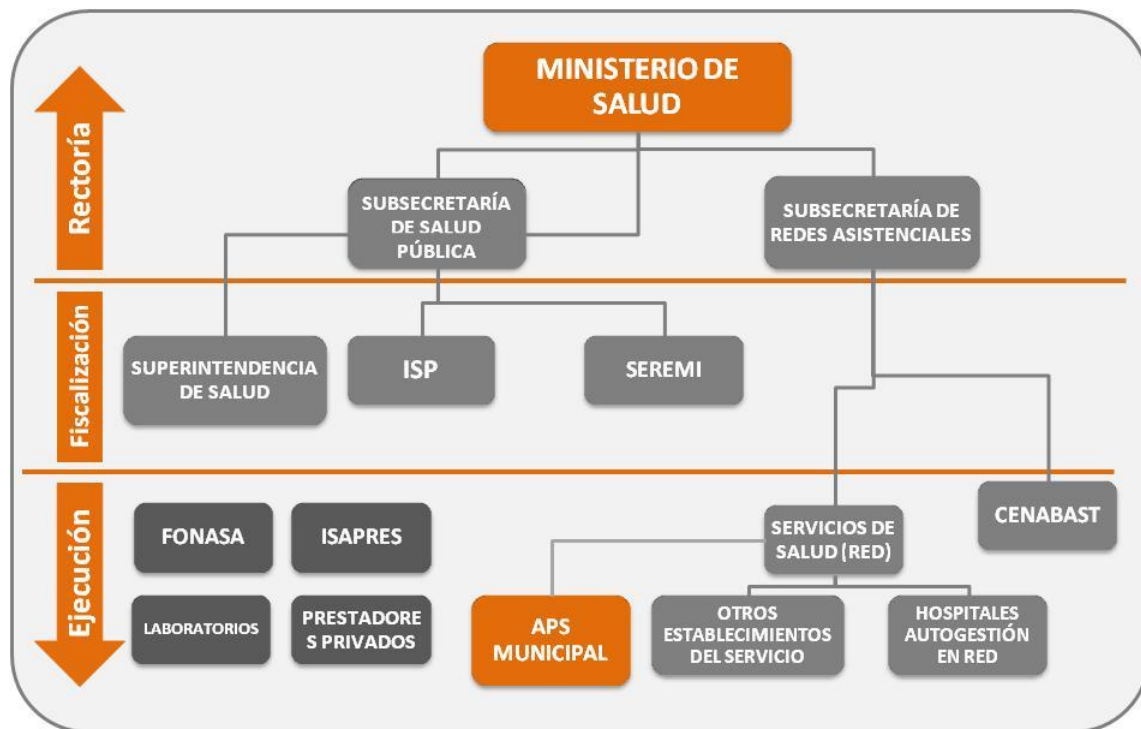
- CSP: Es el centro desarrollador del proyecto FONDEF. Su apoyo consistirá en entregar asesoría, supervisión, lineamientos y evaluación al proyecto de título.
- SUBDERE: Es el organismo mandante del proyecto.
- MINSAL: Institución asociada al proyecto. Su colaboración se basa en el apoyo como experto para las definiciones cualitativas en la investigación y también como proveedor de información, bases de datos y otros requerimientos de este tipo.
- ACHM: Institución asociada al proyecto. Su colaboración consiste en entregar facilidades para el acceso tanto a las municipalidades en que se desarrollará el levantamiento de prácticas como a las que serán receptoras de las transferencias. También facilitarán el acceso a información necesaria.

2 ANTECEDENTES

2.1 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

La organización del Sistema Público de Salud puede apreciarse en la Ilustración 1. El Ministerio está constituido por dos subsecretarías (S. de Salud Pública y S. de Redes Asistenciales) y por otras entidades independientes como la Superintendencia de Salud y FONASA.

Ilustración 1: Organización del Sistema Público de Salud



Fuente: Cuenta Satélite de Salud, Sector Público de Salud, 2003–2004. Minsal.

FONASA es un organismo público descentralizado que está encargado de coordinar la demanda de salud de sus afiliados y cancela las atenciones de salud utilizadas por estos a los respectivos proveedores de salud. Este seguro entrega la misma cobertura y beneficios a todos los afiliados, independiente de la prima que se cancele. El financiamiento de esta institución viene en parte de las contribuciones aportadas por sus afiliados y por otra parte del aporte fiscal que el Estado asigna a Salud. (Beyer, 2002)

Por otro lado, la Superintendencia de Salud es un organismo público, sucesor legal de la Superintendencia de Isapres, que inicia sus operaciones el 1 de enero de 2005 (MINSAL b). Las atribuciones de esta Superintendencia corresponden a la fiscalización tanto de FONASA como de las ISAPRES en el cumplimiento de las obligaciones que les impone la ley como Régimen de Garantías de Salud, los contratos y reglamentos que las rigen. También corresponde a esta institución la acreditación de los prestadores de salud públicos y privados como el cumplimiento de los estándares establecidos en las respectivas acreditaciones. (SUPERSALUD)

La Subsecretaría de Salud Pública es el ente regulador, normativo y fiscalizador del Ministerio, que se preocupa de asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud, en especial a los sectores más carenciados de la sociedad. De este organismo se desprenden el Instituto de Salud Pública (ISP), que es un organismo autónomo encargado de fiscalizar la calidad de los fármacos funcionando como Laboratorio Nacional, y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremi), que funcionan como la autoridad sanitaria regional. Cada Seremi está encargada por una parte de la implementación local de las políticas de salud, y el cumplimiento de normas y programas, como por otra, de fiscalizar en materias ambientales y sanitarias⁶.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales se encarga de la regular y supervisar el funcionamiento de las redes asistenciales (29 Servicio de Salud). Cada Servicio de Salud debe coordinar los establecimientos asistenciales que pertenecen a su territorio. Depende también de esa subsecretaría la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) encargada de satisfacer la demanda de medicamentos, implementos de salud, insumos y alimentos que requiere la red asistencial para cumplir con sus programas de salud.

Es importante destacar que en Chile, el sector Salud está constituido como un sistema mixto, debido a que conviven en éste tanto organismos públicos como privados⁷. El Sistema Público es el que predomina ya que atiende a cerca del 77% de la población chilena (FONASA).

Dentro de las funciones básicas del Sistema de Salud Público se identifican tres principales:

La primera es una función normativa, de regulación, supervisión y control, que cumple el Minsal mediante la elaboración de leyes y a través de sus organismos públicos dependientes (ISP, Superintendencia de Salud, SEREMIS y Subsecretaría de Salud). La segunda, es la administración del financiamiento, que lleva a cabo FONASA. Y la tercera, consiste en otorgar prestaciones de salud a través de la ejecución de programas de Salud Pública y la administración del sistema de salud estatal. Los encargados de esto son los Servicios de Salud.

2.2 RED ASISTENCIAL

Como ya se mencionó anteriormente, los establecimientos de salud en Chile se organizan en torno a una llamada "Red Asistencial", conformada por 29 Servicios de Salud, los que son coordinados a través de la Subsecretaría respectiva.

Cada red asistencial está constituida por establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, establecimientos municipales de la atención primaria y establecimientos públicos y privados que mantienen convenios con el Servicio de Salud.

Cada Servicio se encarga de definir el conjunto de prestaciones de salud que ofrece en su territorio, se encarga también de gestionar, articular y desarrollar la red de salud y de organizar las Direcciones de Servicios.

⁶ Fuente: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/seremi_funciones.html

⁷ Fuente: <http://www.seremisalud9.cl/seremi/sistema%20de%20salud%20en%20chile.html>

La Red Asistencial se rige por la premisa de que las prestaciones de salud se realizan a través de niveles de complejidad crecientes y complementarios. De este modo, se tiene que la Red Asistencial está dividida en Atención Primaria, Secundaria, Terciaria y en Urgencia Pre-hospitalaria.

Los centros de atención primaria agrupan a todos los establecimientos que atienden casos de mínima complejidad. Hay 880 centros⁸ de este tipo en todo Chile (INE, 2011), por lo que son la red de más amplia cobertura del sistema. La gran mayoría de estos está en manos de las municipalidades.

Los centros de atención secundaria atienden casos de complejidad intermedia. En esta categoría se encuentran el CRS (Centro de Referencia de Salud), CDT (Centro de Diagnóstico Terapéutico) y los CAE (Consultorios Adosados de Especialidades). Hay 68 de estos establecimientos a lo largo de Chile, y constituyen un sistema de cobertura media.

Por otro lado, la atención terciaria está conformada por la red hospitalaria del país. En Chile hay 144 hospitales públicos, los que se categorizan según su nivel de complejidad. La atención terciaria es por ende el sistema que atiende casos de alta complejidad y que tiene una cobertura reducida. Tanto la atención secundaria como terciaria debieran recibir solo derivaciones desde la atención primaria, excepto por las urgencias. Las urgencias pre hospitalarias entregan una asistencia integral y de alta complejidad y realizan derivaciones a los distintos niveles de atención del sistema.

Una de las principales funciones de la gestión de un Servicio de Salud es optimizar el desarrollo y coordinación entre los distintos niveles de atención de salud, logrando atender eficientemente a los pacientes a través de la atención primaria, atenciones de especialidad y hospitalizaciones de forma pertinente, con el menor costo y entregando el mejor servicio al paciente. La figura institucional creada para este objetivo es el Consejo de Integración de la Red Asistencias (CIRA), la cual es presidida por el Director del Servicio y tiene un carácter consultivo y asesor.

Uno de las principales deficiencias de la Red Asistencial es que los usuarios “se saltan” los conductos regulares que existen para la atención de salud. Los usuarios no acuden a la Atención Primaria para ser evaluados y luego derivados internamente, como debiese ocurrir, sino que acuden directamente a los hospitales ingresando como urgencia y obteniendo de esta forma un cupo para hospitalización⁹. En Chile, un 80% de las hospitalizaciones son generadas por los servicios de urgencia (siendo que lo recomendable es que sea un 40%). Esto provoca una saturación de la capacidad hospitalaria, con la consecuente dilación de las listas de espera de pacientes que vienen derivados desde la atención primaria¹⁰.

Este fenómeno tiene una explicación, y se debe en gran parte a la mala reputación del sistema de atención primaria, que según la percepción de los usuarios brinda una atención

⁸ Incluye establecimientos dependientes de Municipalidades y de los servicios de salud: Centro de salud urbanos y rurales, Centro de salud Familiar, Centro Comunitario de salud Familiar; Consultorio de salud Mental, servicios de atención Primaria de urgencia, y 122 consultorios adosados a los hospitales de mediana y baja complejidad.

⁹ O bien, los pacientes que asisten a la Atención Primaria presionan a los médicos para que se les derive a la atención Secundaria o Terciaria.

¹⁰ Fuente: Entrevista a Antonio Infante (ex subsecretario de Salud 2002-2005)

inoportuna, deficiente y poco resolutive, por lo que optan por atenderse en los servicios de urgencia¹¹.

2.3 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

La red de APS es la entrada al sistema de salud pública. Tiene una alta cobertura, con más de 32 millones de consultas médicas al año (FONASA, 2009), y posee 880 establecimientos de salud. Del total de Centros de Atención Primaria que hay en el país, estos se dividen en Servicios de Urgencias (SAPU), Consultorios (Consultorios generales urbanos, rurales y COSAM) y Centros (CECOF y CESFAM).

La red APS es administrada casi totalmente por las municipalidades, a diferencia del nivel secundario y terciario que son administrados por el Minsal a través de sus Servicios de Salud. El financiamiento de la APS municipal está determinado mayoritariamente por un aporte ministerial y es complementado con un aporte municipal. El aporte ministerial tiene dos mecanismos de pago: un aporte per cápita por beneficiario inscrito en los centros de salud de la comuna y un pago prospectivo por prestación (por programas de reforzamiento). El aporte per cápita puede variar por municipio según ciertos criterios de incremento (como el índice de pobreza, cantidad de adultos mayores, ruralidad, entre otros.) (FONASA, 2012)

Para tener una idea, en el periodo 2001-2004, el aporte ministerial financió el 71% del total del gasto de la Atención Primaria, lo que demuestra la importancia que tiene el financiamiento que entrega el propio Municipio complementando el aporte ministerial. (DESAL, 2008). El problema es que esto genera una inequidad en el servicio de salud entregado en los distintos municipios en función de la capacidad económica que tiene cada comuna. (Montero, 2011). Esta desigualdad de recursos podría explicar en parte la heterogeneidad en el desempeño de los Centros de Salud que se observa actualmente.

2.3.1 Reforma De Salud

El año 2005, el Minsal publicó un documento llamado “Modelo de Atención integral en Salud”, a través del cual se consolidaba un cambio al modelo de atención de salud que se venía implementando desde el año 1993 con la publicación del documento “De Consultorio a Centro de Salud” (Minsal, 2008)¹².

Hasta la publicación de esta reforma, el antiguo concepto de la Salud en el país estaba basado en el tratamiento de pacientes y enfermedades. El nuevo modelo cambia ese paradigma por un concepto de atención basado en el cuidado de la salud, con un énfasis en lo promocional y preventivo y con un enfoque familiar de los cuidados. Esto se traduce en un cuidado más integral de la persona, centrándose en su forma de vida particular y en su entorno familiar y comunitario. (Minsal, 2008)

Este cambio de enfoque se traduce en un rol más proactivo de los APS en cuanto a desarrollar un rol de promoción de la salud a lo largo de la vida de las familias.

¹¹ Fuente: Entrevista a Antonio Infante

¹² Hay que destacar que el Modelo de Atención Integral estuvo presente en los inicios del SNS (Servicio Nacional de Salud) en la década de los 50 y 60. Lo actual es una vuelta a ese modelo que se ha mostrado como el más eficaz en la APS.

Por ende, con el Modelo de Atención Integral se instaló como foco de atención la preocupación integral por las personas, con un enfoque en la prevención, en el seguimiento y continuidad del tratamiento hacia los otros niveles de atención (gerencia de la red) y en la gestión de la salud familiar y comunitaria.

La materialización de este modelo es la promoción por parte del Minsal de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), buscando que cada vez más consultorios se adapten a esta nueva metodología y se certifiquen como CESFAM.

2.4 CESFAM

Los CESFAM son establecimientos de salud que tienen la responsabilidad de entregar atención primaria con un enfoque familiar a la población de un cierto territorio municipal. Uno de los cambios que se implementaron fue dividir el territorio de cada CESFAM en distintos sectores (sector A, sector B, sector C, etc.), asignando a cada uno de los sectores de un equipo multidisciplinario exclusivo para ese grupo de familias, conformándose como su equipo de cabecera.

La implementación de equipos de cabecera para un grupo más reducido de familias tendría implicancias positivas tanto en la atención de salud como a nivel preventivo, ya que permite que los profesionales puedan conocer más profundamente a sus pacientes y hacer un mejor monitoreo de la realidad de cada familia.

El esquema de funcionamiento de un CESFAM consiste en un área de atención a mórbiles o enfermos (para el tratamiento de enfermedades agudas), un área de atención a sanos (Controles de Salud: Infantil, Adolescente, Adulto, Adulto Mayor, Programa de la Mujer, etc.) y un área de atención y monitoreo a crónicos (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Asma, etc.). Como áreas de soporte está el área de apoyo clínico (toma de muestras, tratamiento y curaciones, entrega de alimentos y medicamentos) y el área administrativa (que se encarga de gestionar el registro de pacientes, agendar horas, manejar los archivos, etc.)

Desde el punto de vista de la administración, prácticamente la totalidad de los CESFAM son responsabilidad de las municipalidades correspondientes. Como ya se mencionó anteriormente, cada municipio recibe una asignación desde el Minsal por cada inscrito en los centros de salud de su comuna (este per cápita tiene ajustes en función de variables como ruralidad, pobreza y porcentaje de adultos mayores). Además el ministerio financia programas específicos (campañas de invierno, programa de resolutivez). El monto ministerial es complementado con fondos municipales (Financiamiento Local a la APS) para conformar finalmente el presupuesto de salud comunal (FONASA, 2012), por lo que en este punto se generan diferencias entre las distintas comunas, debido a que los municipios con más recursos complementan el aporte estatal con un mayor porcentaje de aporte municipal. Esto ha provocado que los CESFAM tengan una alta heterogeneidad en la capacidad de gestión, eficiencia y calidad de su servicio, debido a que sus soluciones quedan limitadas a la factibilidad económica y política que permite la administración de la comuna correspondiente.

Entre otros problemas detectados en los CESFAM se pueden destacar: que en muchos Centros no existen sistemas informáticos que apoyen la gestión interna, como por ejemplo,

sistema de gestión de agenda, ficha médica, manejo de inventarios de farmacia, etc. De manera que en todos estos casos la información se maneja en registros de papel, lo que genera duplicidad de información, lentitud, imposibilidad de generar estadísticas, etc. Otro problema de los CESFAM es el alto costo (no monetario) para los pacientes que significa pedir una hora de morbilidad, ya que deben asistir muy temprano al consultorio para hacer la fila y muchas veces no pueden obtener una hora para el mismo día o la consiguen para la tarde, perdiendo todo el día en este trámite. Finalmente, se destaca otro problema del sistema de Atención Integral, que es la falta de agilidad en el sistema de interconsulta entre los CESFAM y el sector secundario o entre CESFAM y Hospitales (la espera promedio de una interconsulta del sector primario al secundario es de 20 días, y del secundario al terciario es de algunos meses). Si este sistema funcionara correctamente se crearían incentivos en la población para atenderse en primera instancia en su CESFAM, y no acudirían a los servicios de urgencia como ocurre actualmente.

El resultado es la crisis que afecta a la red de atención primaria municipal, reflejada en la creciente disminución del número de consultas en consultorios observada en varios municipios. Esto se debe a que estos centros no están respondiendo adecuadamente a las necesidades de la población, ya que el sistema es ineficiente, lento, no cuenta con horarios adecuados para la población trabajadora, existe una falta de especialistas, en muchos casos hay una nula proactividad hacia el usuario lo cual se suma a malos resultados sanitarios, con numerosas complicaciones en enfermedades crónicas por un seguimiento deficiente. Por esta razón, los usuarios privilegian la atención en los SAPU o en urgencias hospitalarias, saturando los sistemas de urgencia que no están diseñados para atenciones de este tipo¹³.

3 MARCO CONCEPTUAL

3.1 PRÁCTICAS

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) elaboró el año 2009 su Informe de Desarrollo Humano en Chile, La manera de hacer las cosas. Este informe se enfoca en analizar el efecto que tienen las prácticas en el camino para alcanzar el Desarrollo Humano.

Según el PNUD, es evidente que Chile ha vivido grandes y positivas transformaciones en los últimos 20 años que se han traducido tanto en un aumento sostenido de la calidad de vida de los chilenos¹⁴ como en la generación de nuevas y mayores oportunidades. Sin embargo la clave para aprovechar estas oportunidades estaría en la manera en que éstas se implementan en la práctica y en la manera en que los diversos actores involucrados generan sinergias entre ellos.

“[...] el desafío de aumentar las oportunidades del país y de traducirlas en resultados concretos para las personas se relaciona cada vez más con la creciente importancia de fenómenos que ocurren en el nivel de las prácticas [...]” (PNUD, 2009, pp. 12)

Afirmar que las prácticas, o en otras palabras, la manera de hacer las cosas, debe ser el eje principal de atención para que Chile alcance el desarrollo, es una idea revolucionaria con respecto a la manera en que se han concebido tradicionalmente los desafíos en el país. En Chile, las

¹³ Entrevista a Antonio Infante.

¹⁴ El Informe Mundial sobre Desarrollo Humano del PNUD, 2008, señala que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) ha evolucionado desde un 0.746 en 1980 hasta 0.874 en 2006.

soluciones a los grandes problemas se han canalizado históricamente a través de la concepción de normas, decretos, leyes y reglas, difundidas ampliamente en toda la red. Sin embargo, se plantea que lo que Chile requiere para dar un salto cualitativo en la calidad de sus políticas públicas, es enfocarse en la forma en que se ejecutan los grandes proyectos, entendiendo las dinámicas sociales y de entorno que afectan e influyen en la concreción efectiva de las prácticas y que definen el éxito o fracaso de los proyectos. De hecho, según la Encuesta de Desarrollo Humano que recoge la percepción de las personas, la principal falencia que tenemos como país, es que no sabemos llevar las buenas ideas a la práctica (PNUD, 2009, pp. 13).

En esta línea, el presente estudio busca recoger este desafío mediante el análisis en detalle de tres “buenas prácticas” de gestión implementadas por diferentes consultorios de atención primaria que mediante la implementación de simples mecanismos, y a particulares “maneras de hacer las cosas”, han logrado obtener significativas mejoras en la calidad de su servicio. Para esto se detectaron las dinámicas internas, herramientas de gestión, elementos de contexto y soluciones particulares que se presentan en cada caso y que lograron generar resultados por sobre el promedio en estas instituciones.

Pero para realizar el levantamiento de estas prácticas y de los factores claves para su implementación, es necesario definir previamente qué es una práctica, qué se entiende por una buena práctica y obtener de la literatura, recomendaciones para una eventual transferencia de estas.

3.1.1 Definición de práctica

El PNUD propone que las prácticas son “los modos de actuar y de relacionarse que las personas despliegan en espacios concretos de acción” (PNUD, 2009, pp. 15). La idea que hay detrás de esto es que las prácticas son producto de la conjugación entre el marco normativo de la sociedad y de las organizaciones, el entorno específico en que se insertan las prácticas, el “modo de hacer las cosas” que está implantado en las personas y la motivación y expectativas de los individuos particulares que las ejecutan.

Esta dependencia de la práctica con el entorno específico en que se origina, hace que para una eventual transferencia, sea muy relevante identificar los factores organizacionales y las características de contexto que permitieron el desarrollo y factibilidad de la práctica. De esta forma es clave para una eventual transferencia, extraer y conceptualizar los factores críticos de éxito que tienen que estar presentes en la organización para que la práctica se pueda implementar.

También se plantea que una de las principales características de las prácticas es que tienen una fuerte inercia. En otras palabras, las organizaciones tienen un “modo de hacer las cosas” muy arraigado y por ende se caracterizan, en general, por presentar una gran resistencia frente a los cambios. Este es otro factor relevante a tener en cuenta si se quiere realizar una transferencia.

3.1.1.1 Buena Práctica

El Foro Iberoamericano y del Caribe para las mejores prácticas generó el año 2005 la Guía para la Transferencia de Mejores Prácticas en América Latina y Caribe. En este informe se señala

que la Organización de Naciones Unidas conceptualiza “mejores prácticas”¹⁵ como “Contribuciones sobresalientes o iniciativas exitosas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las comunidades y a generar condiciones de sostenibilidad en las ciudades y regiones.”¹⁶ Por otro lado, Armijo (2004) señala que una buena práctica sería “un método superior o una práctica innovativa que contribuye a mejorar el desempeño de un proceso”.

El Foro Iberoamericano y del Caribe concluye que en definitiva, las buenas prácticas son iniciativas exitosas que:

- Tienen un impacto **demostrable y tangible** en las organizaciones
- Son el resultado de una **asociación efectiva** entre diferentes actores de la sociedad
- Son **sostenibles**

Otras fuentes plantean que las buenas prácticas pueden ser sintetizadas como sigue (De Pablos J. y González T., 2007):

- Como generadora de resultados **satisfactorios y positivos**
- Como apoyo a la **toma de decisiones**
- Como instrumento de **innovación**, para gestionar cambios
- Como un elemento **transferible** o replicable

En base a lo anterior, se puede concluir que una buena práctica es un conjunto de acciones concretas, que responden de forma innovadora a una problemática en un determinado ámbito de gestión de una organización, con un impacto positivo y comprobable y que es factible de ser transferida.

3.1.1.2 Buenas Prácticas en Gestión Pública

Luego de una década de reformas en gestión pública en América Latina, existe un creciente interés por intercambiar experiencias exitosas entre distintas organizaciones. Para esto se ha hecho un esfuerzo importante por parte de los gobiernos o por entidades no gubernamentales, por intentar sistematizar experiencias destacadas y promoverlas por diferentes vías para su replicabilidad en otras instituciones. (Armijo, 2004)

En general, se pueden destacar tres formas de promover el intercambio de buenas prácticas en gestión pública: iniciativas de premiación, sistemas de información o bancos de casos de gestión pública. Algunos ejemplos a nivel internacional que Armijo (2004) rescata, son los estudios de casos realizados en el marco del National Performance Review en Estados Unidos, el desarrollo de un portal de *best practices* en el Reino Unido. La implementación de una página web, *Australian Public Service Commission*, donde se proveen estudios de casos y comparación de buenas prácticas en múltiples áreas de la gestión pública. El caso de Nueva Zelanda, donde se desarrolló una página para realizar benchmarking en línea. O premios a la calidad o a la innovación a los servicios públicos, tales como el que promueve el Instituto de Administración de Canadá IPAC y el Premio a la Innovación de la Universidad de Harvard.

Las motivaciones detectadas detrás del interés por identificar y difundir buenas prácticas se explican según dos perspectivas distintas. La primera, es la posibilidad que esto entrega a los

¹⁵ El concepto “mejores prácticas” viene del concepto “*best practices*”, término ocupado principalmente por los anglosajones. (Sanchez A., 2008)

¹⁶ Fuente: <http://mejorespracticadas.ning.com/page/que-son>

gestores de políticas públicas, quienes deben abordar diversos problemas en sus organizaciones, de acceder a experiencias “ya probadas” y exitosas que les entreguen una metodología definida y efectiva para abordar sus problemas. De esta manera se contribuye a mejorar la calidad de la gestión en toda la administración pública gracias a la colaboración. Y por otro lado, el difundir las buenas prácticas genera incentivos para las organizaciones ya que la oportunidad de obtener un reconocimiento público a su buena gestión frente al resto de sus pares les permitiría mejorar su imagen. (Armijo, M. 2004)

En resumen, se puede destacar que existen cinco objetivos para la implementación de experiencias de transferencia de buenas prácticas en el ámbito público:

- Apoyar los esfuerzos del gobierno por mejorar el desempeño de las instituciones públicas, en especial favoreciendo iniciativas que apunten a la búsqueda de la eficiencia.
- Exponer de forma sistematizada la forma en que algunas instituciones pioneras han resuelto problemas de alta complejidad, buscando soluciones innovadoras.
- Generar a través de la comparación, visibilización de los buenos resultados e incentivos al buen desempeño, un ambiente de competitividad en el sector público que favorezca la innovación y el mejoramiento continuo de las instituciones.
- Fomentar que exista una asociación entre los distintos actores del sector público para enfrentar problemáticas comunes de gestión.
- Apoyar procesos de evaluación de las políticas gubernamentales como de la propia gestión.

Finalmente, Armijo (2004) destaca que las experiencias internacionales de transferencia de buenas prácticas en el sector público han dejado aprendizajes que deben ser tomados en consideración para cualquier proyecto de transferencia. Se plantea que un requisito para una buena implantación de la buena práctica es que este proceso sea muy flexible y que considere el contexto y las condiciones de las organizaciones oferentes y demandantes de las prácticas. Se debe evaluar si existen las condiciones políticas, el clima organizacional adecuado, el liderazgo, la tecnología y los recursos, y por último si esta experiencia forma parte de las prioridades de la organización receptora, ya que sin un apoyo permanente y constante, la experiencia probablemente esté destinada al fracaso.

3.2 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Al revisar la literatura se puede apreciar la amplitud que tiene el concepto de “Gestión del Conocimiento”. Este es utilizado de diferentes formas, en diversos contextos y con distintas técnicas y metodologías. En algunas fuentes es definido como una disciplina, en otras como un proceso, o bien como una práctica, herramienta o sistema.

Sin embargo, antes de comenzar con la definición de “Gestión del Conocimiento”, resultará útil definir en primer lugar qué es el “conocimiento”.

3.2.1 Conocimiento

En la antigüedad, Platón definió el conocimiento como creencias verdaderas y justificadas. En la actualidad, los filósofos han llegado al consenso de que el conocimiento debe basarse en

conjeturas verificables, aceptadas según el criterio público, debe estar orientado hacia la objetividad y ser aceptable por cualquier persona que profundice en el tema en estudio. (Cantero, 2012). Es decir, que el conocimiento es el resultado de una construcción continua de la sociedad. Por esta razón, el conocimiento está determinado por su contexto específico, quedando definido en función del tiempo y el lugar en que se genera (Hayek, 1945 en Cantero, 2012).

Otras visiones más simplistas, definen el conocimiento como un escalón más dentro de una jerarquía, donde los **datos** (códigos, signos, señales) se transforman en **información** (datos con un significado o una interpretación), luego, gracias al aprendizaje, se transforma en **conocimiento** (información comprendida, aceptada, fundamentada y adaptada a un contexto), y a través de la experiencia se convierte en **comprensión** y evoluciona eventualmente a **sabiduría** (síntesis de nuevos conocimientos gracias a la interacción entre los conocimientos previos y a la experiencia, con el objetivo de ser aplicados en alguna materia). (Cantero, 2012)

Figura 7: Jerarquía del conocimiento.



Fuente: Cantero, 2012

Según Pellufo y Catalán (2002), conocimiento es “La capacidad para relacionar de forma altamente estructurada, datos, información y conocimiento de un determinado objeto que permiten actuar efectivamente sobre éste en base a un determinado valor y contexto”.

Estas definiciones entregan una noción suficiente sobre las dimensiones que involucra el “conocimiento”. Sin embargo, es importante seguir profundizando un poco más y rescatar que a nivel global existe un consenso en torno a la existencia de dos tipos de conocimiento, el conocimiento “tácito” y el conocimiento “explícito” (Nonaka y Takeuchi, 1995).

El **conocimiento tácito** es aquel conocimiento personal que es difícil de transmitir o compartir con terceros por medio del lenguaje, ya que está incorporado en la mente o en la cultura a través de la experiencia. Está compuesto por ideas, destrezas (analizar, sintetizar, comprender, resolver), costumbres, intuiciones, valores, comportamientos, etc. Este conocimiento se puede clasificar en dos dimensiones: una dimensión técnica o *know how*, que es la que está presente en el “saber hacer las cosas”, y una dimensión cognoscitiva, que incluye los modelos mentales, paradigmas, creencias arraigadas en cada persona.

El **conocimiento explícito** es aquel que se caracteriza por ser objetivo y racional. Es el conocimiento sistemático, fácil de explicar y compartir a través de las palabras, mediante números o ecuaciones, modelos o principios.

En el proyecto que aborda esta memoria, lo importante al insertarse en una organización es definir en qué medida está presentes cada tipo de conocimiento y evaluar cual es el costo de intentar extraer y transferir los conocimientos involucrados en cada experiencia.

3.2.2 Creación, transformación y flujo de conocimiento

Para poder implementar un sistema de transferencias de buenas prácticas, es vital entender cómo funciona el mecanismo de creación, transformación y flujo del conocimiento, es decir, cómo funciona la Gestión de Conocimiento. De esta manera se podrá diseñar la estrategia, metodologías y etapas que se requieren para implementar el proyecto.

La Gestión de Conocimiento consiste en promover, identificar, evaluar, disponibilizar, administrar, amplificar y transferir el conocimiento presente en la organización (aunque también puede venir desde afuera) y lograr convertir el conocimiento tácito en explícito. En otras palabras, se trata de conseguir que se reconozca el valor que tiene el *know-how*, el capital intelectual, las experiencias y los valores presentes en la organización, en los funcionarios y en los procesos y aprovecharlos para mejorar la calidad de la gestión, los servicios que ofrece y aumentar el valor de los clientes.

Nonaka y Takeuchi (1995) proponen que existen cuatro etapas en las cuales se crea y transforma el conocimiento: la socialización, la exteriorización, la combinación y por último, la interiorización. En la siguiente figura se ilustran las etapas y su interacción:

Ilustración 2: Tipos de Conversión del Conocimiento



Fuente: Nonaka y Takeuchi, 1995

La **Socialización** consiste en la conversión de conocimiento **tácito a tácito**. Este proceso se produce principalmente a través de la imitación y la práctica. Consiste en aprender de los conocimientos tácitos de los demás, lo cual no ocurre necesariamente a través de palabras, sino que también mediante la observación. La socialización involucra la creación de conocimiento tácito como por ejemplo: modelos mentales o habilidades técnicas. Esto es lo que los autores llaman “Conocimiento Armonizado”.

Por otro lado, la **Exteriorización** consiste en la conversión de conocimiento **tácito a explícito**. Es decir, en proporcionar conocimiento tácito expresado en forma precisa y explícita, de manera que sea comprensible por los receptores. Esto se puede realizar mediante el uso de lenguaje figurativo, en forma de metáforas, ejemplos, analogías, modelos, etc. Este proceso requiere de la interacción, diálogo, discusión y reflexión del transmisor con los receptores.

La **Combinación** consiste en la conversión de conocimiento **explícito a explícito**. Es decir, se trata de crear conocimiento mediante la combinación de antiguos y nuevos conocimientos, sistematizándolo en conceptos e integrándolo al sistema de conocimiento de la institución. Esto ocurre cuando los individuos intercambian y combinan conocimiento, lo que ocurre a través de reuniones, juntas, conversaciones, informes, etc. Es necesario que este conocimiento nuevo esté disponible para cualquiera que lo quiera usar en la organización.

Finalmente, la **Interiorización** consiste en la conversión de conocimiento **explícito a tácito**. Es decir, en internalizar el conocimiento aprendido en acción práctica por parte de la organización. En palabras simples, consiste en el “aprender haciendo”, en que el conocimiento se adopta como conocimiento tácito a través de modelos mentales compartidos y habilidades técnicas.

Generar los canales para que se pueda efectuar la conversión de conocimiento es una tarea difícil de abordar, pero es vital hacerlo, ya que el conocimiento es la base de los bienes intangibles de la organización, y su potencialidad radica en que –bien gestionado– puede ser la principal fuente de recursos de innovación y por ende de competitividad de ésta.

Es importante recordar que lo que motivó la aparición de la “disciplina” Gestión del Conocimiento fue precisamente la dificultad de las organizaciones tradicionales para administrar la transformación de conocimiento que tiene que darse interiormente para que el capital intelectual circule, se almacene y se fortalezca la creación de valor de la organización (Pellufo y Catalán, 2002).

3.2.3 Etapas para la Transferencia

En el mundo se han desarrollado muchos sistemas de transferencia de buenas prácticas. Entre los más antiguos y consolidados se encuentran países como Reino Unido, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Canadá, Noruega y Nación Catalana en España (FONDEF, 2012).

Cada sistema tiene sus variaciones, caracterizándose por la inclusión o no de la academia en este trabajo, el nivel de centralización del levantamiento de la información, la participación de agentes externos en la transferencia de las prácticas, etc.

A pesar de estas diferencias, los sistemas de transferencia se caracterizan por poseer nueve etapas/pasos en promedio (FONDEF, 2012):

1. **Levantamiento de la Información:** Desarrollo de un breve documento sobre la práctica, que contenga las características más elementales, el funcionamiento y las características de contexto que se requieren. En esta etapa se reconoce la buena práctica y se manifiesta el deseo de transferirla a terceros.
2. **Evaluación de la Práctica:** Un grupo de expertos imparciales (que pueden ser del mundo académico o profesionales expertos en la materia) evalúan la idoneidad de la práctica, la califican como buena y definen la conveniencia de transferirla.
3. **Validación como Buena Práctica:** Un grupo de expertos en sistemas de transferencia valida la práctica como buena, y se la integra formalmente al “Banco de Buenas Prácticas” o repositorio, para que la comunidad (los demandantes de conocimiento) tengan acceso a ella.
4. **Estandarización de la Práctica:** En el caso de prácticas de mayor complejidad, se puede desarrollar paralelamente a la validación, una estandarización de la práctica, es decir, un levantamiento de ésta de modo que queda lista para ser replicada en cualquier organización sin importar su contexto. Es importante destacar que este paso requiere mayores recursos tanto humanos como económicos.
5. **Difusión de la Práctica:** Esta etapa requiere que el gobierno esté alineado con la transferencia para que financie y ponga sus recursos a disposición para difundirla y crear confianza en la comunidad a la que ésta va dirigida. La difusión puede ser a través de congresos, seminarios, sitios web o bien a través de recomendadores expertos e influyentes que promueva la práctica en su área de influencia.
6. **Adopción de la Práctica por un Demandante:** La cultura organizacional propia del demandante hará que la tarea de adopción de la práctica sea en un ambiente favorable (cuando no hay resistencia al cambio) o desafiante (cuando sí hay resistencias), por lo tanto es fundamental en esta etapa, que los directivos de la organización estén convencidos del cambio, para que generen una entrada positiva de la práctica a la comunidad.
7. **Implementación/Integración de la Práctica:** Etapa de integración de la práctica a la “manera de hacer las cosas” de la organización. Si se desea tomar una postura más activa en la implementación, se puede designar a un “supervisor” o “agente de implementación” que esté enfocado en la integración de la práctica al sistema. Este agente debe adaptar la práctica al contexto de la organización y apoyar a los funcionarios en el proceso de adaptación.

8. **Práctica como parte del Régimen:** Es importante distinguir cuando la práctica ha llegado a un estado de régimen dentro de la organización, es decir, cuando ya es aceptada por toda la comunidad, se ha institucionalizado, y es utilizada como solución principal para resolver el problema para el que fue implementada. Es importante definir un momento de cierre del proceso de implementación y definirla como parte del régimen, para dar paso a la posibilidad de transferir y adoptar nuevas prácticas en otros ámbitos de gestión de la organización.
9. **Evaluación de la Adopción de la Práctica:** Si bien no existe un mecanismo generalizado para la evaluación de impacto de la adopción de prácticas, queda a criterio de la organización medir los resultados que tuvo la transferencia, las ganancias en eficiencia, la disminución de costos, entre otras repercusiones que esta pudo haber implicado para la institución.

3.3 GESTIÓN DEL CAMBIO EN EL SECTOR PÚBLICO

Como ya se ha mencionado anteriormente, una gran dificultad a la hora de intentar hacer una transferencia de prácticas entre dos instituciones, es la natural resistencia al cambio que se genera en las organizaciones receptoras. Esto sucede debido a que las prácticas muchas veces tienen como objetivo modificar ciertos aspectos de la cultura organizacional o del “modo de hacer las cosas” que están fuertemente arraigadas en el comportamiento de las personas.

Waissbluth plantea, en su publicación “Gestión del Cambio en el Sector Público” (Waissbluth, 2009), que si la gestión del cambio en el sector privado es difícil, lenta y no siempre se logra con éxito, en el sector público la tarea es doblemente compleja y con menores probabilidades de éxito. Esto se debe a las restricciones propias del sector público, como por ejemplo lo son las restricciones políticas, normativas, burocráticas o sindicales.

Para enfrentar esto, el autor plantea la necesidad de que los líderes del cambio se preocupen, en primer lugar, de entregar un mensaje claro a la organización sobre el objetivo que se persigue con el cambio, comunicar los beneficios que éste traerá a la organización y a la ciudadanía, y finalmente llegar a un consenso con los funcionarios sobre las reglas formales e informales que regirán los nuevos compromisos y funciones. Pero lo fundamental es que este proceso se produzca en un contexto de conversación y de constante negociación con los funcionarios, para que estos se sientan involucrados con el cambio y comprometidos con éste.

3.3.1 Secuencia Genérica del Plan de Cambios en el Sector Público

A continuación Waissbluth propone una “secuencia genérica” de acción para ser utilizada al comenzar un proceso de cambio en el sector público (Waissbluth, 2009). La idea de esta secuencia, es que funcione como una guía de acción, pero que debe ser adaptada con sentido común según el contexto de cada organización.

Esta secuencia no es muy diferente de la utilizada en empresas privadas, pero el autor incorpora varias consideraciones especiales y más específicas para desenvolverse en el sector público.

Ilustración 3: 15 Etapas Genéricas para la Gestión del Cambio en el Sector Público



Fuente: Waissbluth (2009)

Estas 15 etapas no ocurren secuencialmente, sino que se van traslapando entre algunas de ellas y algunas veces se “saltan” hacia atrás o hacia adelante. El triángulo de la derecha simboliza la sensación que va experimentando la organización a medida que avanza el proceso: se debe comenzar con la identificación clara de cuáles son los problemas a abordar y se debe instalar la convicción de que se necesita un cambio. Posteriormente se debe construir participativamente la visión de futuro, luego se deben obtener los primeros resultados, lo que ayuda a aumentar la convicción en la organización y finalmente, al medir los beneficios, se alcanza la sensación de satisfacción con el cambio.

El autor destaca la importancia de ir generando pequeños hitos, o triunfos a lo largo del proceso, ya que esto ayuda a ir fortaleciendo la convicción de que el cambio funciona.

A continuación se entrega una explicación breve de cada una de las 15 etapas:

- 1. Levantamiento de información.** El levantamiento puede utilizar varias de las siguientes herramientas: i) búsqueda de indicadores y cifras relevantes, ii) entrevistas a los diferentes actores involucrados, encuestas o focus group, iii) benchmarking de casos internacionales, iv) revisión de informes anuales, mapeos de procesos, etc.
- 2. Análisis y Síntesis.** En esta etapa la gerencia debe analizar la información levantada e identificar el modelo de negocio (en este caso, “modelo de agregación de valor público”) de la organización, identificando los principales obstáculos y oportunidades y los procesos donde se podría incrementar la eficiencia y eficacia de la institución. Se deben generar en esta etapa la síntesis del diagnóstico que permitirá comunicar la identificación del problema y la necesidad de cambios.
- 3. Consenso sobre el diagnóstico.** En esta etapa se llega a un consenso con los actores clave involucrados con el cambio, sobre el diagnóstico que se tiene del problema y las oportunidades para gestionar el cambio. Es deseable contar a estas alturas con el levantamiento de una línea base de la situación inicial para posteriormente ir midiendo el impacto del proyecto.

4. Visión inicial de los cambios. En esta etapa se debe crear la visión de futuro. Esta debe ser lo suficientemente ambiciosa, pero debe ser factible. Tiene que estar conceptualizada de una manera simple de entender y comunicar y con un objetivo claro.

5. Estrategia de intervención. Aquí es donde el líder debe ser efectivo en decidir las estrategias adecuadas para iniciar el cambio, el orden en que se irán introduciendo las medidas, la velocidad, verticalidad y profundidad de los cambios. El líder debe tener “cintura política” para detectar los momentos adecuados para iniciar cada paso y para ir manejando los obstáculos que los actores puedan poner en el camino.

6. Diseño del plan preliminar. En esta etapa ya se está en condiciones de elaborar un primer diseño ordenado del plan de transformación, incluyendo las etapas, presupuesto, instancias de medición de resultados, instancias de comunicación entre los integrantes del equipo para retroalimentar el proceso, etc. El autor destaca la importancia de generar un “mapa de riesgos del plan”, que incluya todos los posibles obstáculos que podrían surgir durante la implementación atentando contra el éxito del cambio.

7. Consenso sobre el plan preliminar. Esta etapa está enfocada en crear un consenso con los funcionarios sobre el plan de transformación que vivirá la institución. Para esto se deben realizar instancias de conversación entre funcionarios y sus jefes directos para que entiendan en concreto en qué se traducirán los cambios y cómo les afectará.

8. Organización para la implementación. En esta etapa es crucial que se designe a una persona como “gerente” o coordinador del proyecto. Esta persona debe tener liderazgo, capacidad de negociación, manejo en resolución de conflictos y experiencia previa. Además, se debe crear un “comité de proyecto” integrado por las autoridades de la institución, que funcione como contraparte para el coordinador. Deben fijar reuniones periódicas de forma que este último les presente los estados de avance del proyecto y les comunique los eventuales problemas que requieran del apoyo de las autoridades.

9. y 10. Diseño del plan detallado y el plan de comunicación. Se debe elaborar el plan detallado de la transformación institucional, el que debe tener cuatro componentes esenciales: i) transformaciones sustantivas (nuevas Tics, rediseño de procesos, cambios en la estructura jerárquica, obras de infraestructura, cambios de políticas, etc.) ii) Actividades para la comunicación con funcionarios, el que debe contener un programa de fechas e involucrar a las autoridades. iii) El programa de *quik wins* o ganancias rápidas, que son los “pequeños” hitos (ya mencionados anteriormente) que permiten ir creando convicción en los funcionarios y en la cúpula. iv) Un programa de control de gestión del plan que deberá ir presentando el gerente del proyecto al comité de autoridades.

11. y 12. La ejecución. Estas etapas son las que demandan el 90% del tiempo y de los esfuerzos. Consiste en implementar el proyecto de cambio. Es aquí donde se capacita a los funcionarios, se comienzan a cambiar las prácticas y hábitos, se elaboran manuales, se obtienen los resultados y se promocionan.

13. y 15. Evaluación de impacto. La evaluación preliminar se realiza apenas se empiecen a evidenciar las primeras mejoras en el cambio. Para esto resulta fundamental haber hecho un buen levantamiento de la línea base, para tener un punto de comparación. La evaluación final se realiza después de largo tiempo, cuando el cambio ya esté completamente instalado y asimilado por la organización.

14. Mejora continua. Esta etapa busca dar una continuidad al proceso de cambio ya experimentado por la organización. La idea que se propone es generar finalmente un mecanismo formal para la recepción de mejoras e ideas innovadoras para la gestión, propuestas por funcionarios y mandos medios. La idea no es que sea tan solo un “buzón de ideas”, sino que exista realmente una coordinación de las innovaciones, con metodologías, evaluación, financiamiento y personas a cargo de realizar esta gestión.

4 METODOLOGÍA

El desarrollo de este trabajo de título requiere cumplir con una serie de métodos e instrumentos que permitan explorar exhaustivamente las buenas prácticas de gestión en Centros de Salud Familiar. Los métodos se detallan a continuación:

4.1 EXPLORACIÓN Y RECOPIACIÓN DE ANTECEDENTES.

En primer lugar, se comenzará con una etapa exploratoria en base a revisión de documentos para realizar el levantamiento de información complementaria y de antecedentes sobre el funcionamiento del Sistema de Salud, la Salud Primaria y los Centros de Salud Familiar. También se recogerán estadísticas de interés asociadas a los municipios escogidos. Esta etapa está asociada a tres actividades fundamentales:

- Desarrollo del marco conceptual, donde se definen los conceptos de Práctica, Buena Práctica, Buenas Prácticas en Gestión Pública, Gestión del conocimiento y Gestión del cambio en el sector público en base a bibliografía seleccionada.
- Desarrollo de los antecedentes necesarios para iniciar la investigación, abarcando – como ya se mencionó– el funcionamiento del Sistema de Salud, la Salud Primaria y los Centros de Salud Familiar.
- Diagnóstico preliminar sobre los Municipios escogidos (Peñalolén, Puente Alto y Recoleta) mediante la evaluación de indicadores socioeconómicos, demográficos, de Salud y sanitarios.

4.2 DESARROLLO CUALITATIVO Y OBSERVACIÓN DIRECTA

Esta etapa corresponde al desarrollo sustancial de esta investigación, es decir, al levantamiento cualitativo de las tres prácticas seleccionadas:

- Gestión de la cola de expendio de medicamentos (Municipio de Peñalolén)
- Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías (Municipio de Puente Alto)
- Sistema de Gestión de Agenda (Municipio de Recoleta)

El levantamiento de las prácticas se realizará mediante un instrumento diseñado por el Centro de Sistemas Públicos de la Universidad de Chile en julio de 2012. Para recopilar y levantar la información sobre cada práctica se deberán coordinar entrevistas con los actores clave en cada CESFAM y realizar visitas a terreno.

El producto final de esta etapa es una caracterización completa sobre las tres prácticas de gestión, en base a seis aspectos base:

- Contexto organizacional
- Problema a resolver
- Solución planteada
- Resultados
- Ámbitos de gestión involucrados
- Dificultades para la implementación

4.3 ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Otro componente importante de la metodología son las entrevistas semiestructuradas que se llevarán a cabo en las visitas exploratorias a los CESFAM escogidos.

Una entrevista semiestructurada es una entrevista cualitativa que tiene como objetivo comprender el punto de vista, perspectiva, modelos mentales, percepciones e interpretaciones del sujeto estudiado respecto del tema de interés.

Este tipo de entrevistas se caracteriza porque el entrevistador dispone de un “guión” que contiene todos los temas relevantes a tratar durante la conversación. Sin embargo no existe un orden preestablecido para abordar cada tópico y la forma en que se formulan las preguntas de profundización quedan al criterio del entrevistador. Es decir que es un estilo flexible y no estandarizado de interrogación.¹⁷

Como ya se mencionó anteriormente, las entrevistas se realizarán en base a un instrumento de levantamiento diseñado por el CSP, que constituye una especie de guía para la conversación con el entrevistado.

Esta investigación tiene programada la realización de al menos dos entrevistas semiestructuradas por cada práctica escogida, la cual se realizará idealmente a los Directores de CESFAM y a los encargados de la práctica.

4.4 FOCUS GROUP O TALLER CON EXPERTOS

El proyecto FONDEF, desarrollado por el CSP, considera la realización de un taller o *focus group* en el cual se reúna a los Directores y encargados de prácticas de todos los CESFAM escogidos como generadores de buenas prácticas.

El objetivo de este taller es que se evalúen secuencialmente cada una de las prácticas, para generar una dinámica de conversación en torno a ellas entre el equipo del CSP y los invitados provenientes de los distintos CESFAM.

¹⁷ Fuente: <http://pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/entrevista.pdf>

La dinámica de trabajo para cada práctica está definida de la siguiente manera:

- En primer lugar, el integrante del CSP responsable del levantamiento de la práctica realiza una exposición de aproximadamente 20 minutos que contenga un repaso de todos los hallazgos recopilados sobre la práctica a través de las entrevistas ya realizadas a la fecha. Durante la presentación, los participantes que representan al CESFAM en discusión (Director/a y/o encargado/a de práctica) pueden intervenir realizando acotaciones, corrigiendo información o precisando algún concepto/proceso inexacto. La idea es aprovechar esta oportunidad para validar con los encargados de la práctica el levantamiento de información realizado hasta el momento.
- Finalmente, se asigna un espacio de 10 minutos para generar un espacio de discusión sobre la práctica recién expuesta, donde el objetivo es que los integrantes de los otros CESFAM puedan entregar su opinión respecto de la práctica, aportar mayores antecedentes, e identificar similitudes con las prácticas que ellos realizan.

4.5 SIMULACIÓN DE SISTEMA DE COLAS

En el caso estudiado en el Municipio de Peñalolén –Gestión de la cola de expendio de medicamentos– se realizará un levantamiento de indicadores de gestión de la práctica. Esta es una oportunidad particular que presenta esta práctica, ya que para los casos de Puente Alto y Recoleta no será posible levantar indicadores para la línea base ya que no es factible acceder a los datos necesarios para ello.

El indicador que se levantará para evaluar la práctica es el tiempo promedio de espera que existe actualmente en la cola de la farmacia.

La metodología a utilizar consiste en la simulación del proceso de atención de la farmacia. Para la realización del modelo de simulación se utilizará el software Arena[®]. El modelo buscará representar lo que ocurre en la farmacia cuando llega un usuario (quedando registrado cuando saca un número de llegada), espera en la sala a que llegue su número de atención, y luego es atendido en una de las cuatro ventanillas disponibles, saliendo finalmente del sistema.

Los datos a medir para modelar el sistema son los tiempos entre llegadas de los usuarios y los tiempos de atención de las operarias de las ventanillas. Luego, se deben obtener las distribuciones de probabilidades de los tiempos medidos, ya que se requieren como *input* en el modelo de simulación. Para esto se utilizará el software StatFit[®].

Gracias a esta metodología se obtiene el tiempo promedio de espera de un usuario que accede a la farmacia del CESFAM Carol Urzúa para retirar sus medicamentos.

4.6 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN USUARIA

Nuevamente, en el caso de la práctica de Peñalolén, se considera la realización de una encuesta de satisfacción usuaria para evaluar la percepción de calidad del servicio entregado por la farmacia.

La idea de realizar esta encuesta surge debido a que en enero del 2012 se realizó a nivel de Corporación Municipal una encuesta de satisfacción usuaria de diversos ámbitos de gestión de los Centros de Salud Familiar, en todos los centros de la comuna. Esta encuesta fue realizada por la empresa "Voces rsrch". En esa oportunidad, el CESFAM Carol Urzúa obtuvo la peor evaluación de la comuna en el servicio entregado por la farmacia, lo cual fue la motivación inicial para implementar la buena práctica que este proyecto está investigando.

En consideración de este antecedente se detecta una oportunidad para este estudio, ya que la encuesta de enero de 2012 puede funcionar como línea base de comparación, pudiendo medir el impacto de la implementación de la práctica mediante la evolución que hubo, en un año, de la satisfacción de los usuarios con el servicio.

La encuesta incluye tres preguntas que deben ser evaluadas por los encuestados utilizando una escala del 1 al 7, donde 1 es "nada satisfecho" y 7 es "muy satisfecho". Estas preguntas corresponden exactamente a las mismas que se realizaron en la encuesta realizada por la Cormup hace un año. Las preguntas son las siguientes:

1. Por favor, díganos ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el Centro de Salud en el cual se atiende? Utilice una escala del 1 al 7, donde 1 es "nada satisfecho" y 7 es "muy satisfecho".
2. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con los siguientes aspectos que tienen relación con el funcionamiento en general del Centro de Salud al cual asiste?: Tiempo de Espera para retirar medicamentos. Utilice una escala del 1 al 7, donde 1 es "nada satisfecho" y 7 es "muy satisfecho".
3. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con los siguientes aspectos que tienen relación con el funcionamiento en general del Centro de Salud al cual asiste?: Despacho en entrega de medicamentos. Utilice una escala del 1 al 7, donde 1 es "nada satisfecho" y 7 es "muy satisfecho".

Las dos preguntas siguientes fueron diseñadas para evaluar si los usuarios creen que los ámbitos de gestión evaluados en las preguntas anteriores efectivamente mejoraron en el transcurso del último año. Para esto se utilizó una escala del 1 al 7, donde 1 es "no ha mejorado" y 7 es "ha mejorado mucho". Las preguntas son las siguientes:

4. ¿Cree usted que el Tiempo de Espera para retirar medicamentos ha mejorado en el transcurso del último año? Utilice una escala del 1 al 7, donde 1 es "no ha mejorado" y 7 es "ha mejorado mucho"
5. ¿Cree usted que el Despacho en la entrega de medicamentos ha mejorado en el transcurso del último año? Utilice una escala del 1 al 7, donde 1 es "no ha mejorado" y 7 es "ha mejorado mucho"

La encuesta se aplicará a 40 usuarios de la farmacia tanto en horarios punta como en horarios valle de atención. La proporción de entrevistas que se realicen en cada horario es determinante ya que si se encuesta mayoritariamente a usuarios de horario punta se corre el riesgo de introducir un sesgo ya que son usuarios que probablemente estén esperando por un

tiempo considerable al momento de responder, y por ende su última experiencia puede inclinar su respuesta hacia resultados negativos.

Finalmente, se contrastarán los resultados obtenidos a través de esta encuesta con los resultados disponibles de la versión anterior, para medir la evolución que ha tenido la satisfacción usuaria luego de haber implementado la buena práctica en estudio¹⁸.

4.7 SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES PARA TRANSFERENCIA

Finalmente, la información recopilada debe ser analizada y sintetizada con el objetivo de identificar los elementos clave de cada práctica. Este trabajo permitirá delinear los criterios que guiarán las recomendaciones para las futuras transferencias de buenas prácticas.

¹⁸ Es importante mencionar que las encuestas se realizaron en el mes de diciembre de 2012. Sin embargo, en el transcurso del mes de enero de 2013, fueron publicados los resultados de una segunda versión de la encuesta de satisfacción usuaria, realizada nuevamente por la empresa “Voces rsrch”. Por lo que finalmente se realizará una comparación de la encuesta de enero de 2012 tanto con su segunda versión en enero 2013 como con los resultados de las encuestas realizadas en el marco de esta investigación.

5 LEVANTAMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS

Una vez seleccionadas las buenas prácticas y sus municipios generadores, se diseñó un instrumento para el levantamiento de las prácticas que permitiera sistematizar las entrevistas exploratorias realizadas en los CESFAM. Cabe destacar que este instrumento se utilizó como guía para el entrevistador, y no como una pauta estricta de levantamiento.

Las entrevistas fueron realizadas entre el mes de agosto y diciembre de 2012 y se realizaron tanto físicamente como por videoconferencia.

Finalmente, este capítulo incluye una descripción del Instrumento de Levantamiento y luego una descripción extensa de las prácticas y de los resultados obtenidos del levantamiento.

5.1 INSTRUMENTO PARA EL LEVANTAMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS

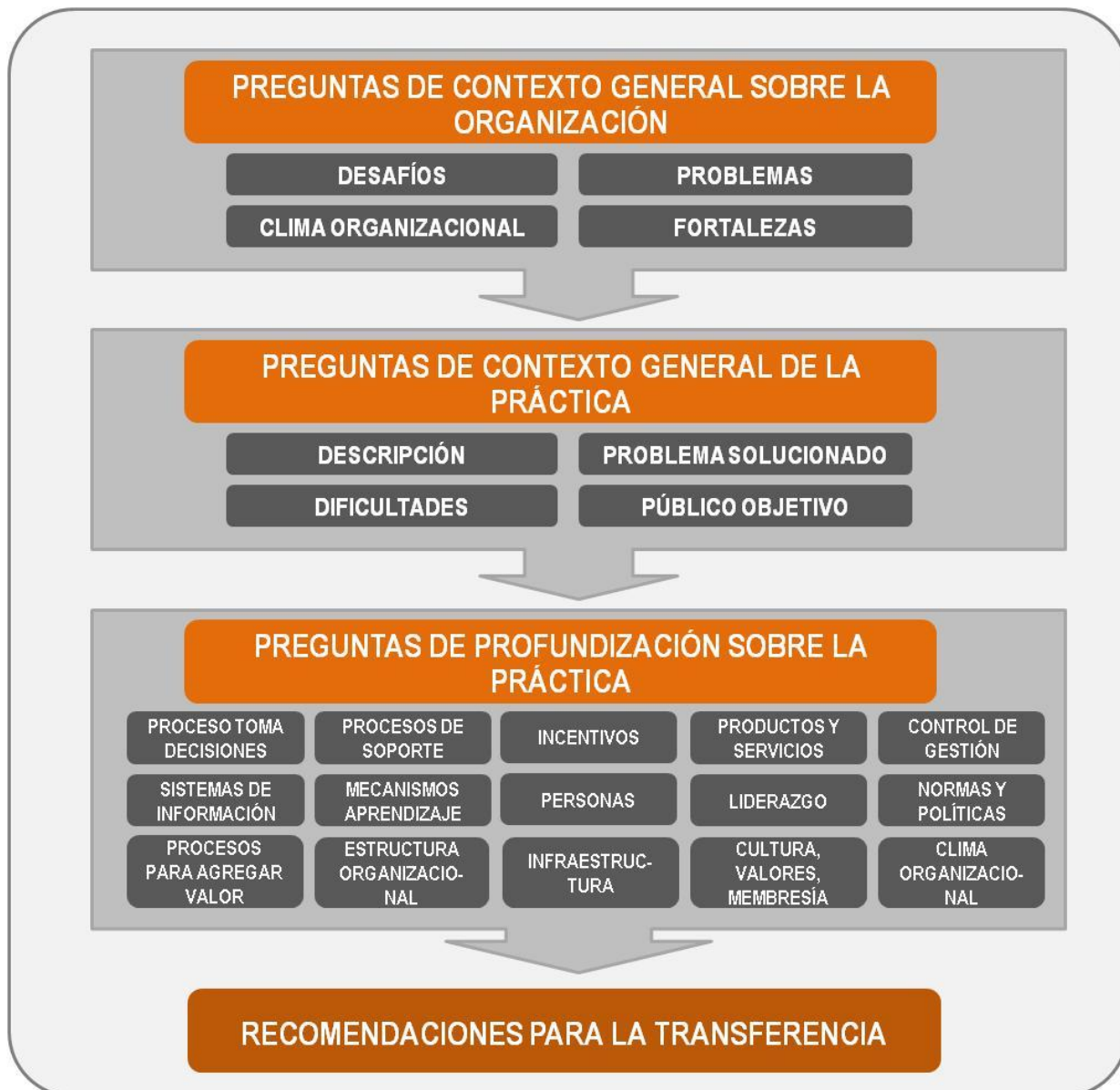
El instrumento para el levantamiento de las buenas prácticas fue desarrollado por el Centro de Sistemas Públicos. Este instrumento busca, en primer lugar, recopilar información preliminar sobre la organización y sobre la práctica. Luego da paso a una etapa de profundización sobre la práctica abordando quince ámbitos de análisis organizacional que fueron identificados en base al documento *Sistemas Complejos y Gestión Pública* (Waissbluth, 2008). Y finalmente, el instrumento busca recopilar opiniones y recomendaciones de los encargados de la práctica para una futura transferencia a otro centro de salud.

En definitiva, el instrumento cuenta con cuatro etapas:

- 1. Preguntas de contexto general sobre la organización:** permite conocer los principales desafíos que enfrenta el CESFAM, también busca reconocer los principales problemas, el clima organizacional y las fortalezas y ventajas de la institución.
- 2. Preguntas de contexto general de la práctica:** Aquí se busca extraer la historia de la práctica. Para ello, se consulta sobre cuál fue el problema que la originó, en qué público objetivo se pensó, qué problemas o dificultades surgieron en la implementación. Y finalmente se obtiene una descripción de la práctica.
- 3. Preguntas de profundización sobre la práctica:** en base a las 15 dimensiones de Waissbluth (2008) se realizan diversas preguntas para evaluar cuáles de estas dimensiones están presentes en la gestión de práctica.
- 4. Recomendaciones de Transferencia:** Se consulta a los entrevistados sobre percepciones, opiniones y recomendaciones para una eventual transferencia de la práctica a otro centro de salud municipal.

En la Ilustración 4: Diagrama de Instrumento de Levantamiento de Buenas Prácticas, se incluye un esquema que simplifica la estructura del Instrumento de Levantamiento utilizado.

Ilustración 4: Diagrama de Instrumento de Levantamiento de Buenas Prácticas



Fuente: Elaboración propia en base a Instrumento de Levantamiento del CSP.

En el Anexo A se encuentra disponible el instrumento de levantamiento de buenas prácticas.

5.2 INFORMACIÓN PRELIMINAR: DIAGNÓSTICO GENERAL DE MUNICIPIOS DE PEÑALOLÉN, PUENTE ALTO Y RECOLETA.

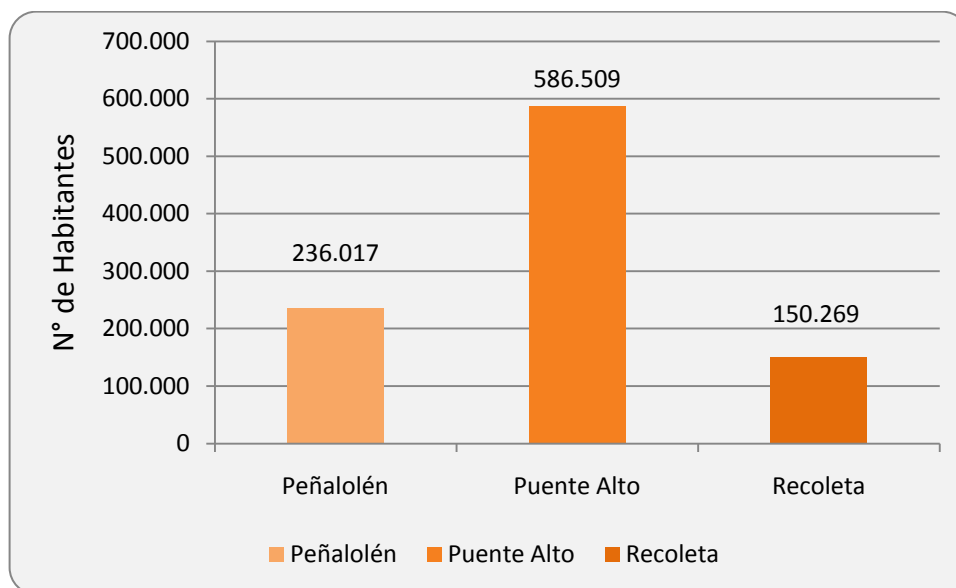
A continuación se presenta un diagnóstico general de los tres municipios en estudio: Peñalolén, Puente Alto y Recoleta. Este fue realizado en base al levantamiento de indicadores demográficos, económicos y de salud de las comunas. Como fuentes principales de información se utilizaron: el Plan de Salud de Peñalolén 2012 generado por la Dirección de Salud (CORMUP, 2012), y los Reportes Comunales 2012 de Peñalolén, Puente Alto y Recoleta, disponibles en el sitio web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

El principal objetivo de este diagnóstico previo es obtener mayor conocimiento sobre el contexto de las prácticas para abordar de mejor manera a los entrevistados.

5.2.1 Indicadores Demográficos Comunales

Según los resultados preliminares del Censo 2012 (INE, 2012) la población total de Peñalolén sería de 236.017 personas, la de Puente Alto de 586.509 habitantes y la de Recoleta de 150.269. Siendo Puente Alto la primera comuna más poblada de Chile y Peñalolén la sexta en este mismo ranking.

Ilustración 5: Población Total Año 2012 de Peñalolén, Puente Alto y Recoleta



Fuente: Elaboración propia en base a resultados preliminares de Censo 2012

En las tres comunas se estima que un 49% de la población son hombres y un 51% mujeres, siguiendo una distribución muy parecida a la nacional (51,4% mujeres y 48,6% hombres) (INE, 2012).

Por otro lado, en base a la proyección de población del INE, se prevé un envejecimiento paulatino de la población en las tres comunas, lo que se refleja en un aumento del índice de

adultos mayores¹⁹ entre el 2002 y el 2012. Sin embargo, se observa que solo en la comuna de Recoleta este índice es superior al que presenta la región y el país.

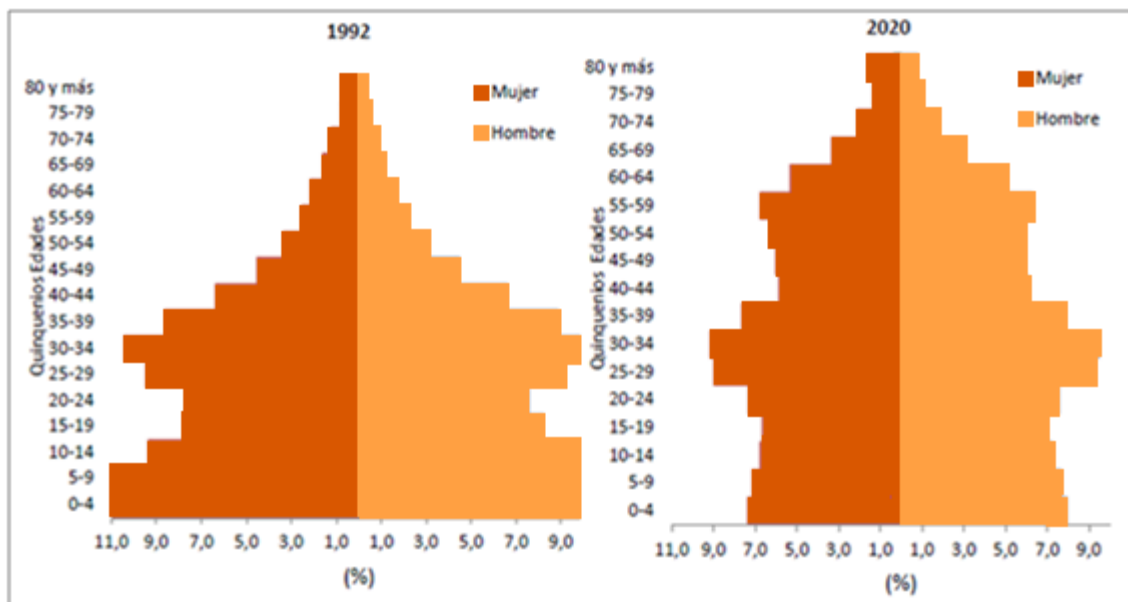
Tabla 2: Índice de Adultos Mayores 2002 - (Proy.) 2012

	Año	
	2002	Proy. 2012
Peñalolén	20,44	37,32
Puente Alto	14,77	22,91
Recoleta	43,65	67,15
Región Metropolitana	31,39	43,27
País	31,30	43,70

Fuente: Reportes Comunales 2012

Este envejecimiento se refleja en un cambio en la pirámide poblacional, presentando un ensanchamiento del vértice y un estrechamiento de la base, como se puede observar en los siguientes gráficos para el caso de Puente Alto.

Ilustración 6: Comparación Pirámide Poblacional Puente Alto. 1992-2020



Fuente: Reporte Comunal de Puente Alto 2012

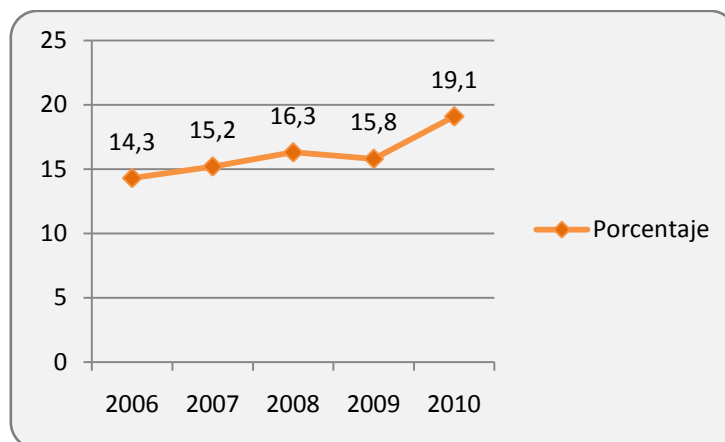
Este fenómeno no es aislado, sino que se condice con la realidad nacional (CORMUP, 2012) y se proyecta que se siga profundizando, lo cual será verificado una vez obtenidos los resultados oficiales del censo 2012.

Como antecedente complementario a lo anterior, se puede mencionar que la población adulta mayor tiende a demandar una mayor cantidad de prestaciones de salud. Por lo que un

¹⁹ Índice de Adultos Mayores: Medida demográfica de envejecimiento. Representa el número de adultos mayores (65 o más años) por cada cien niños (0 a 14 años). Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

envejecimiento paulatino de la población hace prever un aumento futuro de la demanda de atenciones. Esto ya se ha visto reflejado en el aumento de 5 puntos porcentuales entre el año 2006 y 2010 en la proporción de consultas médicas utilizadas por adultos mayores en la comuna de Peñalolén. Lo cual se puede observar en la siguiente ilustración.

Ilustración 7: Proporción de consulta médica utilizada por adultos mayores. Peñalolén 2006-2010.



Fuente: Dirección de Salud de Peñalolén, 2011

5.2.2 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS COMUNALES

Pobreza

Tabla 3: Proporción de población en situación de pobreza a nivel nacional, regional y comunal (Peñalolén-Puente Alto-Recoleta). Año 2009.

	Pobreza en las Personas		
	Pobre Indigente	Pobre no Indigente	No Pobres
Peñalolén	3,34	6,75	88,91
Puente Alto	1,27	12,37	86,36
Recoleta	2,85	7,24	89,91
Región Metropolitana	2,70	8,85	88,46
País	3,74	11,38	84,88

Fuente: Elaboración Propia en base a Reportes Estadísticos Comunales 2012.

Como se puede observar en la tabla anterior, al año 2009 Peñalolén presentaba cerca de un 10% de población en situación de pobreza (3,34% de Pobres Indigentes²⁰ y 6,75% de Pobres No

²⁰ **Incidencia de la indigencia en la Población:** "Porcentaje de personas cuyo ingreso es insuficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias; esto es, que pertenece a hogares cuyos ingresos no son suficientes para costear una canasta básica de alimentos a sus miembros." Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) - Ministerio de Desarrollo Social.

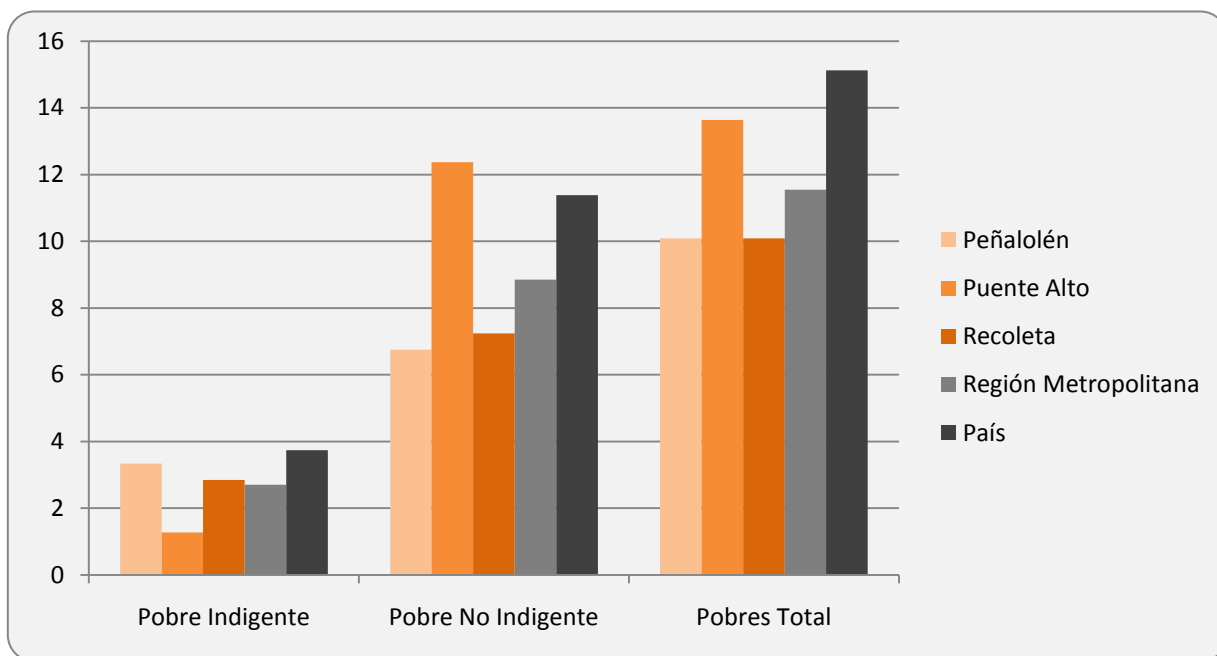
Indigentes²¹). Es decir, una menor proporción de personas en situación de pobreza que a nivel regional y nacional.

Por otro lado, Puente Alto presentaba al año 2009 casi un 14% de población en situación de pobreza (1,27% de Pobres Indigentes y 12,37% de Pobres No Indigentes). Es decir que la comuna presenta una mayor proporción de población en situación de pobreza que el promedio de la región, pero una menor proporción que el resto del país.

Finalmente, Recoleta presentaba al año 2009 cerca de un 10% de población en situación de pobreza (2,85% de Pobres Indigentes y 7,24% de Pobres No Indigentes). Es decir que la comuna presenta una menor proporción de población en situación de pobreza que el promedio regional y nacional.

Los resultados se pueden observar gráficamente en la siguiente Ilustración.

Ilustración 8: Proporción de población en situación de pobreza a nivel nacional, regional y comunal. Año 2009



Fuente: Elaboración propia

²¹ **Incidencia de la Pobreza en la Población:** "Porcentaje de personas cuyo ingreso es insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas; esto es, que pertenecen a hogares cuyos ingresos no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros." Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) - Ministerio de Desarrollo Social.

Ingresos Promedio

Tabla 4: Ingreso Promedio de los Hogares 2009

Ingresos Promedio	Peñalolén	Puente Alto	Recoleta	Región	País
Ingreso autónomo ²²	792.344	580.084	595.663	995.759	735.503
Subsidio monetario ²³	14.593	11.623	22.156	12.724	18.792
Ingreso monetario	806.937	591.707	617.819	1.008.483	754.295

Fuente: Elaboración Propia en base a CASEN 2009, Ministerio de Desarrollo Social.

Como se puede observar en la tabla anterior, según los resultados de la encuesta CASEN 2009, el ingreso promedio autónomo de los hogares en la comuna de Peñalolén era de \$792.344, el cual aumenta a \$806.937 gracias a los subsidios monetarios. Con este resultado, Peñalolén queda posicionada como la doceava comuna de mayores ingresos de la región.

Por otro lado, el ingreso promedio autónomo de los hogares en la comuna de Puente Alto es de \$580.084, el cual aumenta a \$591.707 gracias a los subsidios monetarios. Así, el ingreso promedio de los hogares de la comuna es inferior al promedio nacional. Pero esta diferencia es aún mayor en la comparación con el promedio regional, siendo los ingresos de Puente Alto cerca de la mitad de los ingresos promedio de la región.

Finalmente, el ingreso promedio autónomo de los hogares en la comuna de Recoleta es de \$595.663, el cual aumenta a \$617.819 gracias a los subsidios monetarios. Al igual que en el caso de Puente Alto, el ingreso promedio de los hogares de la comuna es inferior tanto al promedio nacional como al regional.

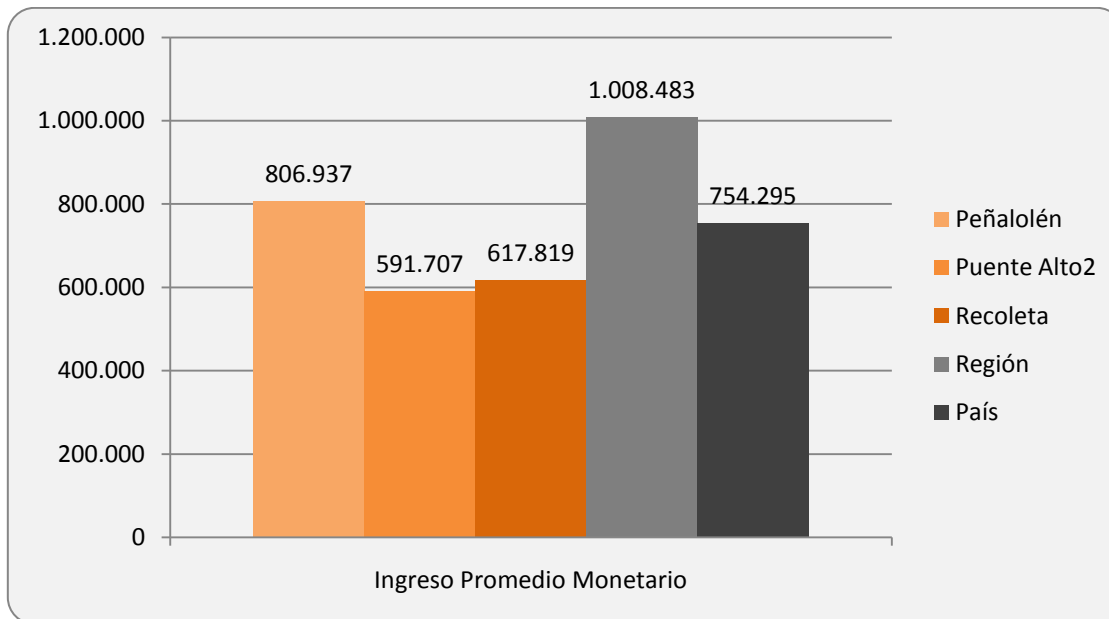
Se puede observar que en los tres casos en estudio los Ingresos Promedio están muy por debajo del promedio de la Región Metropolitana, esto se explica debido a los altos ingresos de las comunas del sector Oriente de la capital (en especial Las Condes, Lo Barnechea y Vitacura), que distorsionan el promedio regional elevándolo muy por encima del promedio nacional. (Observatorio Peñalolén).

En la siguiente Ilustración se pueden observar los resultados gráficamente:

²² Ingreso autónomo: Ingreso por concepto de sueldos y salarios, ganancias provenientes del trabajo independiente, auto provisión de bienes producidos por el hogar, bonificaciones, gratificaciones, rentas, intereses, así como jubilaciones, pensiones, montepíos y transferencias entre privados." Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) - Ministerio de Desarrollo Social

²³ Aportes en efectivo que distribuye el Estado a las personas y los hogares a través de sus programas sociales.

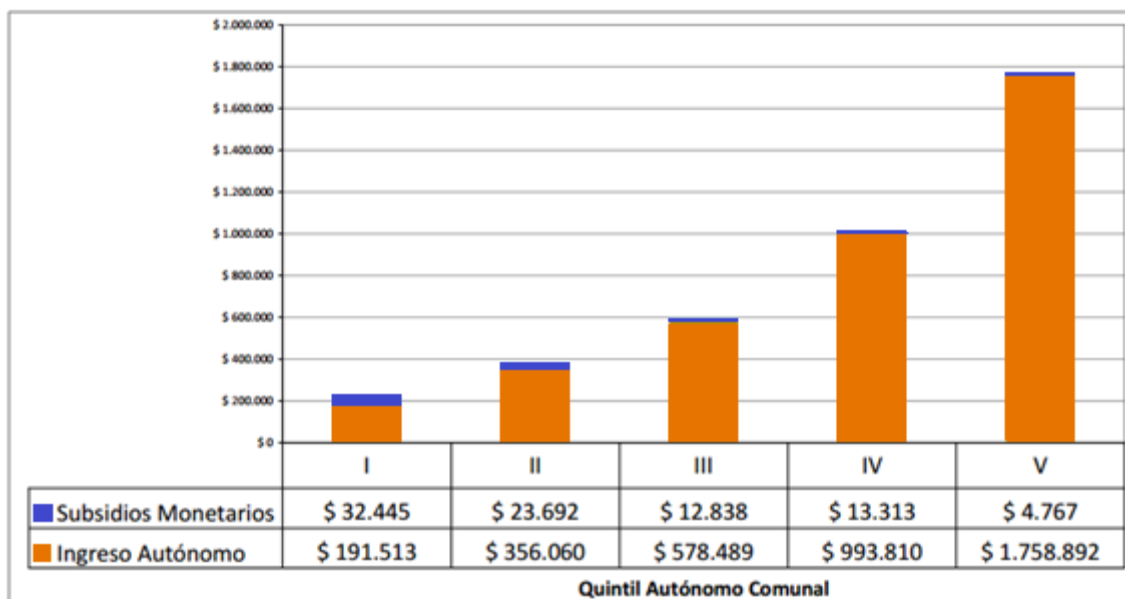
Ilustración 9: Ingreso Promedio Monetario de los Hogares 2009



Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar que en el caso de Peñalolén, a pesar de tener un ingreso promedio por hogar superior a la realidad nacional, es una comuna que presenta grandes diferencias en los ingresos entre los distintos quintiles. Como se puede observar en el siguiente gráfico, el ingreso de una familia del primer quintil es casi ocho veces inferior que el ingreso promedio de una familia del quinto quintil. Es decir que es una comuna que experimenta una gran desigualdad social en su territorio.

Ilustración 10: Composición del Ingreso monetario promedio por hogares según quintiles



Fuente: Observatorio, Peñalolén. Ficha: Nivel de Ingreso de los Hogares

5.2.3 INDICADORES DE SALUD

Como se puede observar en la siguiente tabla, aproximadamente un 74% de la población de Peñalolén pertenece al sistema público de salud. En el caso de Puente Alto este porcentaje se eleva a un 82% y en Recoleta casi un 86% pertenece a FONASA. Por otro lado, el porcentaje de la población afiliada a ISAPRES corresponde a un 15,5%, 11% y 6% en Peñalolén, Puente Alto y Recoleta, respectivamente.

Tabla 5: Población según sistema de Salud. Peñalolén, Puente Alto, Recoleta y RM.

Sistema Previsional	Peñalolén [%]	Puente Alto [%]	Recoleta [%]	Región [%]	País
Público	74,47	81,64	85,84	71,43	78,79
Isapre	15,53	10,99	6,04	19,80	13,04
Particular	10	7,83	8,12	8,77	8,17

Fuente: CASEN 2009, Ministerio de Desarrollo Social.

De la población de Peñalolén, Puente Alto y Recoleta perteneciente a FONASA, el 38%, 31% y 33%, respectivamente, forman parte del tramo de FONASA A, es decir, se trata de personas carentes de recursos o indigentes y un 29%, 28% y 30%, respectivamente, pertenecen al tramo de FONASA B. Es decir, los Centros de Salud de estas comunas atienden mayoritariamente a personas con ingresos menores o iguales a \$172.000. Estos antecedentes se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 6: Población en FONASA según nivel DEIS 2010 a nivel nacional, regional y comunal (Peñalolén, Puente Alto y Recoleta).

Tramo Fonasa ²⁴	Peñalolén [%]	Puente Alto [%]	Recoleta [%]	Región [%]	País [%]
Grupo A	37,57	30,89	32,76	31,79	34,88
Grupo B	28,92	27,8	30,02	29,63	31,61
Grupo C	16,11	20,62	18,01	18,17	16,29
Grupo D	17,40	20,69	19,21	20,4	17,23

Fuente: Reporte Comunal de Puente Alto 2012

La población total inscrita en los centros de salud de la comuna de Peñalolén, para el año 2011, fue de 201.739 personas. Siendo los consultorios San Luis y Carol Urzúa los que concentran la mayor proporción de inscritos²⁵.

²⁴ Grupo A: Personas carentes de recursos o indigentes. Grupo B: Ingreso Imponible Mensual Menor o igual a \$ 172.000. Grupo C: Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$ 172.000 y menor o igual a \$251.120 (si las cargas son 3 ó más se consideran en el grupo B). Grupo D: Ingreso Imponible Mensual mayor a \$ 251.120 (si las cargas son 3 ó más se consideran en el grupo C).

²⁵ Se omite el Centro de Lo Hermida, ya que el año 2012, aproximadamente un 40% de la población inscrita en este consultorio (alrededor de 20.000 inscritos) fue migrada hacia un nuevo Centro de Salud llamado Padre Gerardo Whelan. De esta manera su cantidad de inscritos se redujo a aproximadamente 28.000 usuarios.

Tabla 7: Población inscrita en Peñalolén para 2011, según centro de salud

Centro de Salud	Población Inscrita
San Luis	49.157
Carol Urzúa	47.547
Lo Hermida	48.185
La Faena	38.549
Cardenal SH	17.769
Peñalolén	201.207

Fuente: Dirección de Salud de Peñalolén, 2011

En el caso de Puente Alto la población total inscrita en los centros de salud de la comuna, para el año 2009, fue de 410.349 personas²⁶. En Recoleta fue de 121.764 personas²⁷.

Establecimientos de Salud

Recoleta concentra diez establecimientos de Salud Municipal: un instituto psiquiátrico, cinco CESFAM, tres SAPUs y un COSAM²⁸.

Por otro lado, Puente Alto concentra un gran número de establecimientos: un hospital, un hospital psiquiátrico, ocho CESFAM, un Centro de Salud, un consultorio, seis SAPUs, un COSAM, un Centro de Salud Mental y un Centro de Enfermedades Respiratorias Infantiles²⁹. Algunos de estos pertenecen al Servicio de Salud Sur Oriente y otros al Servicio de Salud Sur.

Finalmente, con un hospital, seis CESFAM, cuatro SAPUs, un COSAM, un Centro Comunitario de Salud Familiar y un Centro de Referencia de Salud³⁰, la comuna de Peñalolén concentra el mayor número de establecimientos de Salud Municipal dentro del área Oriente.

5.2.4 INDICADORES SANITARIOS

Tabla 8: Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil año 2009

Territorio	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil
Peñalolén	16,60	4,10	6,90
Comuna de Puente Alto	12,7	2,9	5,8
Comuna de Recoleta	19	8,9	9,7
Región Metropolitana	15,10	5	7,10
País	15	5,40	7,90

Fuente: Reportes Comunales 2012

²⁶ Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

²⁷ Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

²⁸ Fuente: <http://intradeis.minsal.cl/Mapas/Establecimientos.aspx?Mapa=16&Region=16&RegionGeografica=13127>

²⁹ Fuente: <http://intradeis.minsal.cl/Mapas/Establecimientos.aspx?Mapa=16&Region=16&RegionGeografica=13201>

³⁰ Fuente: <http://intradeis.minsal.cl/Mapas/Establecimientos.aspx?Mapa=16&Region=16&RegionGeografica=13122>

Analizando algunos indicadores sanitarios, se puede destacar que Peñalolén presenta una tasa de natalidad (16,5) superior a las cifras del país y de la región. Sin embargo, las tasas de mortalidad general e infantil son inferiores al promedio nacional y regional. Por otro lado, Puente Alto presenta buenos indicadores en comparación a la región y al resto del país. La comuna tiene una tasa anual de natalidad de 12.7 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, por debajo de los 15 puntos que bordean el país y la región. Y las tasas de mortalidad general e infantil, que bordean los 3 y 6 puntos respectivamente, son inferiores al promedio nacional y regional. Finalmente, se observa que Recoleta presenta una tasa anual de natalidad de 19 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, superior a los 15 que bordean el país y la región. De la misma forma, las tasas de mortalidad general e infantil, de 8.9 y 9.7 puntos respectivamente, superan el promedio nacional y regional. Por lo tanto, es una comuna que tiene un peor desempeño que el resto de las comunas promedio del país según estos tres indicadores de salud.

Tabla 9: Índice de Swaroop 2009

Territorio	Índice de Swaroop
Peñalolén	72,2
Puente Alto	67,7
Recoleta	76,4
Región Metropolitana	75,7
País	75

Fuente: Dirección de Salud de Peñalolén, 2011

Finalmente, el índice de Swaroop, es decir, la proporción de fallecimientos entre personas de 50 años y más por cada 100 defunciones totales, es menor a la proporción regional y nacional en los casos de Peñalolén y Puente Alto, lo que indica que en ambas comunas existe una mayor relevancia de las muertes prematuras respecto del resto de la región. Por otro lado, el índice de Swaroop de Recoleta está por sobre la proporción regional y nacional. Este es un buen indicador, ya que revela que en la comuna de Recoleta existe una menor relevancia de las muertes prematuras respecto del resto de las comunas.

5.3 1° PRÁCTICA: GESTIÓN DE LA COLA DE EXPENDIO DE MEDICAMENTOS, PEÑALOLÉN

5.3.1 Información de Contacto

Organización	Centro de Salud Familiar Carol Urzúa
Responsable práctica	Álvaro Medina Cisternas
Cargo responsable	Director CESFAM Carol Urzúa
N° telefónico responsable	+5629397703
Correo-e responsable	amedina@cormup.cl
Responsable práctica	Rosa Ana Inojosa
Cargo responsable	Responsable de la Droguería de la CORMUP de Peñalolén
N° telefónico responsable	+5629397703
Correo-e responsable	rinojosa@cormup.cl

5.3.2 Contexto organizacional

En primer lugar, es importante destacar que el CESFAM Carol Urzúa está bajo la jurisdicción de la Corporación Municipal de Peñalolén (CORMUP). Por lo tanto como contexto global se detectó que uno de los principales problemas que enfrenta la CORMUP es que los servicios de salud pública están muy tensionados debido a la alta demanda que enfrentan. Más del 70% de la población está inscrita en los Centros de Salud.

Desafíos de la Organización

El principal desafío que está enfrentando actualmente la organización es obtener la Acreditación de Calidad y la Acreditación Sanitaria que entrega la Superintendencia de Salud. Para esto, el CESFAM requiere una gran inversión en infraestructura, la implementación de procedimientos, la creación de un comité de ética, entre otros requerimientos. Para llegar a la meta les falta levantar cerca de 200 millones de pesos en financiamiento.

Principales problemas

A nivel de CESFAM, el principal problema que enfrentaba la organización hasta hace un año era la mala evaluación que tenían los usuarios del servicio ofrecido por la farmacia. Las principales falencias eran los largos tiempos de espera para el despacho en entrega de medicamentos y la falta de stock que en muchos casos impide al usuario retirar su receta. Es debido a esto que se decidió implementar la buena práctica.

Otro problema que enfrenta la organización es la gran cantidad de HH que se deben destinar a la confección de Estadísticas solicitadas por el Minsal y que por ende, impiden avanzar en medidas para mejorar la atención al cliente. Por ejemplo, los dos últimos días de cada mes (10% de los días hábiles) no se realizan prestaciones médicas ya que el personal se dedica exclusivamente a la elaboración de Estadísticas.

Fortalezas y ventajas de la organización

Cuando se consultó sobre las fortalezas y activos (ventajas) organizacionales de que dispone el CESFAM, los entrevistados destacaron varios aspectos. En primer lugar, mencionan lo destacable que ha sido el buen liderazgo que existe a nivel municipal, encabezado por el ahora ex alcalde de los dos últimos períodos, el Sr. Claudio Orrego. El cual ha potenciado durante su gestión un clima de innovación y de mejoramiento continuo. En segundo lugar, destacaron la existencia de una buena líder interna a nivel de CORMUP, Estrella Arancibia. Y por último, reconocieron como un factor importante el rol que ha jugado el liderazgo del Director del CESFAM, Álvaro Medina, quien durante su gestión ha puesto el foco de la organización en mejorar el desempeño de la institución.

Finalmente, otra fortaleza identificada es la existencia de un objetivo estratégico explícito por parte del Municipio por entregar una buena atención de Salud.

Clima Organizacional

Según la opinión del Director, el Centro tendría un buen clima organizacional en lo general, ya que existe en el equipo una buena disposición para trabajar y colaborar. La única observación que hace el Director es que existe un grado de tensión debido a la distancia que existe entre los profesionales del CESFAM y el personal de apoyo no profesional.

5.3.3 Problema a resolver

La gestión de cola de farmacia es una de las funciones más importantes de un consultorio. El problema radica en que normalmente, existen quejas de los pacientes respecto de la disponibilidad y el tiempo requerido para despachar una receta (se producían quiebres de stock en las farmacias de los Centros de Salud, lo que impedía dispensar el 100% de las recetas). La CORMUP levantó una encuesta en enero del 2012 para todos los consultorios de la comuna y el CESFAM Carol Urzúa fue el peor evaluado por su servicio de farmacia.

A continuación se incluyen los resultados de la encuesta de satisfacción para el Despacho de Medicamentos y para los Tiempos de Espera para retirar medicamentos. En estos se puede observar que el CESFAM obtuvo una evaluación neta de -10% en la consulta de satisfacción con el servicio de despacho de medicamentos y -32% en la de tiempos de espera para retirar medicamentos. Estos resultados se encuentran muy por debajo del desempeño de los otros consultorios de la comuna.

Ilustración 11: Pregunta Encuesta de Satisfacción sobre Despacho de medicamentos

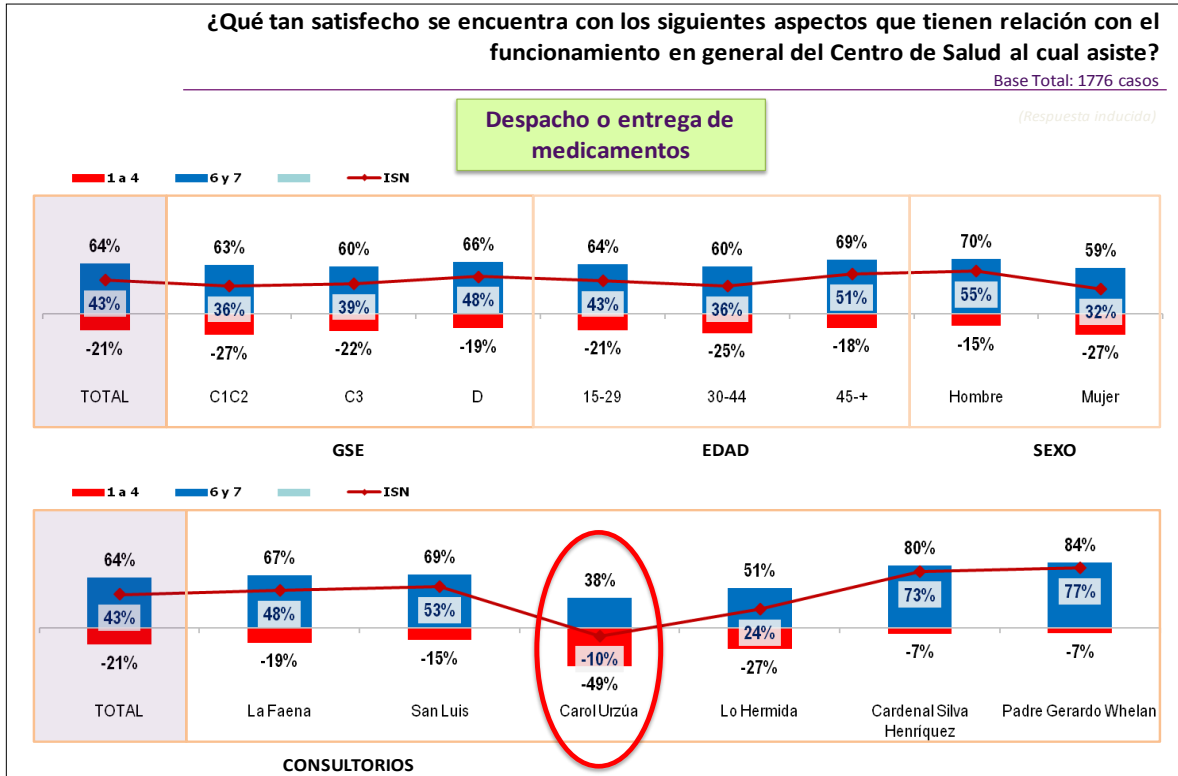
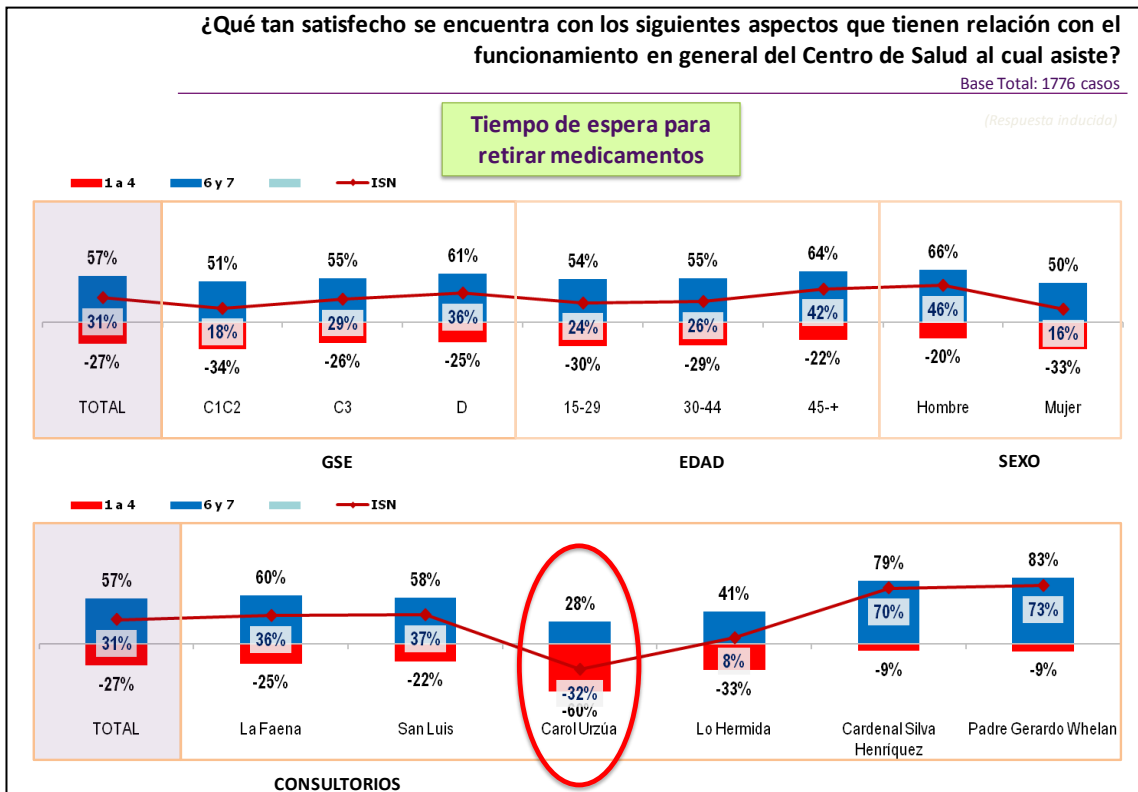


Ilustración 12: Pregunta Encuesta de Satisfacción tiempos de espera para retirar medicamentos



Fuente: Principales resultados Informe de Satisfacción Usuaria, CESFAM Carol Urzúa. [Voces rsrch]

Estos problemas se originaban debido a que el sistema para realizar la Gestión de Farmacias estaba obsoleto, y al no tener un buen manejo de los stocks se producían quiebres en muchas ocasiones.

Finalmente, a nivel de manejo de fármacos existía el problema de la pérdida de medicamentos por malas condiciones de almacenamiento (finalizaba la vigencia o disminuía la eficacia de los fármacos por malas condiciones) Esto se debía a que no se podía comprar centralizadamente los medicamentos necesarios para todos los Centros de Salud Primaria de la Comuna ya que no había una bodega central en la comuna. A su vez, esto producía una dificultad para realizar canjes de medicamentos con otras comunas.

5.3.3.1 Público Objetivo de la Práctica

El público objetivo de la práctica son los pacientes que debían hacer largas filas en la farmacia de su Centro de Salud para retirar sus medicamentos. Y por otro lado, los usuarios que no recibían sus medicamentos debido a quiebres de stock. Se destaca la existencia de dos segmentos claramente diferenciados. Los mayores crónicos, que deben despachar recetas más extensas y que tienen una menor valoración del tiempo (la visita al consultorio muchas veces es una experiencia social), y el otro grupo son personas más jóvenes “móviles” que despachan recetas puntuales y que por estar trabajando tienen poco tiempo para esperar.

5.3.4 Solución Planteada

La práctica estudiada se basa en tres líneas distintas: el desarrollo de la función de droguería de la Corporación, un sistema informático para registro de flujos y stocks y finalmente gestión en el consultorio.

1. **Desarrollo de la función de droguería de la Corporación**, con un alto estándar de certificación (es una de las dos droguerías comunales certificadas del país). Esta droguería buscaría optimizar la disponibilidad de stock de medicamentos en los consultorios y el buen uso de los recursos, por ej.

- minimizando medicamentos vencidos,
- gestionando intercambio con otros municipios de productos sobrantes,
- implementando la “solicitud de canje con laboratorios” (medicamentos que están próximos a vencer se cambian a los laboratorios)
- administrando la distribución de “medicamentos controlados” (Sin droguería, el despacho tiene que ser directo desde el proveedor al CESFAM),
- optimizando las compras de medicamentos al hacerlo centralizadamente,
- abasteciendo continuamente a los Centros de Salud.

A su vez, la droguería permite tener una trazabilidad de los productos que hace posible realizar una mejor gestión de los recursos.

2. **Un sistema informático para registro de flujos y stock de medicamentos**, que permite llevar el control sobre las compras que realiza la Corporación Municipal para abastecer la droguería; el sistema funciona en base a SAP. A través de este sistema se generan Órdenes de

Entrega que contienen el detalle de los medicamentos despachados a cada CESFAM de la comuna.

El Director del CESFAM ingresa esta orden manualmente a su propio sistema informático (sistema OMI), con lo cual se actualiza el stock de la farmacia del Consultorio. Y luego, el software del CESFAM va actualizando automáticamente el stock de la farmacia cada vez que el personal de farmacia ingresa un despacho de medicamento en OMI, a través de la ficha electrónica de cada paciente.

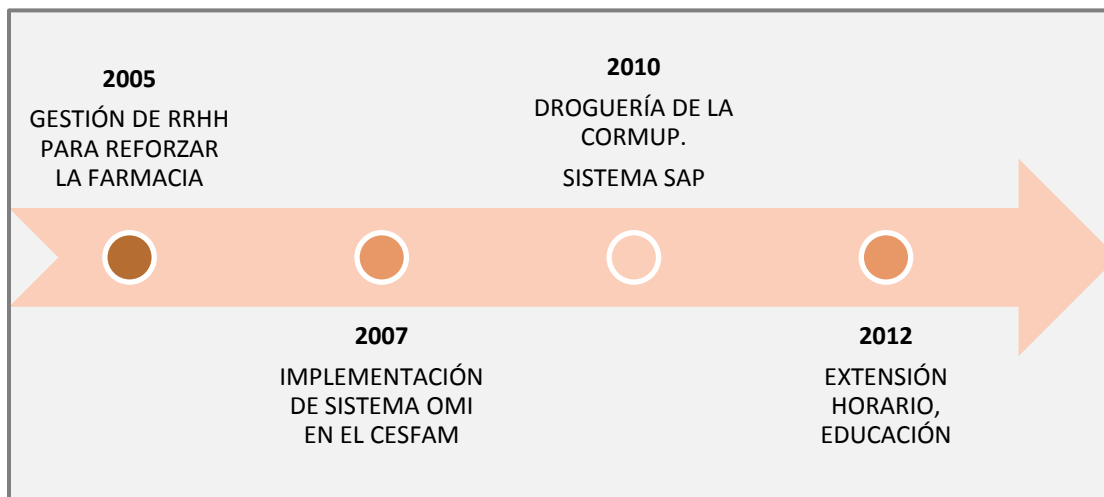
Este sistema habría mejorado la gestión de stocks y, muy destacadamente, liberado importantes recursos administrativos de registro y orden en el consultorio (normalmente existían desórdenes por procesos manuales).

3. Gestión en el consultorio. Esta última línea de trabajo consiste en una optimización del uso de los recursos existentes a través del rediseño de ciertos procesos. La práctica consiste en la implementación de las siguientes acciones:

- mejorar la organización de los turnos de funcionarios que atienden la farmacia. Se busca mantener un número (en momentos peak) de 4 ventanillas abiertas, para lo cual se recurre a funcionarios que normalmente no hacen funciones de farmacia (polifuncionalidad).
- Se establecieron estándares de atención (Si la cola tiene más de 10 personas se debe poner un refuerzo)
- Extensión del horario de atención en la tarde (desde 8 a 19 hrs.) incluyendo los días sábados, generando más oportunidades de uso del servicio de tal modo de descongestionar momentos peak; para esto se requirió la contratación de dos auxiliares de farmacia extra en el horario extendido. Uno de estos funcionarios lo financia la Dirección de Salud y el otro el CESFAM.
- Educación y comunicación a los pacientes de los nuevos horarios (se debe cambiar costumbres), se mandó a hacer un letrero muy grande con horarios nuevos.
- Despacho de medicamentos hasta un máximo de tres meses en casos de pacientes crónicos compensados (antes debían pedir una receta todos los meses), lo que permite reducir la congestión en farmacia.

La implementación de esta práctica fue por etapas. El 2005 se empieza a realizar Gestión de RRHH para reforzar la cola de la farmacia. El 2007 se implementa el sistema OMI web en el CESFAM, el que incluye Ficha Electrónica y Agenda Electrónica. El año 2010 se comienza a desarrollar el cambio en CORMUP, cuando Rosa Ana Inojosa se hace cargo del proyecto de la droguería. Ese mismo año la Corporación Municipal comenzó a implementar el sistema SAP, por lo tanto aprovecharon la instalación de este software para actualizar la información de stock. Finalmente, el año 2012 se amplían los horarios de atención, se establecen estándares y se toman medidas educativas para aplanar la demanda.

Ilustración 13: Línea de Tiempo de Implementación de la Práctica



Fuente: Elaboración Propia

5.3.5 Resultados

Como primer acercamiento, a nivel cualitativo, el Director del CESFAM evalúa que habría existido una disminución del tiempo de atención de los pacientes y en general una mejoría en la calidad del servicio. Según sus estimaciones, la demora aproximada de un usuario en la farmacia en horario valle es de 5 minutos; y en horarios peak (30-40 personas en la fila) sería de 30 minutos.

El Director también destacó los siguientes resultados a nivel cualitativo:

- Disminución del número de quiebres de stock producidos en farmacia.
- Aumento del nivel de satisfacción de los pacientes que retiran medicamentos en la Farmacia de los Centros de Salud
- Disminución del número de medicamentos desechados por vencimiento en la Bodega de la CORMUP.

5.3.5.1 Levantamiento de Indicadores de Gestión y Satisfacción Usuaría

Como ya se explicó detalladamente en el capítulo de Metodología de este informe³¹, para esta práctica se realizó el levantamiento tanto de un indicador de gestión (Tiempo promedio de espera en la farmacia) como de indicadores de satisfacción usuaria a través de una encuesta realizada a los usuarios de la farmacia. De esta forma se obtuvieron indicadores cuantitativos para la evaluación de resultados de la implementación de la práctica.

a) *Tiempo promedio de espera en farmacia*

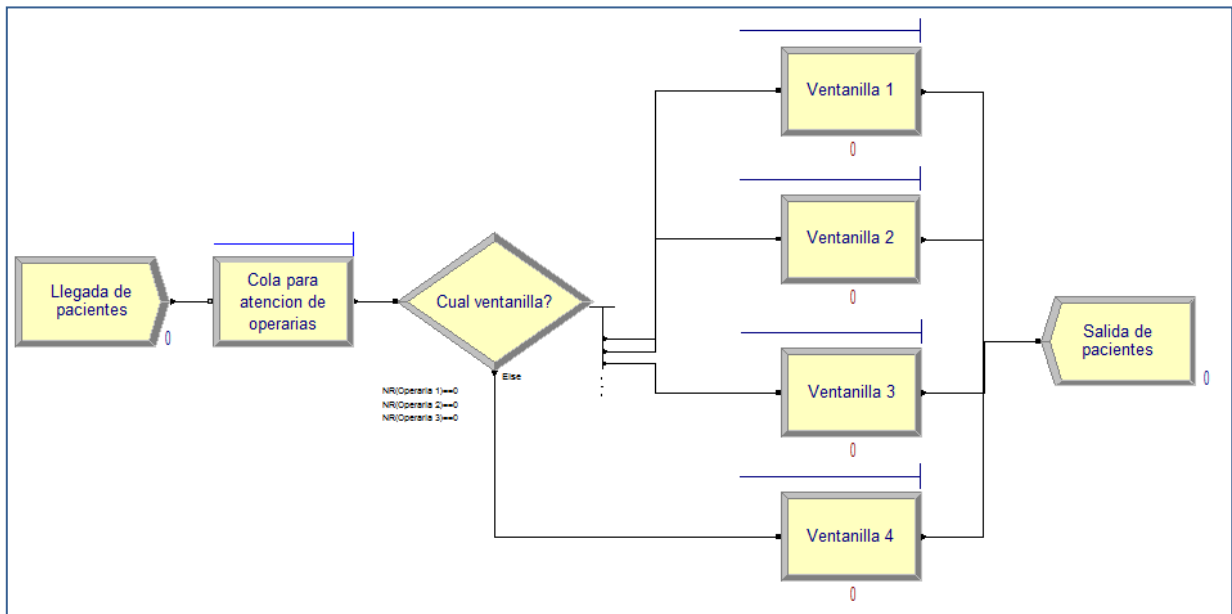
El indicador levantado para evaluar la práctica es el tiempo promedio de espera que existe actualmente en la cola de la farmacia.

³¹ Sección 4.5 y 4.6 “Simulación de Sistemas de Cola” y “Encuestas de Satisfacción Usuaría”.

El modelo de simulación del proceso de atención de la farmacia se puede observar en la Ilustración 11. Como se puede apreciar, el proceso comienza con la llegada de pacientes, los que deben esperar a ser atendidos en una cola única de espera (organizada mediante un turnomático). Cuando llega el turno de un paciente, este debe dirigirse a la ventanilla de atención desocupada que lo llamó. Luego de transcurrido el tiempo de atención, el paciente sale finalmente del sistema.

El tiempo de simulación fue de tres horas, representando así el horario punta del CESFAM (entre 9 y 12 AM), y con un total de 15 replicaciones, que permite sacar un promedio de reiteradas repeticiones de la simulación.

Ilustración 14: Modelo de Simulación Sistema de Farmacia



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Bajo estas condiciones, los resultados obtenidos indican que el tiempo promedio de espera en la cola de atención de la farmacia es de **39 minutos**. Por otro lado, el número de personas promedio en la fila es de **30 personas**.³²

Este resultado efectivamente tiene relación con lo que se percibe al observar el funcionamiento del sistema de cola que se desarrolla en la farmacia en el horario punta.

Si bien no existen datos anteriores para compararlos con la situación actual y medir la mejoría en los tiempos de espera después de implementar las diferentes prácticas ya explicadas a lo largo del capítulo, sería interesante volver a realizar mediciones en seis meses para evaluar nuevamente la práctica una vez que esté más consolidada. No hay que olvidar que esta práctica se

³² En el Anexo B se incluye la tabla de resultados de la simulación de sistema de cola en la farmacia.

comenzó a desarrollar en marzo del 2012, por lo que se puede presumir que aún no llega a una etapa de estabilidad y por ende aún se podrían observar mejorías.

b) Encuesta de Satisfacción Usuaría

Como ya se mencionó en la sección 5.2.4 (Problema a Resolver), en enero del 2012, la Cormup realizó una encuesta de satisfacción usuaria en todos los CESFAM de la comuna de Peñalolén a cargo de la empresa “Voces rsrch”. En dicha encuesta, Carol Urzúa obtuvo la peor puntuación en los ítems de satisfacción con los tiempos de espera para retirar medicamentos y con el despacho en la entrega de medicamentos.

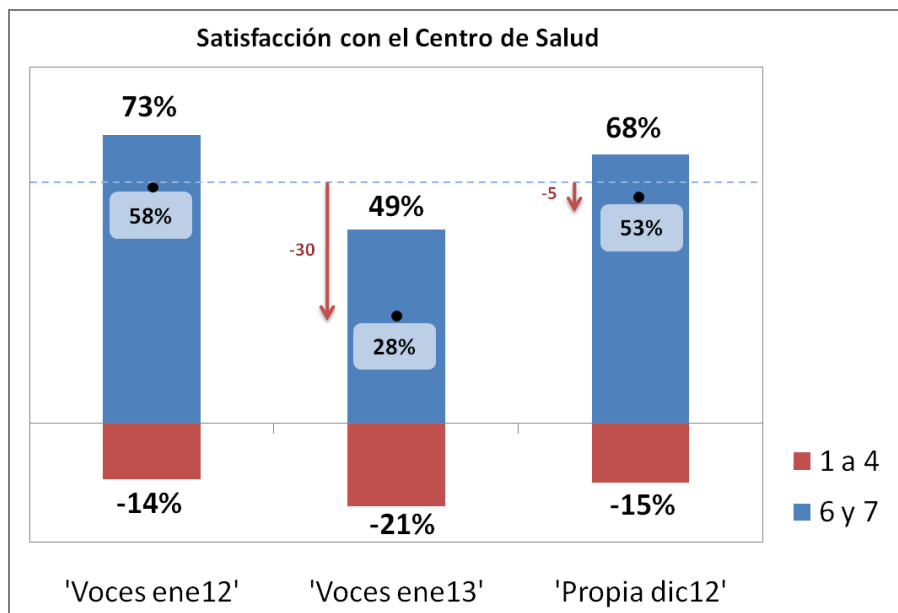
Esta encuesta era la única línea base que se tenía para realizar algún tipo de comparación entre las situaciones pre y post implementación de la práctica (y aún no se había realizado una segunda versión de esta encuesta por parte de la Cormup que permitiera medir la evolución de la satisfacción usuaria). Por esta razón, en diciembre de 2012, y en el marco de esta investigación, se realizaron 40 encuestas de satisfacción a usuarios del CESFAM para comparar los resultados con la encuesta de enero de 2012 y observar la evolución de las respuestas. Sin embargo, el día 13 de enero de 2013 fueron publicados los resultados de la nueva encuesta de satisfacción usuaria a cargo de “Voces rsrch”, por lo que se compararán con la línea base tanto los nuevos resultados de la encuesta de la Cormup, como los datos obtenidos mediante la encuesta propia realizada por este estudio.

A modo de facilitar la nomenclatura de las tres encuestas antes mencionadas se definirán los siguientes nombres para cada una de ellas:

- ‘Voces ene12’: Encuesta publicada por “Voces rsrch” en enero de 2012.
- ‘Voces ene13’: Encuesta publicada por “Voces rsrch” en enero de 2013.
- ‘Propia dic12’: Encuesta realizada en el marco de este estudio en diciembre de 2012.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con las encuestas:

Ilustración 15: Resultados Pregunta 1 Encuesta de Satisfacción Usuaría



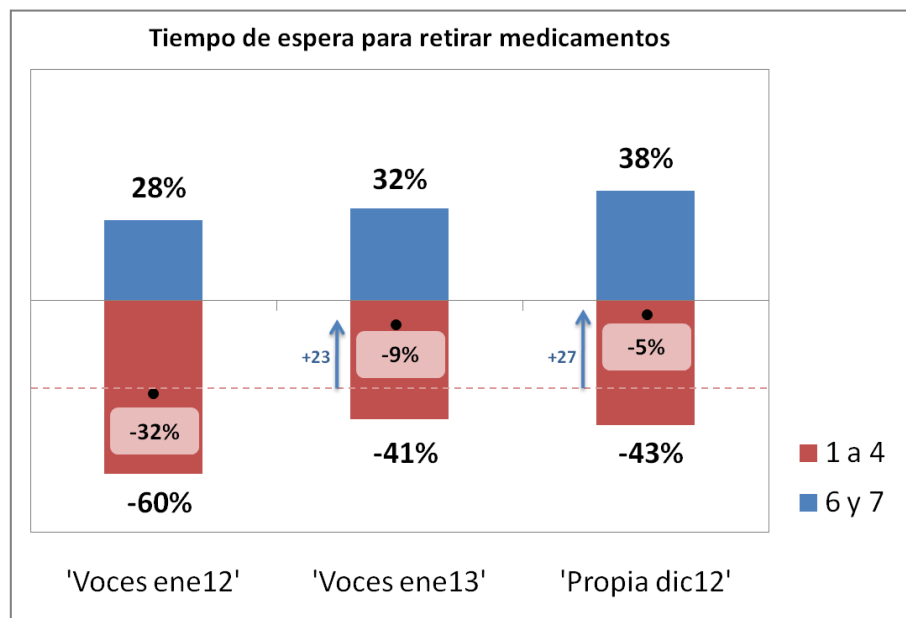
Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico anterior, frente a la pregunta de satisfacción con el Centro de Salud se obtienen los siguientes resultados:

- En 'Voces ene13' un 49% de los encuestados lo evalúa con nota entre 6 y 7, indicando estar satisfechos. Por otro lado, un 21% de los encuestados se manifiesta insatisfecho, evaluando el centro con nota entre 1 y 4. La evaluación neta del Centro es un 28%. Este resultado implica una disminución de 30 puntos porcentuales en la evaluación neta con respecto a 'Voces ene12'.
- En 'Propia dic12' un 68% de los encuestados lo evalúa con nota entre 6 y 7 y 15% de los encuestados se manifiesta insatisfecho. La evaluación neta del Centro es un 53%. Este resultado implica una disminución de 5 puntos porcentuales en la evaluación neta con respecto a 'Voces ene12'.

Ambas encuestas indican que hubo una disminución de la Satisfacción general con el Centro de Salud, no obstante el resultado sigue indicando que existe una percepción positiva de los usuarios.

Ilustración 16: Resultados Pregunta 2 Encuesta de Satisfacción Usuaría

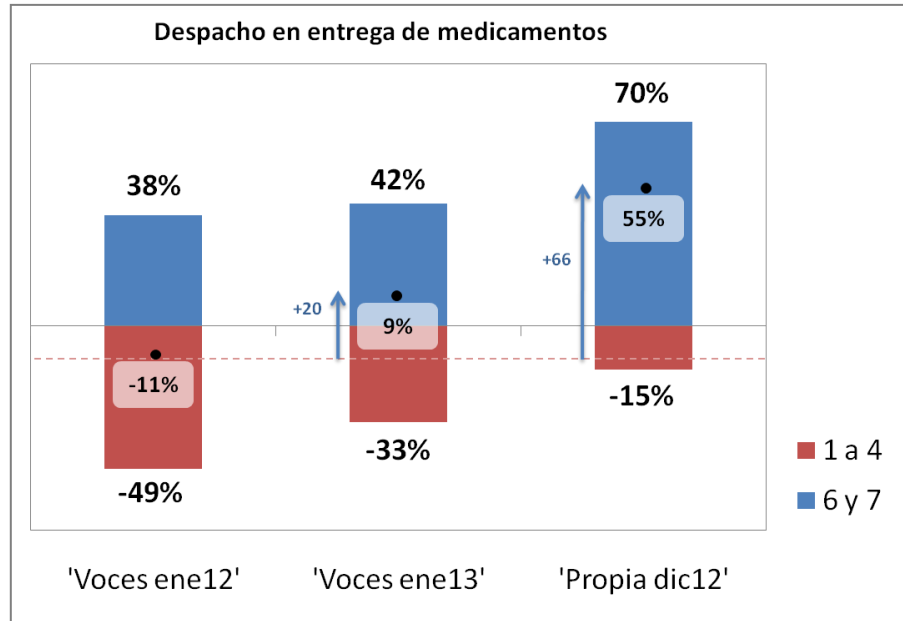


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico anterior, frente a la pregunta de satisfacción con los tiempos de espera para retirar medicamentos, las dos encuestas obtuvieron resultados similares. En 'Voces ene13' la satisfacción neta es de -9% (32% se encuentra satisfecho, frente a un 41% que está insatisfecho), es decir un aumento de 23 puntos porcentuales respecto a la misma encuesta realizada el año anterior. Por otro lado, en 'Propia dic12' la satisfacción neta es de -5% (38% se encuentra satisfecho, frente a un 41% que está insatisfecho), es decir un aumento de 27 puntos porcentuales respecto a 'Voces ene12'.

Ambos resultados son muy cercanos y refuerzan la evaluación de que los usuarios sí han percibido las mejoras tras la implementación de la práctica durante un año.

Ilustración 17: Resultados Pregunta 3 Encuesta de Satisfacción Usuaría



Fuente: Elaboración propia

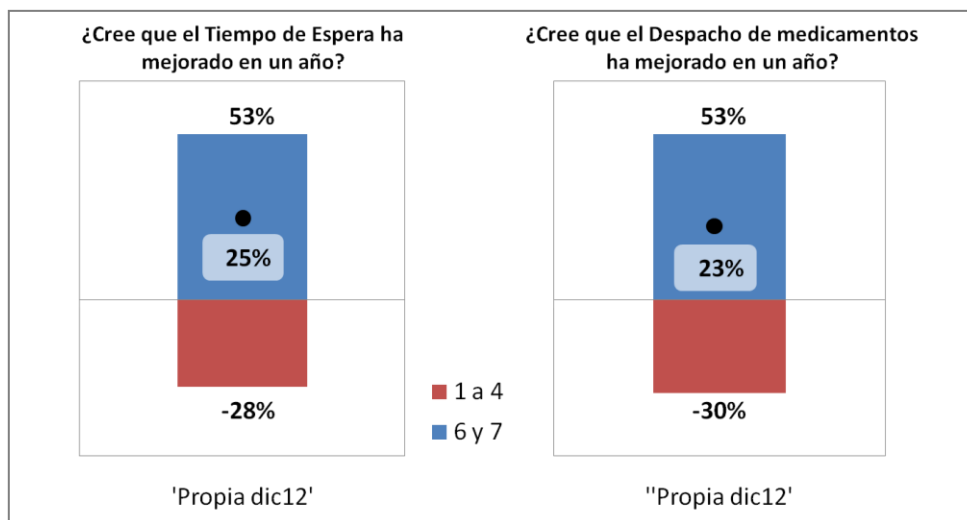
Evaluando ahora la satisfacción de los usuarios con el despacho en la entrega de medicamentos, en 'Voces ene13' se obtuvo una evaluación neta de 9% (con un 42% de evaluaciones positivas frente a un 33% de negativas), es decir, un aumento de 20 puntos porcentuales respecto a la misma encuesta realizada el año anterior. Por otro lado, en 'Propia dic12' se obtuvo una evaluación neta de 55% (con un 70% de evaluaciones positivas frente a un 15% de negativas), es decir, un aumento de 66 puntos porcentuales respecto a 'Voces ene12'

Si bien en 'Voces ene13' el aumento fue tres veces menor que en 'Propia dic12' (20 vs 66) (y este resultado es más confiable debido a que fue realizado por la misma empresa que la que generó la línea base) ambos resultados tienen una lectura positiva, ya que implican un aumento significativo de la percepción de satisfacción en solo un año.

Las últimas dos preguntas que se detallarán a continuación no tienen línea base ya que fueron diseñadas para 'Propia dic12'. El objetivo de estas preguntas es evaluar si los usuarios perciben alguna evolución en el servicio de la farmacia en el transcurso del último año.

Como se puede ver en el gráfico que se encuentra a continuación, un 53% de los encuestados cree que el tiempo de espera en el despacho de medicamentos ha mejorado en el transcurso del último año, y un 28% no ha percibido ningún cambio. El balance es positivo con un 25% de evaluación neta. Por otro lado, un 53% cree que el despacho de medicamentos ha mejorado, frente un 30% que piensa que no. En total, un 23% de evaluación neta. Los resultados se pueden observar a continuación:

Ilustración 18: Resultados Preguntas 4 y 5 Encuesta de Satisfacción Usuaría



Fuente: Elaboración propia

Estos resultados indican que los usuarios sí percibieron un cambio en la gestión del servicio entregado por la farmacia. Lo que también se refleja en el aumento de la evaluación de satisfacción que manifestaron en las preguntas 2 y 3.

Los resultados de las dos encuestas expuestas anteriormente confirman que en el transcurso del último año se han desarrollado mejoras en la calidad de atención y servicio entregado por la farmacia, por lo que la satisfacción usuaria resulta ser un buen indicador para la práctica.

5.3.6 Ámbitos de Gestión involucrados en la práctica

Las entrevistas realizadas al Director del CESFAM, Álvaro Medina, y a la encargada de la Droguería, Rosa Ana Inojosa, indican que la gestión de la práctica involucra varios de los quince ámbitos de análisis organizacional descritos en el texto *Sistemas Complejos y Gestión Pública* (Waissbluth, 2008).

APRENDIZAJE

A partir de esta práctica se generaron instancias de capacitación para su aprendizaje. Estas instancias consistieron en capacitaciones presenciales al personal que apoyaría la farmacia en horarios peak. Una vez capacitadas pasan a formar parte del Personal en Contacto (PEC). Estas personas son también capacitadas en el uso del sistema informático que utiliza la farmacia.

Adicionalmente se capacitó a los médicos para que aprendieran a realizar recetas a través del sistema OMI.

CLIMA ORGANIZACIONAL

Desde el año 2005, en que se empezó a implementar la rotación de personal para reforzar la atención en las farmacias de los Centros de Salud, se requirió un cambio cultural ya que muchos profesionales se resisten a ejercer labores que no pertenecen a su asignación de tareas por las cuales fueron contratados.

A su vez, existía gran resistencia a formar parte del PEC, ya que el trato directo con pacientes es un trabajo más pesado que el resto.

La estrategia para sortear estas resistencias al cambio consistió en motivación e incentivos. En primer lugar, se mostró a los funcionarios los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes, las que indicaban que el peor nivel de servicio de los Centros de Atención se producía en cola de expendio de medicamentos. Evidenciarles el problema fue clave para que asumieran el desafío e indujo a la colaboración de todo el equipo para lograr mejorar estos indicadores y de este modo mejorar el nivel de servicio general del Centro.

Por otro lado, se crearon incentivos para que los funcionarios quisieran integrarse al PEC, ofreciendo la posibilidad de acceder a horas extras a quienes se ofrecieran para esta tarea.

Finalmente, para hacer frente a la arraigada cultura existente en el personal de farmacia de “protección de los recursos”, se declaró que la pérdida de recursos no sería sancionado; y se pasó de un enfoque de cuidador de recursos a un enfoque de servicio al cliente.

CONTROL DE GESTIÓN

Existe un registro diario de los quiebres de stock en farmacias. Esto se analiza mensualmente para determinar el desempeño de la CORMUP en el abastecimiento de los Centros de Salud.

Por otro lado, no existen medidas de control de gestión para el funcionamiento de la farmacia. La única medición de este ítem se realiza anualmente mediante una encuesta de satisfacción usuaria. El CESFAM no realiza ningún tipo de medición alternativa.

CULTURA Y VALORES

Fue necesario forzar un cambio cultural en la organización para que los funcionarios aceptaran rotar en sus puestos de trabajo para reforzar la farmacia en el horario punta.

También fue necesario cambiar la cultura organizacional basada en la “protección de recursos” para avanzar hacia una cultura de “atención al cliente”.

INCENTIVOS

Para la implementación efectiva de la práctica fue necesario implementar incentivos, esto se debe a que ser funcionario de farmacia es una tarea resistida por el personal. Por esta razón se ofrece la posibilidad de acceder a horas extras a quienes se ofrecieran para esta tarea, de esta manera se crearon incentivos para que los funcionarios quisieran integrarse al PEC (Personal en Contacto).

LIDERAZGO

Para la implementación de la práctica fue necesario contar con líderes que jugaran un papel clave, ya que varias dimensiones de la práctica implican cambios en la cultura organizacional que cuesta desarraigar.

Una de las líderes clave fue Estrella Arancibia, quien gestionó la implementación de la droguería en la CORMUP. Por otro lado, el Director del CESFAM, Álvaro Medina, fue quien detectó que era necesario cambiar la cultura organizacional hacia una “atención al cliente”

PERSONAS Y FUNCIONES

La extensión horaria del despacho de medicamentos requirió de dos auxiliares de farmacia adicionales del que normalmente se tiene contratado en un Centro de Salud. Por otro lado, el nuevo estándar de atención establecido requiere que haya 4 personas atendiendo la farmacia en horarios peak.

En cuanto a las competencias técnicas necesarias para el desarrollo de la práctica, se destaca la necesidad de que el personal se maneje en el uso del sistema OMI (tanto el personal de farmacia como los médicos)

PROCESOS DE SOPORTE

En los centros de Salud se trabaja con el software OMI. Cada vez que un paciente es atendido por el médico y se genera una prescripción de medicamentos en OMI, el paciente debe acudir a farmacia para que su receta sea dispensada.

Una vez dispensada la receta el sistema rebaja en forma automática el saldo disponible, registrando el consumo por medicamento. Luego, el funcionario lo registra también en Excel.

En base a lo anterior, cada centro de salud debe realizar pedidos para obtener la reposición de stock en base los consumos y saldos de medicamentos.

PROCESOS PARA AGREGAR VALOR

Los procesos sustanciales que se requieren para la implementación efectiva de la práctica son:

- La gestión de RRHH dentro de los Centros de Salud para reforzar la atención de la Farmacia en horarios punta.
- Negociación de la Encargada de la Droguería con proveedores distintos de CENABAST, para asegurar que los medicamentos estarán disponibles cuando se requieren (CENABAST tiene un 60% de cumplimiento en la entrega)

SERVICIO

La práctica implementada constituye un cambio en la entrega de servicios del CESFAM, lo que se materializa en los siguientes puntos:

- Extensión del horario de atención en la farmacia para pacientes crónicos. El nuevo horario es de 8:00 a 19:00 hrs. de lunes a sábado.
- Reducción de los tiempos de espera en la cola de expendio de medicamentos.
- Reducción de los quiebres de stock en Farmacias de Centros de Atención Primaria (mejora de la calidad de Servicio)

INFRAESTRUCTURA

La construcción de la Droguería es un elemento crítico, ya que permitió ordenar el sistema de Gestión de Farmacias a nivel Municipal, permitiendo:

- Realizar compra centralizada de medicamentos
- Almacenar y administrar los “medicamentos controlados”. (Sin droguería, el despacho tiene que ser directo desde el proveedor al CESFAM)
- Mantener almacenados en óptimas condiciones los medicamentos
- Abastecer continuamente a los Centros de Salud

- Gestionar el intercambio con otros municipios de productos sobrantes.

RECURSOS FINANCIEROS

Se requirieron los siguientes recursos financieros para la implementación de la práctica:

- A nivel de CORMUP, se destinaron recursos importantes para la construcción de la Droguería certificada y para la instalación del software SAP.
- A nivel de CESFAM, para la extensión horaria del despacho de farmacia, se requirió la contratación de dos auxiliares de farmacia extra, cada uno de los cuales tienen un costo de \$2.600 la hora. Uno de estos auxiliares extra fue financiado por la Dirección de Salud.
- Finalmente, se realizó la adquisición de un turnomático (tablero electrónico para el sistema de turno en la fila) que fue costado por el CESFAM.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Para la instalación de la práctica en el CESFAM se requirió la implementación del sistema OMI, el que permite disponer de Ficha Electrónica y Agenda Electrónica.

Para la Droguería se requirió la instalación del sistema SAP, el que permite ingresar las guías de despacho a cada Consultorio y tener un registro en línea del stock de la bodega.

NORMAS Y POLÍTICAS

En la organización existían muchas normas informales para el control de la entrega de medicamentos, que exigían al paciente una serie de condiciones para que se le entregara el medicamento. Muchas de estas normas habían sido inventadas por el propio personal a través de los años y no respondían a una normativa vigente a nivel ministerial o comunal (por ej. Para retirar un medicamento, la receta debía ser del mismo día en que fue extendida, si no caducaba). El Director detectó estas normas y retiró una serie de estas medidas para agilizar el despacho.

5.3.7 Dificultades para la implementación

En la implementación surgieron diversas dificultades:

- Una dificultad clave fue la cultura burocrática del sistema de despacho de medicamentos, que tendía a sobre-regular la entrega de fármacos (ej. se exigía llevar frascos vacíos para entregar nuevos productos). Esto se basaba en la creencia, muy arraigada en el personal, de que los pacientes no usan bien los medicamentos (ej. Los venden en ferias) y que por otro lado, existe escasez de medicamentos (quiebres de stock) por lo cual se debe proteger los recursos. Esta cultura fue un obstáculo, ya que el personal se resistía a cambiar sus medidas de control.
- En la misma línea, existe cierto temor a cometer errores que le impliquen faltas administrativas. Todo esto tiende a hacer menos ágil el servicio de farmacia.
- Por otro lado, la atención de pacientes en farmacias es uno de los trabajos menos preferidos por los funcionarios de consultorios debido a la complejidad de recibir presión de los pacientes que esperan y por ser un trabajo bastante continuo. Por lo tanto se dificulta reclutar personal para reforzar la farmacia.

Finalmente, es difícil cambiar el comportamiento de los pacientes, los que están acostumbrados a retirar sus medicamentos en la mañana. Esto produce grandes atochamientos en el horario peak, y horarios valles en que no asiste gente a la farmacia. Aplanar la demanda en este servicio es un proceso que requiere mucho tiempo.

5.3.8 Factores “Habilitantes” Básicos para la Implementación de la Práctica

Una vez finalizado el proceso de levantamiento de la práctica, es necesario analizar la información recopilada e identificar cuáles son los factores clave que se requieren para lograr implementarla exitosamente. A estos factores se les denominará como “habilitantes”. Es importante destacar que en una eventual transferencia, el Centro que reciba la práctica debe cumplir las condiciones que requiere su implementación y debe ser capaz de gestionar los recursos clave que la práctica considera como requisito.

Los factores habilitantes para la implementación de la Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos son los siguientes:

- Ampliación de la farmacia: habilitación de nuevas ventanillas de atención.
- Factibilidad de realizar una capacitación de personal que apoyará la farmacia.
- Adquisición de un turnomático.
- Compromiso de la gerencia con la gestión del cambio desde una cultura organizacional basada en la “protección de recursos” a una de “calidad de servicio al cliente”.
- Para la implementación de la droguería o bien, de una aproximación a esta, se requiere la disposición y compromiso por parte de la Corporación Municipal por implementar una buena gestión de sus medicamentos, para garantizar la disponibilidad para sus Centros de Salud. Esto pasa por desarrollar una buena relación con sus proveedores. No es necesario obtener la certificación de la droguería para esto.

Disponer de un software de gestión en el consultorio permite una atención más rápida y un ahorro de HH³³ en la gestión de stock de la farmacia, sin embargo no es indispensable para la implementación de la práctica.

5.4 2° PRÁCTICA: CONSULTA ÚNICA PARA PACIENTES CRÓNICOS CON VARIAS PATOLOGÍAS, PUENTE ALTO

5.4.1 Información de Contacto

Organización	CESFAM San Alberto Hurtado
Nombre contacto	Fernando Pobrete
Cargo contacto	Director CESFAM
Correo-e contacto	fpoblete@med.puc.cl
Responsable práctica	Claudia Acevedo
Cargo responsable	Enfermera Coordinadora
Correo-e responsable	claudia.acevedov@gmail.com

³³ Horas Hombre

5.4.2 Contexto organizacional

En primer lugar, es importante destacar que el CESFAM San Alberto Hurtado forma parte del proyecto Áncora de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Este proyecto consiste en un acuerdo público-privado para la construcción y administración de Centros de Atención primaria en la red de salud del Servicio de Salud Sur Oriente de Santiago.

A la Universidad Católica le corresponde la construcción de estos Centros de Salud Familiar y su posterior administración a cargo del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, junto a las Escuelas de Enfermería, Psicología y Trabajo Social. Y aportan también con la formación de especialistas, investigación y el diseño de innovaciones. Por otro lado, el Sistema Público y el Municipio financian la operación de los Centros mediante un aporte per cápita por población inscrita y validada por FONASA, esto hasta un máximo de 20.000 personas por CESFAM. También entregan los terrenos para la construcción de los Cesfam y aportan la red de atención complementaria. Este financiamiento por parte del Sistema Público compromete al proyecto a ofrecer un plan de atención en salud familiar de amplia cobertura y resolutivez a la población inscrita (ANCORA).

Desafíos de la Organización

Volviendo al CESFAM en estudio, el San Alberto Hurtado, como todo CESFAM, tiene el desafío de responder a las necesidades de Salud de la población objetivo, garantizando tanto cobertura como calidad.

Sin embargo, este Centro tiene desafíos adicionales por su particularidad de ser parte de la Universidad. Como CESFAM perteneciente a la Red Salud UC, el Centro debe contribuir al proceso de aprendizaje de los alumnos de la Salud que son designados a éste, lo que involucra un esfuerzo de gestión adicional.

Y como parte del Proyecto Áncora, el Centro tiene el desafío de agregar valor a la función que cumple un centro promedio, a través de innovación y desarrollo, y catalizando las distintas iniciativas que surgen de académicos y del personal.

Principales problemas

El Centro enfrenta los problemas típicos que enfrentan los demás CESFAM:
Problemas de financiamiento, frente a la gran cantidad de demandas de la población.
Falta de un modelo predictivo del uso de servicios.
Dificultad para coordinar las distintas funciones

Y como parte de la Red Salud UC enfrenta desafíos adicionales:
Desafíos para integrar de mejor manera la docencia dentro de la parrilla programática.
Desafíos para incorporar el concepto de Atención Primaria dentro de la Universidad

Fortalezas y ventajas de la organización

Este Centro de Salud goza de mayor flexibilidad en cuanto a la gestión de personas debido a que por ser una asociación público-privada no debe atenerse al Estatuto de Atención Primaria

que rige al resto de los CESFAM. Por lo tanto tiene una ventaja comparativa frente a la rigidez de la Salud Pública.

Otra fortaleza es la cultura organizacional del Centro, que según la opinión del Director, se caracterizaría por presentar una mayor aceptación a los cambios, comparada con cualquier otra organización promedio. Esta ventaja se debe a que es un centro nuevo y a su dependencia con la universidad.

Clima Organizacional

Según la opinión del Director, el Centro tendría un excelente clima organizacional. Esta opinión estaría respaldada por los resultados de un estudio realizado dentro de la Red UC, donde el CESFAM San Alberto Hurtado quedó ubicado dentro de los 3 centros con mejor clima. Los factores que influyeron, según el Director, para lograr este resultado son:

- Tener un sistema organizacional muy horizontal
- La existencia de una red de apoyo entre todos los funcionarios
- Una convivencia buena entre distintos estamentos y en general entre los distintos roles del equipo.
- Está implantada la cultura de “hacer bien las cosas”

5.4.3 Problema a resolver

La motivación para implementar la práctica surge debido a la existencia de diversos problemas en la gestión de pacientes que se traducían en un gasto ineficiente de recursos y en una saturación de la demanda por consultas. Esto se debía principalmente a que cada paciente que acudía al CESFAM a solicitar una hora de atención, podía pedir una hora al profesional que deseara en la ventanilla del consultorio. No se realizaba ningún tipo de control sobre la necesidad o no de realizar la consulta.

Entre los problemas que esto implicaba, se puede destacar que los usuarios:

- que presentaban problemas crónicos consultaban inorgánicamente
- consultaban solo la patología que los aqueja en el momento que piden hora y no controlan el resto de las patologías
- dejaban consultas pendientes
- solicitaban consultas más veces de lo necesario
- faltaban a los exámenes médicos recetados
- Asistían a su hora médica sin haberse realizado los exámenes, por lo que la consulta no tenía utilidad.
- Etc.

Es importante destacar que aproximadamente el 25 a 30% del tiempo disponible para atención médica es utilizado por pacientes Hipertensos y diabéticos, los que además requieren de un gasto en farmacia muy alto, y control por otros profesionales. Por lo que una optimización del uso de estas horas tiene un gran impacto en la gestión del consultorio. La implementación de la práctica logró hacerse cargo de la agenda de los pacientes y ser más eficientes en el tratamiento entregado.

5.4.3.1 Público Objetivo de la Práctica

Los beneficiarios son tanto los usuarios que presentan una o varias de las siguientes patologías: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y/o Dislipidemia, como también es beneficiario el Centro de Salud y el equipo de salud que lo integra.

5.4.4 Solución Planteada

La práctica consiste en el Cuidado Guiado (o Gestión de Casos³⁴), proceso que se fundamenta en tres principios fundamentales:

- Control sobre el cuidado integral y seguimiento continuo del paciente
- Priorización de las prestaciones médicas y no médicas
- Trabajo coordinado por enfermera con un equipo multidisciplinario.

La práctica está a cargo de las enfermeras del Centro de Salud, cada una de ellas es la enfermera de cabecera de un grupo de pacientes debiendo:

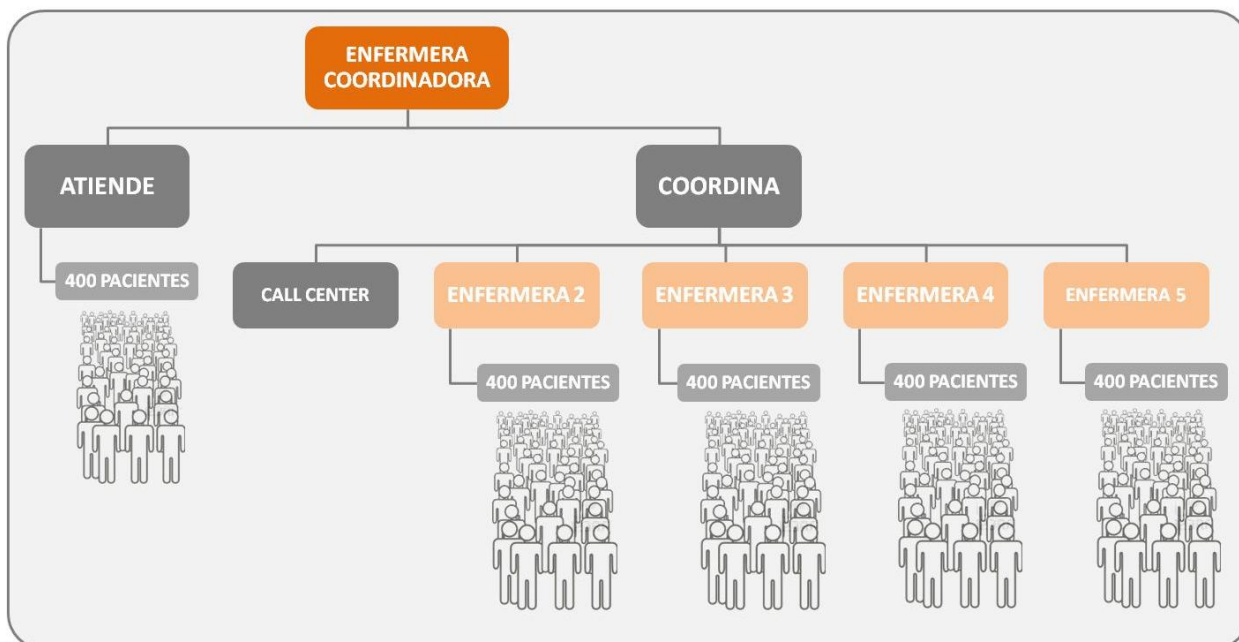
- Planificar las intervenciones no médicas y médicas que le corresponde a cada paciente,
- Realizar un control de la evolución de cada uno,
- Designar las horas de acuerdo a una priorización de los pacientes que más lo necesitan,
- Controlar que el plan definido al final de cada mes, como por ejemplo, si el usuario asistió finalmente a la consulta asignada o a la toma de exámenes.

Hay 5 enfermeras en el CESFAM. Cada una de ellas tiene que destinar dos horas semanales para realizar la Gestión de Casos y está a cargo de alrededor de 400 pacientes. (El centro atiende a unos 2000 pacientes crónicos aproximadamente). En ese tiempo las enfermeras revisan una planilla estandarizada con información mínima relevante para tomar decisiones (o en su defecto en algunos casos la ficha de los pacientes), evalúan los antecedentes y llenan el protocolo de Gestión de Casos SAH:

- Se evalúa al usuario con respecto a la compensación, RCV, exámenes al día, controles al día, y renovación de medicamentos para decidir los siguientes controles que le corresponderían.
- Dentro del protocolo, en observaciones se dejan indicaciones importantes para que el profesional, al controlar al usuario, no olvide datos que registrar, IC y derive correctamente.

³⁴ El concepto de la Gestión de Casos es ampliamente estudiado y aplicado en el mundo. El Ministerio de Salud aplicó este concepto en los años noventa para desarrollar EFAM-Chile, un instrumento aplicado a la APS para enfrentar el desafío de prevenir o contener la dependencia de adultos mayores a través de la estrategia de Gestor de Casos de Adultos Mayores en Riesgo de Dependencia (MINSAL, 2010). En la gestión de casos, los profesionales de la salud especialmente entrenados, como enfermeras y asistentes sociales, ayudan a los pacientes a gestionar afecciones crónicas a largo plazo. Los gestores de casos tienen muchas de las funciones de asesoría y seguimiento de pacientes. (MINSAL, 2010).

Ilustración 19: Diagrama ilustrativo sobre la práctica Gestión de Casos



Fuente: Elaboración Propia

Mensualmente se realiza el procedimiento “gestión de casos”, éste consiste en filtrar a todos los pacientes a los que se les ha indicado control en el mes actual. Para lo anterior hay tres filtros. El primero consiste en que los controles fijados por el médico deben ser confirmados por la enfermera buscando ajustar los controles médicos necesarios a los reales requerimientos del paciente, evitando así sobre-controles que pueden ser resueltos por otras vías posibles. El segundo filtro consiste en identificar los controles fijados en la gestión de casos del mes anterior para el mes en curso, buscando contactarlos para confirmar la hora. Y finalmente, el tercer filtro consiste en revisar a los pacientes que en la gestión de casos del mes anterior se les fijó volver a revisar en el mes en curso, chequeando su ficha (la que contiene los últimos resultados de los exámenes y de la última consulta), para luego establecer si es necesario asignarle una hora en el mes actual.

En este procedimiento se prioriza a los pacientes descompensados. Si el total de pacientes es de 400, luego de este filtro quedan 120 pacientes aproximadamente. Este proceso se realiza idealmente sin consultar la ficha, sino que un conjunto de datos de los pacientes extraídos del sistema de registro, y que permiten en un tiempo breve definir los pasos a seguir según estos antecedentes. Con lo anterior se ahorra tiempo, haciendo más eficiente la toma de decisiones con cada paciente.

Una vez que se han seleccionado a los pacientes que requieren una hora en el mes en curso se asignan las horas y se les realiza una notificación por teléfono. Si no se puede establecer comunicación se envía una notificación a domicilio. Esta tarea la realiza la UGI (Unidad Gestión Informática), la que los lunes de cada semana, recibe la lista de usuarios vistos por Gestión de Casos, y dos profesionales administrativos se encargan de realizar la citación telefónica a cada paciente para su próximo control, indicando: fecha, profesional correspondiente, tiempo de control y si debe traer exámenes en la siguiente cita. Últimamente se ha incorporado el *papanicolau* y al adulto mayor a las patologías cubiertas por esta práctica.

Otros aspectos relevantes:

- Mensualmente se contabiliza cuántos pacientes están a cargo de cada enfermera y se redistribuyen de modo que sea una cantidad equitativa.
- Para asignar a un paciente a una enfermera de cabecera se debe ingresar al sistema OMI, ingresar a la agenda de pendientes y cambiar en ficha administrativa el médico asignado, poniendo sigla OMI de la enfermera.
- Los pacientes deben tener un seguimiento a final de cada mes, comparando lo que se determinó en la gestión de casos con lo que finalmente realizó el usuario.
- Cuando un paciente crónico solicita una hora en ventanilla, se le explica el procedimiento de la Gestión de Casos y se lo deja registrado en la “Agenda Gestión de Casos”. Cada tarde, una enfermera evalúa a los pacientes ingresados en esta agenda (en forma no presencial, revisando su ficha o antecedentes), le solicita los exámenes que correspondan y una vez que llegan los resultados se le agenda una hora si corresponde.

5.4.5 Resultados

Según la opinión del Director del CESFAM y de la Enfermera Coordinadora, la implementación de la práctica logró hacerse cargo de la agenda de los pacientes y ser más eficientes en el tratamiento entregado.

Eventualmente se podrían evaluar resultados cuantitativos de la práctica realizando un análisis sobre la evolución de la compensación de los pacientes en un determinado período y midiendo si hubo mejorías después de la implementación de la Gestión de Casos. Sin embargo, no es posible obtener los datos necesarios para esto, ya que la información que se requiere está contenida en la Ficha Electrónica de cada paciente, que debe ser administrada bajo estricta confidencialidad por parte del Centro de Salud. No obstante, los entrevistados, al ser consultados sobre esto, hacen una evaluación cualitativa y evalúan que sí existe una mejoría en la compensación de los pacientes.

Si bien no se pueden obtener datos duros que corroboren los resultados de la práctica ya que no existe una línea base con la cual comparar los resultados, se identificó que la cantidad de registros es un buen aproximador de la calidad de atención. Según el Director del CESFAM, la cantidad de registros de los pacientes tiene una correlación positiva con la calidad de atención, ya que una mayor cantidad de registros se obtiene, entre otras cosas, gracias a una mayor cantidad de exámenes realizados, a una mejor especificación en los registros de las consultas por parte de los médicos, etc. (todo lo cual es abarcado por la Gestión de Casos) Por lo que finalmente, una mayor cantidad de registros se traduce en diagnósticos más exhaustivos de la situación del paciente y en la posibilidad de entregar una mejor respuesta frente a sus problemáticas. Frente a esto, el Director indica que la cantidad de registros han aumentado significativamente desde la implementación de la Gestión de Casos.

En síntesis, a nivel cualitativo se detectaron los siguientes resultados:

Para los Pacientes:

- Hay una gestión personalizada de la agenda de cada paciente, optimizando sus visitas al Centro de Salud.
- Se mejora la calidad de vida de los pacientes y la satisfacción con el servicio.

Para el Centro de Salud:

- Hay grandes mejorías en las prestaciones de salud, es decir, se atiende a una mayor cantidad de pacientes y se disminuye la fragmentación de las prestaciones.
- Se prioriza la atención a pacientes que más lo necesitan (uso más eficiente de recursos escasos)
- Se ahorran recursos al evitar acciones innecesarias: se evitan horas que no proceden, se toman una sola vez los exámenes, etc.
- Promueve la integración de las distintas áreas de la salud en un trabajo interdisciplinario.

5.4.6 Ámbitos de Gestión involucrados en la práctica

Las entrevistas realizadas al Director del CESFAM, Fernando Poblete y a la enfermera coordinadora, Claudia Acevedo, indican que la gestión de la práctica involucra varios de los quince ámbitos de análisis organizacional descritos en el texto *Sistemas Complejos y Gestión Pública* (Waissbluth, 2008).

APRENDIZAJE

A partir de esta práctica se generaron instancias de capacitación para su aprendizaje. Específicamente, la práctica involucra la realización de una inducción a las enfermeras y paramédicos seleccionados para la Gestión de Casos. Para esto se desarrolló un flujograma, el que se utiliza para explicar a los nuevos funcionarios paso a paso el funcionamiento de la práctica. La capacitación se ha ido perfeccionando a través del tiempo, adquiriendo un aspecto más clínico que solo administrativo. La enfermera coordinadora es la encargada de capacitarlos personalmente en los detalles de la práctica.

Posteriormente, la inducción comprende una capacitación a cargo de un informático, el que prepara a los nuevos funcionarios para el manejo de la ficha electrónica.

Finalmente es importante destacar que a los médicos también se les hacen instrucciones para que completen correctamente las fichas electrónicas cuando atienden a un paciente.

CLIMA ORGANIZACIONAL

Inicialmente, cuando se implementó la práctica a cargo de los médicos, sí hubo resistencia al cambio ya que los médicos se resistían a incrementar su carga laboral. Esto se sumaba a que su profesión no era compatible con el trabajo metódico y disciplinado que requería la Gestión de Casos. Sin embargo, una vez que la práctica pasó a depender de las enfermeras, no se presentaron mayores resistencias al cambio.

CONTROL DE GESTIÓN

El mecanismo de control de gestión que existe para medir los resultados de la práctica es la supervisión directa por parte de la Coordinadora de la Gestión de Casos sobre el avance de cada enfermera en la revisión de las fichas de su grupo de pacientes. Las enfermeras deben cumplir con la revisión de sus 400 pacientes semana a semana, ya que esto es la base de la Gestión de Casos.

CULTURA ORGANIZACIONAL

Según las opiniones del Director del CESFAM y la Enfermera Coordinadora, la implementación de la práctica requirió modificaciones en la cultura de la organización, ya que se debió fomentar el trabajo interdisciplinario. Este trabajo fue muy complejo, ya que existe mucha desconfianza entre las personas que ejercen distintas profesiones.

Por otro lado, los médicos no tenían la costumbre de registrar todos los procedimientos que realizaban en sus consultas, por lo tanto tuvo que realizarse un trabajo de educación y capacitación en este sentido, ya que este registro resulta vital como *input* para la gestión de casos que realizan las enfermeras posteriormente.

También es importante destacar que la enfermera coordinadora debe evaluar la adecuada decisión del médico tratante desde la perspectiva individual en base a su conocimiento de las posibilidades del centro de salud en términos más poblacionales, ajustando en algunos casos las indicaciones como realizarse ciertos exámenes, controles adicionales o evaluaciones, lo que supone un cambio importante en la cultura organizacional del CESFAM.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional también se vio modificada, ya que se creó el cargo de Enfermera Coordinadora de la Gestión de Casos, quien es la responsable de supervisar el trabajo que realizan las otras tres enfermeras del CESFAM y los dos administrativos de la UGI.

LIDERAZGO

También se identifica que el liderazgo fue una componente indispensable para lograr implementar la nueva práctica. La líder natural que surgió para esto fue la Enfermera Coordinadora. Para implementar la Gestión de Casos es necesario que esta persona esté motivada y entusiasmada con el cambio y que tenga liderazgo y esté empoderada para trabajar con las otras enfermeras y con los médicos. Como también es importante que se vea secundada por un médico que garantice y respalde el trabajo que la enfermera hace al evaluar los diagnósticos y exámenes definidos por el profesional tratante de cabecera.

PERSONAS Y FUNCIONES

Es importante destacar que esta práctica se puede realizar con la misma dotación de personal que había antes, ya que si bien se implementó un cambio en el modo de hacer las cosas, solo se reordenaron las tareas que antes se hacían de forma desorganizada. Por lo tanto la práctica requiere solamente de una reorganización de los propios recursos.

Se requiere de los siguientes funcionarios:

- 2 administrativos de la UGI contactando telefónicamente a los pacientes todos los días.
- Una enfermera cada 400 pacientes crónicos, que dedique 2 horas semanales a la Gestión de Casos. (En ese caso son 5 enfermeras)
- 1 enfermera coordinadora (que es una de las 5 enfermeras del CESFAM)
- Paramédicos apoyando a las enfermeras.

Los médicos deben estar alineados con la Gestión de Casos, entregando buenos reportes de sus consultas y registrando correctamente los procedimientos en la ficha electrónica de cada paciente.

Se requiere mínimo de una enfermera cada 400 pacientes con patologías crónicas. Y dos funcionarios administrativos para la citación telefónica a los pacientes. En un caso extremo, cada enfermera puede tener a cargo muchos más pacientes, y si se integra el técnico paramédico pueden llegar a muchos más.

En cuanto a las competencias técnicas necesarias para el desarrollo de la Gestión de Casos, se identifica que la práctica requiere que tanto el personal médico como las enfermeras y paramédicos manejen el sistema de ficha y agenda electrónica, el cual funciona mediante el sistema OMI. Sin embargo, tanto en la evaluación de los pacientes para la gestión de la toma de horas, como en la priorización y aprobación de exámenes, una enfermera titulada basta para el cargo, pues cuenta con los conocimientos suficientes para la tarea. Un técnico paramédico también puede realizar la labor de gestión de casos, pero requiere de capacitación específica en el público que debe evaluar.

PROCESOS PARA AGREGAR VALOR

Los procesos sustanciales que deben ser llevados a cabo para la implementación de la práctica son la Gestión de Casos realizada por las enfermeras, el contacto telefónico para informar a los pacientes y el registro electrónico que deben hacer los médicos de lo que sucede en las consultas de sus pacientes, para alimentar el input de la Gestión de Casos.

SERVICIO

La práctica constituye un cambio en la entrega de servicios para los pacientes crónicos, ya que con la implementación de la Gestión de Casos, los pacientes no pueden solicitar hora cuando lo deseen. Deben esperar a que se les contacte y se les asigne una hora de acuerdo a la priorización que llevan a cabo las enfermeras.

El contacto telefónico también es una modalidad nueva que incorpora esta práctica.

RECURSOS FINANCIEROS

Debido a que no fue necesaria la contratación de personal extra para el desarrollo de la práctica, no se requieren recursos adicionales en RRHH. Sin embargo, esta práctica es más cara para el CESFAM que la anterior, debido a los gastos en teléfono, horas de enfermera y a que atender más pacientes conlleva a la necesidad de abastecerse de más medicamentos.

No obstante, según la opinión del Director, la práctica es costo-efectiva, ya hay grandes mejorías en los resultados y en las prestaciones de salud. Además hay ahorros al evitar acciones innecesarias (se evitan horas que no proceden, se toman una sola vez los exámenes, etc.)

De todos modos, si se quisieran abaratar los costos, se podría considerar como alternativa la opción de contratar técnicos paramédicos para realizar la gestión de casos.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Idealmente se requiere de manejo de planillas de datos (tipo Excel). En el caso de este CESFAM, la información se levanta desde una ficha electrónica generada en OMI. Sin embargo,

este modelo de trabajo se puede aplicar para casos en que se dispone de ficha en papel y cartolas para el control de los pacientes, siendo posible en cualquier contexto.

5.4.7 Dificultades para la implementación

Durante la implementación de la práctica se generaron una serie de dificultades que impidieron realizar una implementación fluida. Algunas de estas dificultades también en tradujeron en un rediseño de la práctica:

- En un comienzo, la gestión de los pacientes estaba a cargo de los médicos, por lo tanto se asignaron grupos de pacientes a los médicos. Esto funcionó durante tres meses, pero luego se desordenó. Se investigó en la literatura de Guidied Care (cuidado guiado) y Case Management (Gestión de Casos) y se reemplazó a los médicos por enfermeras. Luego se evaluó que las enfermeras son escasas en el mercado laboral, por lo tanto se consideró la posibilidad de utilizar técnicos paramédicos bajo la responsabilidad de enfermeras, ello está siendo evaluado en otro centro de salud actualmente.
- Escasez de las horas médicas (la asistencialidad general y otras causas ocupan mucho tiempo)
- Dificultad para lograr acuerdos entre médicos y enfermeras
- Dificultad para lograr un mejor registro por parte de los médicos respecto de los procedimientos y resultados derivados de la consulta de cada paciente, lo cual perjudica la práctica ya que no permite tener los inputs necesarios para la ejecución de la gestión de casos.
- El personal de la ventanilla de atención al público cedía a la presión de los pacientes que reclamaban exigiendo una hora, siendo que la práctica no permite dar horas a los pacientes.

5.4.8 Factores “Habilitantes” Básicos para la Implementación de la Práctica

Los factores habilitantes para la implementación de la Gestión de Casos son los siguientes³⁵:

- Disponer de una enfermera cada 400 pacientes. O en su defecto, paramédicos.
- Dos operarios dedicados a realizar el contacto telefónico con pacientes (confirmar horas médicas, asignar horas médicas). (En el caso del CESFAM SAH eran dos operarios de la Unidad de gestión Informática)
- Disponer de una base de datos de contactos actualizada (con teléfonos y direcciones de pacientes)
- La enfermera coordinadora debe tener, idealmente, un perfil determinado:
 - Liderazgo
 - Empoderamiento, para trabajar con médicos y liderar equipo de enfermeras
 - Capacidad para trabajo interdisciplinario
 - Motivación con el proyecto

³⁵ Recordar que en una eventual transferencia, el Centro que reciba la práctica debe cumplir las condiciones que requiere su implementación y debe ser capaz de gestionar los recursos clave que la práctica considera como requisito.

- Idealmente un software de gestión del consultorio que contenga la ficha electrónica. Sin embargo, este modelo de trabajo se puede aplicar para casos en que se dispone de ficha en papel y cartolas para el control de los pacientes, siendo posible en cualquier contexto.

5.5 3° PRÁCTICA: SISTEMA DE GESTIÓN DE AGENDAS, RECOLETA

5.5.1 Información de Contacto

Organización	Centro de Salud Familiar Quinta Bella
Correo-e contacto	central@recoletasalud.cl
Responsable práctica	Francisco Hernández
Cargo responsable	Coordinador Gestión de Agenda

5.5.2 Contexto organizacional

Desafíos de la Organización

El principal desafío que está abordando la organización actualmente es el proceso de acreditación del CESFAM. Este consiste en reuniones de los jefes de programas (Adulto, Infantil, Mujer, Salud Mental) de los CESFAM, "tutorados" por el Servicio Metropolitano Norte con la Superintendencia de Salud. El objetivo de estas reuniones es lograr cumplir estándares y protocolos mínimos para las atenciones y "Garantizar la Seguridad del Usuario". El plazo para finalizar el proceso de acreditación vence el 2014.

Principales problemas

Existen problemas de infraestructura, debido a que si bien el CESFAM cuenta con suficientes profesionales para entregar un buen servicio de salud, faltan box de atención para utilizar al máximo la capacidad de horas médicas. Un ejemplo de esto es que los médicos de Control Sano comparten box debido a la falta de espacio.

Otro problema detectado es que hace falta un sistema de gestión informático para el Centro de Salud. Los médicos hacen sus diagnósticos manualmente ya que no existe una plataforma digital que soporte estos procesos.

Por último, existe una pérdida significativa de horas de atención por concepto del Registro Estadístico Mensual (REM) y semestral (serie P). Estos procesos requieren de "días de Bajo Control", lo que significa que no hay atención a usuarios, salvo morbilidad. Esto se traduce en el cierre parcial del CESFAM por dos días hábiles cada mes, en el caso del REM, y cinco días hábiles cada seis meses en el caso del registro semestral.

Esto acontece principalmente porque el CESFAM no cuenta con un software de gestión, por lo que el registro se debe hacer manualmente. Este problema podría revertirse significativamente con un software de gestión y con un equipo de estadística dedicado 100% a

esta función. El análisis de esta información debería estar permanentemente actualizado para todos los programas de salud, así solo habría que calcular los resúmenes o totales solicitados por los Servicios Centrales y no se perjudicaría las atenciones médicas o profesionales.

Fortalezas y ventajas de la organización

Existe una dotación de médicos estable para cada programa (Adulto, Infantil, Mujer, Salud Mental).

Otro activo es que hay un profesional de cada área de especialidad para cada sector en que se divide la comuna. Esto es algo nuevo en el CESFAM de Quinta Bella y tiene la ventaja de brindar seguridad en la cantidad de horas disponibles para los pacientes.

Clima Organizacional

Según el Coordinador de la Central de Comunicaciones, Francisco Hernández, a nivel general, existe un buen clima en la organización. Si bien existen algunas diferencias entre funcionarios, éstas son de carácter interno (solo a nivel personal, no a nivel institucional) y por ende no enturbian el normal funcionamiento del equipo.

Finalmente, cabe destacar que esta práctica a levantar llegó a través de un proyecto de intervención del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile, que en vista de sus buenos resultados fue continuado por el Departamento de Salud del Municipio. (Marzo 2012).

5.5.3 Problema a resolver

La causa principal de los problemas que aquejan a este CESFAM es la inexistencia de un sistema de información que funcione como apoyo para la realización de las diversas tareas del consultorio. En concreto, no existe:

- un sistema de gestión de agenda para la entrega de horas médicas,
- ficha electrónica para registrar la historia clínica de los pacientes,
- un sistema de manejo de inventario de la farmacia,
- un sistema que vincule la información de los exámenes del laboratorio con la historia clínica del paciente,
- entre otros.

Por lo que todos estos registros se manejan manualmente.

La práctica en estudio se hizo cargo específicamente de la falta de un sistema de gestión de agenda para la entrega de horas médicas, ya que el problema que esto generaba era que muchas veces se duplicaba la información en los diferentes registros para la toma de hora, o existía información contradictoria en las distintas agendas.

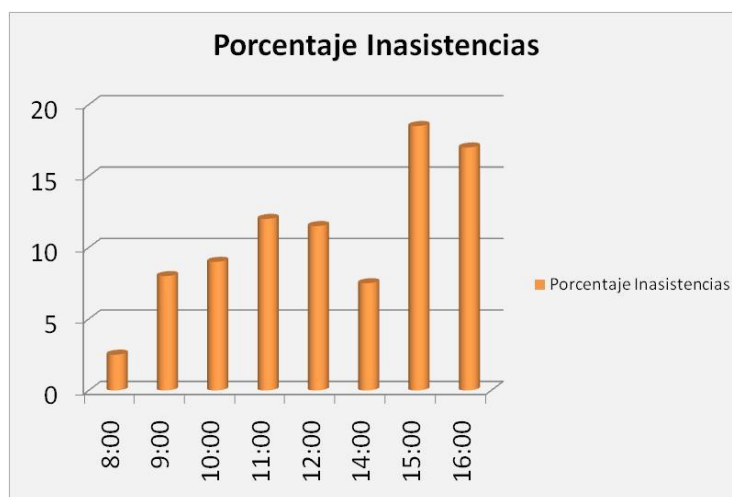
Por otro lado, el sistema manual impedía realizar análisis estadísticos y de gestión que podían ser útiles para los directivos. Por ejemplo, al no existir un sistema de agendamiento electrónico, no era posible contrastar las horas asignadas con las horas realmente utilizadas.

Disponer de esta información permite conocer cuál es el ausentismo real de los pacientes y poder tomar medidas para enfrentarlo.³⁶

Otro problema causado por la falta de un sistema de gestión de agenda es que la adquisición de una hora de morbilidad tiene un alto costo no monetario para el paciente, ya que debe llegar muy temprano al consultorio pudiendo no obtener la hora (por falta de cupos) o bien, obteniendo una hora para el horario de la tarde, por lo que el paciente debe volver nuevamente al CESFAM para ser atendido. Esta incertidumbre genera gran estrés en los usuarios.

Debido a lo anterior, existía un gran ausentismo en las horas de morbilidad, el cual se distribuía crecientemente a lo largo del día. Esto se debía a que a los usuarios que se les asignaba una hora en la tarde tenían mayor probabilidad de inasistencia debido a que no podían “perder” todo el día de trabajo para ir a la consulta médica. En el siguiente gráfico se retrata esta situación:

Ilustración 20: Porcentaje de Inasistencias de Horas de Morbilidad antes de la implementación de la práctica.



Fuente: CESFAM Quinta Bella

En el caso de las horas de pacientes crónicos, estas se agendan con meses de anticipación. Sin embargo no existía un sistema para confirmar la cita, por lo que no se le recordaba al paciente sobre su hora, ni se podía prever su inasistencia.

Tampoco existía una planificación de las ausencias previstas de los médicos ni de sus vacaciones, por lo que esta información no era incorporada a sus agendas con anticipación. Esto se traducía en la necesidad de reprogramar las agendas cuando ya eran inminentes las fechas en que los médicos se ausentarían.

Adicionalmente, existía una cantidad excesiva de ausencias injustificadas de profesionales médicos, ya que solo bastaba con que avisaran a los administrativos que manejaban la agenda en papel para que pudieran ausentarse, pero no había un mecanismo formal que controlara esta situación.

³⁶ De hecho, como no se realizaba ningún análisis sobre los datos históricos del consultorio, no existía la necesidad de almacenar los registros, por lo tanto se desechaban una vez que se completan (por ej., los libros de horas médicas). Pero aunque se hubiesen conservado, extraer estos datos hubiese sido muy costoso, ya que se encontraban en papales físicos.

5.5.3.1 Público Objetivo de la Práctica

Los beneficiarios son los clientes del consultorio de Quinta Bella en Recoleta, quienes gracias a la mayor coordinación del sistema de horas médicas, adquieren una mejor calidad de servicio.

Específicamente los mayores de 65 y menores de 5 años son informados con antelación de los cambios en sus horas. Estos grupos son considerados más delicados o de riesgo por el consultorio, lo que determina que se les informe del cambio en sus horas y se les dé primacía ante otros grupos.

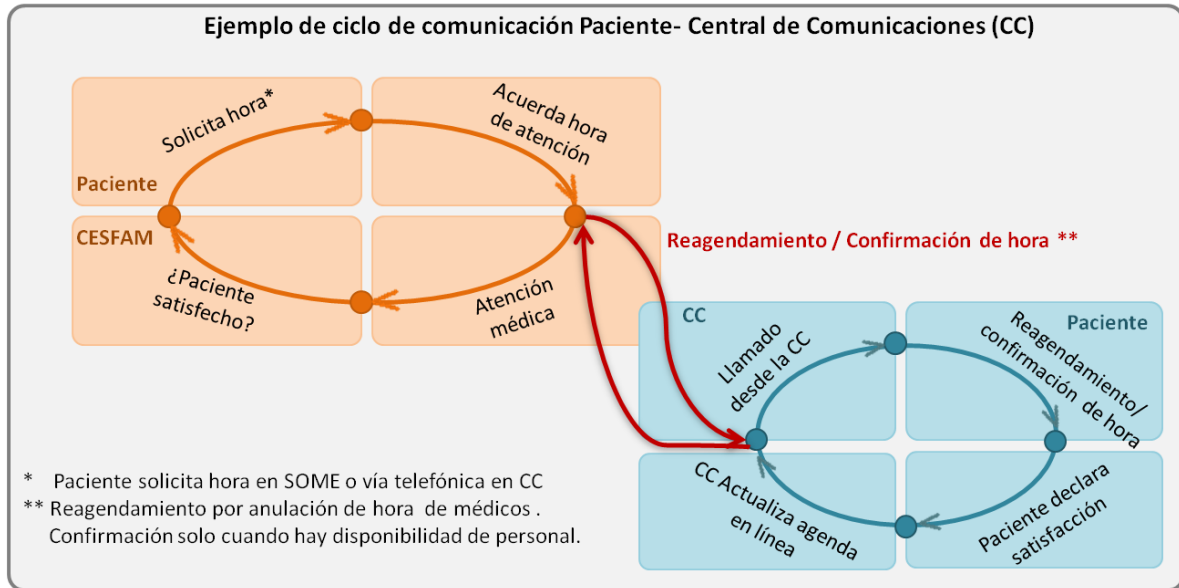
5.5.4 Solución Planteada

La práctica consiste en una Central de Comunicaciones que tiene dos focos. En primer lugar, lograr coordinar los recursos del consultorio y mejorar la relación entre el sistema de salud y los pacientes, personalizando la atención y tratando de minimizar los costos que enfrentan los usuarios para obtener una hora médica. Y en segundo lugar, implementar de un Sistema de Información que mejore la gestión de los CESFAM, debido a la posibilidad de mejorar la operación y a la vez que permita la generación de datos útiles y de fácil análisis, para la toma de decisiones.

La práctica tiene varias componentes:

1. una **Central de Comunicaciones o Contact Center**, la que genera un canal de contacto personal acercando el sistema de salud a los usuarios. Se definió un equipo administrativo-técnico liderado por un profesional informático que gestiona la matriz de horarios en coordinación con los médicos del CESFAM. El coordinador es secundado por dos asistentes operacionales, que se encargan de:
 - Informar a los pacientes en caso que sus horas sean re-agendadas por cambios en las disponibilidades del personal médico.
 - Recibir solicitudes de horas médicas vía telefónica de pacientes móbiles (este servicio se entrega solo a personas mayores de 65 años y a menores de 5 años)
 - Recibir solicitudes de horas médicas vía telefónica de pacientes crónicos
 - Contactar a pacientes con exámenes de laboratorio alterados para agendar una consulta.
 - Confirmar las horas de pacientes crónicos (solo cuando hay disponibilidad del personal de la CC).

Ilustración 21: Ejemplo de ciclo de comunicación Paciente- Central de Comunicaciones (CC)



Fuente: Elaboración propia.

2. **Agendamiento electrónico**, se creó una base de horarios que se comparte a través de una plataforma digital (*Google Docs*) entre las distintas instancias de atención al público como es el SOME o la estación de enfermería y el Contact Center, quienes informan al público, y marcan en una tarjeta que guarda el paciente, la fecha de su próximo control.

Recientemente se comenzaron a compartir las agendas de *Google Docs* con algunos médicos capacitados, los cuales desde su teléfono móvil particular, o bien desde sus *notebooks*, tienen acceso a sus agendas y pueden agendar las próximas consulta de los pacientes en el mismo momento en que están atendiendo.

Para agendar una hora se solicita al paciente su Rut, y automáticamente se auto-completan el resto de sus datos en el *Google Docs*. Esto es posible gracias a la conexión de la agenda con una base de datos de pacientes que está alojada en *Google Drive*. Al ser *Google Drive* un servidor web, el acceso a la información está siempre disponible. Además esta plataforma permite consultar el historial de cambios, resolviendo algunos problemas de agendamientos que antes eran imposibles de aclarar.

3. **Información de contacto actualizada de los pacientes**: se mantiene una base con datos de contacto actualizados de los pacientes, que incluye números de terceros (vecinos o familiares) que puedan informar del cambio en la hora y fecha de atención del paciente.

Es importante la existencia de una coordinación entre personal administrativo-técnico del CESFAM con los médicos de cabecera del sector, para definir, en conjunto con los médicos tratantes, los horarios de atención que tendrán los profesionales de la salud para los meses venideros. De esta manera se evita gran parte del re-agendamiento de horas.

Por otro lado, para controlar las inasistencias del personal médico, se implementó un proceso de visado de las ausencias de éstos, pasando desde la situación anterior de simplemente tener que avisar al administrativo a cargo de la agenda, a ser evaluada por el Director/a del

Centro Médico, quien aprueba la misma o bien la refuta sobre la base de la solicitud que presente el médico en cuestión. Es decir que se implementó un sistema formal para la revisión de las solicitudes de ausencia.

Finalmente, es importante destacar que la práctica implementada en Quinta Bella es el plan piloto de la Central de Comunicaciones, ya que el proyecto original comprende la aplicación de sistemas de información más sofisticados para la agenda electrónica y la ficha médica.

5.5.5 Resultados

Se reportaron los siguientes resultados:

- Disminución del número de reclamos de los usuarios,
- Aumento de la tasa de retiro de exámenes de laboratorio,
- Reducción en la pérdida de horas médicas y de profesionales de la salud (enfermeras, técnicos paramédicos),
- Mejoramiento en la calidad del servicio y en la satisfacción de los usuarios,
- Mejor coordinación inter-departamental y reducción de los gastos operacionales por concepto de listas de espera y uso ineficiente de las dependencias,
- Mayor protección de los usuarios al no tener que asistir al consultorio innecesariamente y arriesgar enfermedades por contagio, considerando que la población objetivo son grupos de riesgo en salud.
- Reducción de inasistencias injustificadas por parte de los médicos.

5.5.6 Ámbitos de Gestión involucrados en la práctica

Las entrevistas realizadas al coordinador del Contact Center indican que la gestión de la práctica involucra varios de los quince ámbitos de análisis organizacional descritos en el texto *Sistemas Complejos y Gestión Pública* (Waissbluth, 2008).

APRENDIZAJE

A partir de esta práctica se generaron instancias de capacitación para su aprendizaje. Estas instancias consistieron en capacitaciones al personal del Contact Center y al personal de los sectores para habilitarlos en el manejo de las bases de datos de los pacientes, y en el uso de la agenda concurrente.

Por otro lado, tanto el coordinador del Contact Center, como las dos operarias, debieron ser capacitados para llevar a cabo la atención al cliente, en base a la teoría de Comunicación para la Acción.

CLIMA ORGANIZACIONAL

Por otro lado, la inserción de la práctica generó resistencias al cambio por parte de algunos funcionarios. La principal consistió en la resistencia al uso de tecnologías por parte del personal del consultorio, sin embargo fueron en un comienzo ya que a largo plazo el cambio ha sido 100% favorable.

Actualmente se han presentado resistencias por parte de algunos médicos, quienes se oponen a que se les agreguen más pacientes a sus agendas cuando los pacientes de un médico ausente deben ser re-agendados o derivados para que no pierdan su hora. Esto se debe a que los médicos aludidos no tienen la costumbre de apoyar en este tipo de situaciones. Esto ha generado roces entre los funcionarios de la Central de Comunicaciones y dichos médicos.

CONTROL DE GESTIÓN

Como no existe ningún medio para realizar un control de gestión de los resultados de la práctica, sólo se cuenta con percepciones cualitativas de quienes están a cargo de la práctica.

Por lo tanto, se observaron los siguientes resultados a nivel cualitativo:

- Disminución del número de reclamos de los usuarios. Actualmente el CESFAM de Quinta Bella es el que tiene menos tasa de reclamos de la comuna.
- Aumentó la tasa de retiro de exámenes de laboratorio
- Reducción en la pérdida de horas médicas y de profesionales de la salud (enfermeras, técnicos paramédicos).
- Mejoramiento en la calidad del servicio y en la satisfacción de los usuarios.
- Mejor coordinación inter-departamental y reducción de los gastos operacionales por concepto de listas de espera y uso ineficiente de las dependencias.
- Mayor protección de los usuarios al no tener que asistir al consultorio innecesariamente y arriesgar enfermedades por contagio, considerando que la población objetivo son grupos de riesgo en salud.

CULTURA Y VALORES

Producto del desarrollo de la práctica se vio también modificada la cultura organizacional del CESFAM. El principal cambio a la cultura fue resultado de la implementación del proceso de visado de las ausencias de los profesionales médicos, puesto antes se basaba en la palabra del profesional que era registrada por los administrativos del CESFAM, mientras que ahora debe ser evaluada por el Director/a del Centro Médico, quien aprueba la misma o bien la refuta sobre la base de la solicitud que presente el médico en cuestión.

Esto implicó la formalización y revisión de las solicitudes de ausencia, instaurando mecanismos de certificación y evaluación de dicho proceso. Esto ha funcionado como barrera de acceso por lo que se redujo el ausentismo de los médicos de cabecera.

Por otro lado, los médicos se muestran cada vez más disponibles a realizar consultas de asistencias cuando un compañero se debe ausentar y se debe cubrir las horas de ese día.

LIDERAZGO

Otro componente clave en la implementación de la práctica fue el liderazgo. El Director de la época jugó un rol importante ya que se enfocó en innovar y reducir los índices de pérdida de hora dentro de su CESFAM. Por lo que impulsó la consultaría/intervención de la Universidad de Chile con el apoyo expreso de la Dirección y con una validación entre el equipo de profesionales que entendían la línea de intervención que deseaban mejorar, siempre en línea con mejorar el servicio al usuario.

PERSONAS Y FUNCIONES

El Contact Center requiere de un mínimo de personal para su desarrollo, el que consiste en un supervisor y dos operadoras.

El supervisor, o coordinador, juega un rol importante en la integración de la Central de Comunicaciones en el CESFAM. Además debe liderar la labor de estandarización de los procedimientos que se realizan en el consultorio, para así responder a los distintos requerimientos de los pacientes y del personal.

La práctica requiere de habilidades/competencias técnicas por parte del personal. El coordinador debe tener capacidad de liderazgo y habilidades de negociación para enfrentar al personal médico y a los pacientes. Por otro lado, las operarias deben tener buena disposición para la atención al público, un trato amable y tolerancia frente a los conflictos.

PROCESOS DE SOPORTE

La práctica requiere de la ejecución de procesos de soporte claves para ser llevada a cabo. Como por ejemplo, la actualización permanente de la información de contacto de los pacientes y la actualización de la agenda concurrente, para evitar la duplicación de los datos y de las agendas.

PROCESOS PARA AGREGAR VALOR

Los procesos sustanciales que se requieren para la implementación efectiva de la práctica son:

- La coordinación entre el Contact Center y el personal médico para la actualización permanente de los horarios disponibles para atenciones médicas.
- El contacto telefónico con los pacientes vía telefónica.
- El esfuerzo permanente por actualizar las bases de datos de contactos de los pacientes.
- El manejo de la agenda concurrente.

SERVICIO

La práctica implementada, que consiste en una Central de Comunicaciones, constituye un cambio en la entrega de servicios del CESFAM, ya que incorpora al Consultorio un nuevo servicio para mejorar la atención al cliente que no estaba disponible anteriormente.

RECURSOS FINANCIEROS

Para la implementación y operación de la Central de Comunicaciones se debe incurrir en los siguientes costos:

- RRHH (Supervisor): \$800.000 mensual
- RRHH (Operadoras): \$680.000 mensual
- RRHH (experto en comunicación para la acción): \$500.000 (costo inicial, provisto por el Consejo Nacional de Innovación)
- Equipamiento inicial Central de Comunicaciones (3 PC+ teléfonos +habilitación de internet): \$900.000 (Costo inicial)
- Comunicaciones Central de Comunicaciones (llamadas, internet): \$550.000 (mensual)
- Comunicaciones en SOME Central y SOME Sectores (telefonía e internet): \$550.000 (mensual), \$1.500.000 (costo inicial)

NORMAS Y POLÍTICAS

Si bien la norma no es explícita, sí se generó un proceso tácito de validación de los permisos de ausencia para el personal médico que realiza los controles y seguimientos a los sectores que cubre el CESFAM, de modo de disminuir los incentivos perversos que tenían los profesionales para ausentarse de su labor.

5.5.7 Dificultades para la implementación

Durante la implementación surgieron diversos problemas, algunos de los cuales aún no se solucionan. Entre ellos se destacan:

- El reagendamiento de los pacientes por inasistencias de personal médico requiere gran parte del tiempo del Contact Center³⁷, por lo que quedan pocas ventanas de tiempo para la confirmación telefónica de las horas médicas.
- La conexión de red es insuficiente, por lo que el sistema es lento.
- *Google Docs* tiene la desventaja de tener baja velocidad de procesamiento.

5.5.8 Factores “Habilitantes” Básicos para la Implementación de la Práctica

Los factores habilitantes para la implementación de la Central de Comunicaciones son los siguientes³⁸:

- Capacidad para contratar un equipo nuevo y 100% dedicado a la gestión de la Central de Comunicaciones (Un coordinador y dos operarias).
- El perfil profesional de las personas que la integren debe cumplir con los siguientes requerimientos:
 - Manejo de software
 - Habilidades blandas: capacidad para relacionarse con personas y resolver conflictos
 - Sensibilidad social y servicio al cliente: entregar una buena atención a los usuarios, proveer alternativas y soluciones a quienes acuden a la CC con algún problema.
- Infraestructura y recursos tecnológicos (equipos e internet):
 - Una oficina para la instalación de la Central de Comunicaciones
 - 4 computadores conectados a internet (3 en la CC y 1 en el SOME central)
 - 3 celulares.

³⁷ Esto ocurre a pesar de la reducción de inasistencias injustificadas por parte de los médicos gracias al mecanismo de control implementado.

³⁸ Recordar que en una eventual transferencia, el Centro que reciba la práctica debe cumplir las condiciones que requiere su implementación y debe ser capaz de gestionar los recursos clave que la práctica considera como requisito.

6 PROPUESTAS PARA LA TRANSFERENCIA DE LAS PRÁCTICAS

A continuación se presentan aspectos importantes a considerar al momento de realizar la transferencia de las prácticas, como son:

- Las componentes de cada práctica que se deben ofrecer a los futuros receptores de la transferencia.
- Un repaso de los ámbitos de gestión involucrados en cada práctica, los que serán importantes para la transferencia, ya que estos son un buen indicador de la cantidad de actividades y factores que se requieren para una implementación efectiva de las prácticas y la cantidad de dificultades que se enfrentarán.
- Indicadores de Evaluación de Impacto recomendados para la transferencia, los que se sugiere levantar en la situación inicial (a modo de línea base) y luego una vez implementada la práctica (para medir el impacto).

6.1 ¿QUÉ COMPONENTES DE CADA PRÁCTICA SE DEBEN OFRECER A LOS FUTUROS RECEPTORES DE LA TRANSFERENCIA?

El levantamiento consideró la descripción de todos los componentes y ámbitos que los creadores e implementadores de la práctica consideraron como relevantes. Sin embargo, hay ciertos componentes de las prácticas que no necesariamente deben transferirse para cumplir con el objetivo que la práctica busca resolver.

6.1.1 Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos, Peñalolén

Luego de haber realizado el levantamiento exhaustivo de la buena práctica, se concluye que el mecanismo relevante a transferir en la próxima etapa del proyecto, es la componente de gestión interna de la farmacia. Esto incluye la gestión de recursos humanos, la habilitación de otra ventanilla de atención, la extensión del horario de farmacia, la adquisición de un turnomático y el compromiso de la gerencia con el cambio de la cultura organizacional desde una lógica de protección de los recursos a una de servicio al cliente.

La transferencia de esta componente logrará cubrir la necesidad de reducir los tiempos de espera en la farmacia y mejorar la satisfacción de los clientes.

De esta forma, la construcción de una droguería en la Corporación Municipal no es indispensable para lograr los objetivos que busca la práctica. Para solucionar un eventual problema a nivel de manejo de inventario (por ejemplo un alto porcentaje de quiebres de stock en la farmacia) se recomienda impulsar a nivel de la Corporación Municipal el desarrollo de una política para mejorar la relación con los proveedores y de esta manera mejorar la gestión de inventario.

Finalmente, en el caso de la implementación de un software de gestión, este no necesariamente debe ser el sistema OMI, sino que pueden implementarse otros software disponibles en el mercado, como por ejemplo Rayen. En el peor de los casos, la práctica puede

ser implementada aún sin la presencia de un software, ya que la gestión interna que se realiza es la esencia de la práctica.

En definitiva, la droguería y el software son soluciones más complejas y caras de implementar, por lo que no necesariamente serán costo-efectivas.

6.1.2 Sistema de gestión de agendas, Recoleta

Es importante destacar que lo central en esta práctica es la implementación de la Central de Comunicaciones, la que tiene como objetivo coordinar los recursos del consultorio y mejorar la relación entre el sistema de salud y los pacientes, personalizando la atención y tratando de minimizar los costos que enfrentan los usuarios para obtener una hora médica.

Es decir, la práctica crea valor con la introducción de un cambio en la forma en que el CESFAM se enfrenta a los usuarios, instaurando una nueva lógica que invita a ver a los pacientes como clientes, debiendo garantizarles un buen servicio y ofrecerles una ayuda oportuna frente a sus problemas.

Por lo tanto esta práctica es perfectamente transferible a un centro de salud que ya cuente con un sistema de agenda y ficha electrónica (en otras palabras, no es necesario implementar agendas en *google docs* si es que el centro receptor cuenta con un software de gestión).

La innovación en esta práctica no radica en la solución encontrada para remediar la falta de un sistema informático. La innovación está en implementar un equipo de trabajo que se encargue de solucionar los problemas de los usuarios, re-agendarles sus horas médicas cuando por alguna razón el personal médico no está disponible para atenderlos, avisarles por teléfono sobre los cambios en sus consultas, implementar el servicio de toma de hora vía telefónica y contactar a los pacientes cuyos resultados salieron alterados para agendarles una consulta.

6.1.3 Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías, Puente Alto

A diferencia de las prácticas anteriores, en este caso está bien definida la innovación que se genera, por lo que la práctica no está “contaminada” con componentes innecesarios de transferir. El único alcance sería mencionar que no es necesario que la práctica utilice el sistema OMI, ya que funciona con cualquier tipo de software, e incluso en ausencia de este.

6.2 ¿QUÉ ÁMBITOS DE GESTIÓN CONSIDERAR EN LA TRANSFERENCIA?

A continuación se incluye una tabla que resume los ámbitos de gestión presentes cada una de las buenas prácticas levantadas, los que son fundamentales a considerar en el momento de la transferencia. Las prácticas de la lista que se encuentran destacadas son aquellas que están presentes en las tres prácticas estudiadas. Estos ámbitos corresponden a:

- Procesos para agregar valor
- Productos o servicios
- Mecanismos de aprendizaje
- Liderazgo
- Cultura, valores y membrecía

Tabla 10: Resumen ámbitos de gestión presentes en las tres buenas prácticas de gestión.

ÁMBITOS DE GESTIÓN	PEÑALOLÉN	PUENTE ALTO	RECOLETA
	Gestión de la cola de expendio de medicamentos	Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías	Sistema de gestión de agendas
Procesos de toma de decisiones			✓
Procesos de soporte	✓		✓
Procesos para agregar valor	✓	✓	✓
Productos o servicios	✓	✓	✓
Control de gestión			
Sistemas de información	✓		
Mecanismos de aprendizaje	✓	✓	✓
Incentivos	✓		
Liderazgo	✓	✓	✓
Normas y políticas	✓		✓
Personas	✓	✓	✓
Estructura organizacional		✓	
Infraestructura	✓		
Cultura, valores y membrecía	✓	✓	✓
Clima organizacional	✓		✓
Recursos financieros	✓		✓

Fuente: Elaboración propia

Haciendo un resumen, se destaca que:

- Las tres prácticas implican un cambio en el producto o **servicio** ofrecido por los CESFAM. Es decir, las tres tienen un impacto directo en el servicio y en el trato que reciben los usuarios, y por lo tanto su implementación introduce una mejora en la percepción de satisfacción usuaria con el Centro de Salud.
- Las tres prácticas incluyen mecanismos de **aprendizaje** para su implementación. Es relevante realizar estas capacitaciones cuando se realicen las futuras transferencias.
- Una de las componentes más relevantes para lograr el éxito en la implementación de estas prácticas es el **liderazgo** tanto de los directivos de la organización, como de los encargados de la práctica. Se destaca el rol de la enfermera Coordinadora en el caso de Puente Alto, del Director en el caso de Peñalolén y del Coordinador de la Central de Comunicaciones en el caso de Recoleta. Estas personas juegan un papel fundamental para lograr convencer al resto de la organización de la utilidad que tiene para todos la implementación de la práctica, por lo que deben tener un papel proactivo en el proceso y deben estar empoderados para esto.
- Las tres prácticas requieren un cambio en la cultura organizacional, por lo tanto es importante manejar herramientas de gestión del cambio para hacer de este proceso una experiencia lo más armónica posible.
- Por último, es importante destacar que en ninguna de las tres prácticas existe un sistema formal de **control de gestión**. Es decir que no existe un mecanismo para medir los resultados de la práctica (los resultados obtenidos son solo cualitativos). Por esta razón resulta relevante considerar los indicadores diseñados en este capítulo e implementar su uso para una eventual transferencia, ya a través de ellos se puede realizar un seguimiento cuantitativo de la implementación lo que permitiría hacer a tiempo las modificaciones que correspondan para obtener los resultados deseados.

6.3 INDICADORES DE EVALUACIÓN DE IMPACTO Y DESEMPEÑO QUE SE RECOMIENDAN PARA LA TRANSFERENCIA

Como ya se ha mencionado anteriormente en el informe, en dos de los tres casos en estudio no fue posible hacer un levantamiento de indicadores para analizar el impacto que tuvo la implementación de las prácticas, ya que antes de haberlas implementado, los Centros en estudio no habían levantado una línea base pensando en una futura evaluación de resultados.

Considerando esto, sería importante que para las futuras transferencias se determinen indicadores de evaluación para cada una de las prácticas de tal manera que como primer paso en la intervención, se levante una línea base de la situación actual de los receptores de estas prácticas, para determinar después de un cierto período de evaluación, cuál ha sido el impacto.

A continuación se incluyen una serie de indicadores recomendados para cada práctica.

6.3.1 Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos, Peñalolén

Los indicadores de evaluación de impacto propuestos en el caso de la práctica “Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos” se detallan a continuación:

1. **Tiempo Promedio de Espera en Farmacia.** Este indicador consiste en determinar el tiempo promedio que debe esperar una persona en la fila cuando desea retirar sus medicamentos en la farmacia.

Este es un indicador de calidad, ya que la satisfacción con el servicio que entrega la farmacia está principalmente determinada por el tiempo de espera que las personas deben “desperdiciar” cuando desean retirar los medicamentos que les fueron recetados. Un menor tiempo de espera repercute en un aumento del nivel de satisfacción de los usuarios con la farmacia. Por esta razón es el principal indicador de impacto de la implementación de la práctica.

La metodología para obtener este indicador fue descrita en detalle en el capítulo 4 de este informe. Como indicador complementario a este, se obtiene con esta misma metodología el **Número Promedio de Personas en la Fila**. Este indicador representa la cantidad de personas que (en promedio) están antes en la fila para ser atendidos, cuando un paciente retira un número de atención para despachar sus medicamentos.

Es esperable que al implementar esta práctica en otro CESFAM, tanto el tiempo promedio de espera como el número promedio de personas en la fila, disminuyan después de un determinado periodo de implementación.

2. **Niveles de Satisfacción en Tiempos de Espera y Despacho de Medicamentos.** Es decir, la evaluación que hacen los usuarios del sistema respecto del servicio entregado por la farmacia, evaluando los tiempos de espera para retirar sus medicamentos, y el despacho de medicamentos. La metodología para medir este indicador de desempeño se encuentra detallada en el capítulo 4 de este informe.

Los siguientes tres indicadores miden secundariamente la gestión realizada, a nivel de Corporación Municipal, por mejorar el manejo de medicamentos.

- 3. Porcentaje de medicamentos desechados por vencimiento (por mes).** Tal como lo indica el nombre, este indicador busca determinar el porcentaje de los medicamentos que fueron desechados debido al cumplimiento de su fecha de vencimiento. Este resulta ser un buen indicador para medir el desempeño tanto de la Cormup como del CESFAM en la gestión de sus medicamentos.
- 4. Porcentaje de medicamentos en Stock Cero (GES y No GES) (por mes).** Es decir, el porcentaje de medicamentos que estuvieron en stock cero (es decir, que tuvieron un quiebre de stock) durante el mes.

Con una correcta coordinación entre el CESFAM y la Cormup, y con un buen manejo de inventario por parte de la Cormup (que es uno de los ámbitos que involucra la práctica en estudio), este porcentaje debería reducirse al menos bajo los niveles aceptables determinados por el Minsal.

- 5. Porcentaje de medicamentos bajo Stock Crítico³⁹ (por mes).** Es decir, el porcentaje de medicamentos que estuvo bajo Stock Crítico durante el mes. Tal como el indicador anterior, se deberían reducir los porcentajes una vez implementada la práctica.

6.3.2 Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías, Puente Alto

Los indicadores de evaluación de impacto propuestos en el caso de la práctica “Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías” se detallan a continuación:

- 1. Porcentaje de Inasistencias en Horas Asignadas a Pacientes Crónicos.** Este indicador corresponde al porcentaje de horas asignadas a pacientes crónicos que no son utilizadas. Es decir, se busca evaluar el porcentaje de ausentismo a las horas de pacientes crónicos. La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$\text{Indicador (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Horas de pacientes crónicos No Utilizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Horas asignadas a pacientes crónicos}} \times 100$$

Este indicador busca medir el impacto de la práctica de llamar por teléfono a los pacientes crónicos para confirmar su hora, que es parte de las medidas implementadas por el CESFAM.

- 2. Porcentaje de Inasistencias a Toma de Exámenes en Pacientes Crónicos.** Este indicador corresponde al porcentaje de indicaciones para toma de exámenes a pacientes crónicos que no son realizadas. Es decir, se busca evaluar el porcentaje de exámenes

³⁹ Stock Crítico: Corresponde al 60% del stock mínimo (Consumo Promedio Diario x Tiempo que Demora la compra). Cuando se llega a este nivel de existencia en artículos imprescindibles se debe cursar la compra en forma urgente al proveedor que asegure una entrega rápida para evitar el desabastecimiento.

recetados a pacientes crónicos que no se realizan por negligencia de éstos. La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$\text{Indicador (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Exámenes Recetados (a crónicos) y No Realizados}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Exámenes Recetados (a crónicos)}} \times 100$$

Este indicador busca medir el impacto que tiene el seguimiento realizado a los pacientes crónicos gracias a la Gestión de Casos, la cual establece como requisito para adquirir una consulta médica haberse realizado los exámenes solicitados en la consulta anterior.

3. **Cantidad de crónicos tratados en el mes.** Este indicador requiere que se realice un registro mensual de la cantidad de crónicos que son atendidos en el CESFAM. La Gestión de Casos involucra una disminución de la fragmentación de las prestaciones destinadas a pacientes crónicos, por lo que al hacer más eficiente el sistema, se debiera poder atender a una mayor cantidad de pacientes, mejorando la cobertura.
4. **Cantidad de consultas médicas utilizadas por pacientes crónicos.** Es importante tener un registro de esta cantidad, ya que se debe evaluar cuál es el impacto al implementar la Gestión de Casos. Por un lado, la práctica debiera ir en la dirección de disminuir este indicador, ya que se reducen las consultas realizadas por paciente (se disminuye la fragmentación). Pero por otro lado, el indicador debiera aumentar, ya que esta práctica aumentaría la cantidad de pacientes que son atendidos en un mes.
5. **Cantidad de consultas de enfermera utilizadas por pacientes crónicos.** De la misma forma que el indicador anterior, es importante determinar el impacto en la demanda de consultas de enfermera al implementar esta práctica.
6. **Cantidad de registros.** Tal como se mencionó anteriormente (según el Director del CESFAM) la cantidad de registros de los pacientes tiene una correlación positiva con la calidad de atención, ya que a mayor cantidad de registros se obtienen diagnósticos más exhaustivos, lo cual es abarcado por la Gestión de Casos.
7. **Costo por Paciente Crónico.** Finalmente, sería interesante evaluar cómo evoluciona, con la implementación de la Gestión de Casos, el Costo de atender a un paciente crónico. Con esto se busca evaluar si la Gestión de Casos logra hacer más eficiente el gasto en horas médicas, mediante la derivación de los casos no prioritarios a las enfermeras. Si esto ocurriera, el indicador debiera disminuir. Es decir, se abarataría el costo de atender a un paciente crónico.

6.3.3 Sistema de gestión de agendas, Recoleta

Los indicadores de evaluación de impacto propuestos en el caso de la práctica “Sistema de gestión de agendas” se detallan a continuación:

1. **Porcentaje de Inasistencias de Horas de Morbilidad (según horario).** Este indicador corresponde al porcentaje de horas médicas de morbilidad que no son utilizadas debido a la inasistencia de los pacientes. El indicador se puede generar de forma desagregada según horario del día, para evaluar si las inasistencias aumentan a lo largo de este.

Este indicador debiera disminuir con la implementación de la Central de Comunicaciones ya que los pacientes, al tener la opción de solicitar una hora vía telefónica, no pierden su tiempo asistiendo al CESFAM en la mañana, y por ende solo asisten cuando tienen su hora, aumentando sus posibilidades de llegar.

2. **Porcentaje de Inasistencias de Horas de Crónicos (según horario).** Este indicador funciona de la misma manera que el anterior.
3. **Porcentaje de Exámenes No Retirados.** Esta práctica incorpora el servicio de llamar telefónicamente a los pacientes que obtienen resultados alterados en sus exámenes médicos, creando un incentivo para que asistan a retirarlos (y de paso se les cita a una consulta médica). De esta manera debiera reducirse el porcentaje de exámenes no retirados, los que implican un gasto ineficiente de recursos.
4. **Porcentaje de consultas médicas que no se realizan por inasistencia del médico.** Este indicador busca determinar el porcentaje de horas médicas que se pierden debido a que el médico tratante no se presentó esa jornada y los pacientes no alcanzaron a ser reprogramados.

Este es uno de los problemas que la Central de Comunicaciones se encarga de solucionar, por lo que este porcentaje debiera disminuir con la implementación de la práctica.

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

El presente trabajo de título consiste en el estudio exploratorio de tres buenas prácticas en materia de gestión de salud en consultorios municipales. El objetivo general es explorar, analizar, caracterizar y sistematizar los procesos involucrados en la implementación de las prácticas, determinando los factores claves para la buena gestión, y obteniendo finalmente un conjunto de propuestas para las futuras transferencias. Se puede concluir que el objetivo general del estudio se cumplió a cabalidad, ya que el producto obtenido es una completa descripción y caracterización de las prácticas. Asimismo, se determinaron los ámbitos claves de gestión en cada caso y se creó un conjunto de propuestas para la transferencia.

También se cumplieron los objetivos específicos, ya que realizó un diagnóstico acabado de cada municipio escogido para entender el contexto específico en que se desenvuelven las prácticas. Se diseñaron una serie de indicadores de evaluación de impacto y desempeño, a modo de propuesta, para cada práctica y se obtuvo un conjunto de recomendaciones para la transferencia.

Como principal descubrimiento del levantamiento de las prácticas se destaca el hecho de que ninguno de los tres consultorios diseñó un mecanismo cuantitativo de control de gestión antes de iniciar la gestión de la buena práctica. Consecuentemente, no se realizaron mediciones de línea base de las situaciones iniciales (antes de realizar los cambios). Una excepción se presenta en el caso de Peñalolén, donde la Cormup realizó dos encuestas de satisfacción que permitieron comparar el impacto de la práctica, sin embargo no fue una iniciativa del consultorio. Esto se tradujo finalmente en la imposibilidad de medir el impacto que tuvieron las prácticas en la gestión de los Centros de Salud, en especial en los centros de Puente Alto y Recoleta.

La recomendación para futuras implementaciones de estas –y de otras- prácticas, es considerar la importancia de contar con un mecanismo definido y validado para el control de gestión, con indicadores cuantitativos adecuados, y con el levantamiento inicial de una línea base sobre el desempeño del ámbito de gestión a intervenir. Esta es la única manera de tener un punto de comparación una vez implementado el cambio y de definir un sistema de monitoreo y medición de impacto de las prácticas.

Además, tener una medición objetiva y cuantificada de los resultados es muy relevante para la transferencia de las experiencias, ya que permitiría elaborar una propuesta robusta para los posibles receptores, demostrándoles mediante indicadores los beneficios concretos que se obtienen con la práctica. Esto funcionaría como un incentivo para que quisieran implementarlas en sus organizaciones.

Como evaluación general sobre las tres prácticas se destaca que:

- Las tres prácticas implican un cambio en el producto o servicio ofrecido por los CESFAM. Es decir, las tres tienen un impacto directo en el servicio y en el trato que reciben los usuarios, y por lo tanto su implementación introduce una mejora en la percepción de satisfacción usuaria con el Centro de Salud.

- Las tres prácticas incluyen mecanismos de aprendizaje para su implementación. Es relevante realizar estas capacitaciones cuando se realicen las futuras transferencias.
- Una de las componentes más relevantes para lograr el éxito en la implementación de estas prácticas es el liderazgo tanto de los directivos de la organización, como de los encargados de la práctica. En el caso de Puente Alto se destaca el rol de la enfermera Coordinadora quien debe fomentar el trabajo interdisciplinario entre enfermeras y médicos y debe corregir en muchas ocasiones el trabajo de los médicos, para lo cual debe estar empoderada en su cargo y tener capacidad de negociación y liderazgo. En el caso de Peñalolén, el Director del CESFAM fue quien debió jugar un papel de liderazgo clave para desarraigar prácticas “impregnadas” en la cultura organizacional y lograr instalar una cultura de atención al cliente. Y finalmente, se destaca el rol del Coordinador de la Central de Comunicaciones en el caso de Recoleta, quien debe enfrentar y negociar permanentemente tanto con los médicos como con los pacientes. Estas personas juegan un papel fundamental para lograr convencer al resto de la organización de la utilidad que tiene para todos la implementación de la práctica, por lo que deben tener un papel proactivo en el proceso y estar empoderados para esto.
- Las tres prácticas requieren un cambio en la cultura organizacional, por lo tanto es importante manejar herramientas de gestión del cambio para hacer de este proceso una experiencia lo más armónica posible. Por ejemplo, en el caso de Peñalolén fue clave lograr un consenso en el diagnóstico del problema mediante la encuesta de satisfacción inicial, ya que eso convenció a los funcionarios de la necesidad de implementar un cambio. En Puente Alto fue clave la generación de manuales y las capacitaciones, una buena organización en la implementación y una oportuna evaluación preliminar que permitió determinar que era conveniente reemplazar a los médicos por enfermeras para llevar a cabo la gestión de casos. En Recoleta fue clave la visión inicial de los cambios que impulsó el Director de la época, la estrategia de implementación diseñada por el equipo del Departamento de Ingeniería Industrial y la conformación de un equipo nuevo y con dedicación exclusiva para la Central de Comunicaciones con una dinámica de trabajo basada en el mejoramiento continuo.
- Es importante recalcar que en ninguna de las tres prácticas existe un sistema formal de control de gestión. Es decir que no existe un mecanismo para medir los resultados de la práctica. Por esta razón sería importante analizar los indicadores recomendados en este informe y considerar su implementación en una eventual transferencia (o bien crear otros nuevos). A través de indicadores se podría realizar un seguimiento cuantitativo de la implementación y detectar a tiempo problemas en la ejecución para introducir las modificaciones que correspondan y obtener los resultados deseados.
- Finalmente, se destaca que las personas y funciones son trascendentales considerando que las prácticas exploradas tienen actividades de coordinación, análisis y contacto con el público.

Siguiendo con un análisis más integral, esta experiencia permite obtener una serie de aprendizajes en torno a la transferencia de conocimientos, la gestión del cambio y la Atención Primaria.

En primer lugar, se destaca la relevancia que tiene el trabajo en red como clave para mejorar la gestión de la Atención Primaria. Es importante recordar que lo que motivó el proyecto Colaboración Pública–Salud es la necesidad de conseguir un estándar homogéneo en los servicios de salud que se ofrecen en los distintos centros que conforman la Red APS, ya que se detectó que frente a los mismos problemas tienen soluciones, formas de trabajo y resultados disímiles entre ellos. En ese sentido, el proyecto surgió como una oportunidad de mejora por medio de un espacio de aprendizaje entre los distintos centros mediante la transferencia de experiencias exitosas de gestión. Esto apunta a reparar los problemas que vive la Salud Primaria y de paso mejorar la percepción que tienen los usuarios del sistema. En definitiva, esta iniciativa está haciendo un esfuerzo importante por prestigiar la atención primaria mediante la colaboración y el trabajo en red entre centros de distintas municipalidades, encontrando una buena solución y replicándola, en vez de tener múltiples soluciones al mismo problema.

Es importante que cualquier esfuerzo que se haga en la APS debe enfocarse en prestigiarla, para lo cual se requiere: acercar el centro de salud a la población mediante una mayor proactividad de sus equipos de salud y personal administrativo, mediante la generación de más espacios de comunicación y de un mayor compromiso con las necesidades y problemas de los usuarios. El Centro debe lograr anticiparse a los problemas de la población. Y muchas veces estos objetivos se pueden lograr mediante la implementación de prácticas simples que mejoran significativamente la percepción usuaria y la satisfacción con el sistema de salud, pero para esto es necesario que los funcionarios tengan una actitud proactiva, positiva, de observación y de disposición al cambio.

Una dimensión importante para lograr acercar el centro a los usuarios es mejorar la relación y el trato entre pacientes y funcionarios. Si se logra cambiar el estado de ánimo de estos últimos, aumentar su motivación, incentivarlos, valorizar su trabajo, visibilizar sus logros y empoderarlos, la relación con los pacientes mejorará naturalmente, ya que al percibir que sus necesidades son atendidas, los usuarios retribuirán el esfuerzo con un trato más amable y se recuperará la confianza en la APS, lo cual podría generar un círculo virtuoso en la comunidad que hay entorno al Centro de Salud.

Continuando en la línea de cómo prestigiar la APS, es relevante destacar como aprendizaje de las experiencias de Peñalolén y Recoleta la importancia de generar un cambio en la cultura organizacional hacia un enfoque de “servicio al cliente”. Es común que este concepto se asocie exclusivamente a la cultura empresarial, y que por contraparte, al ser un servicio gratuito, el usuario de la salud pública no sea concebido como un “cliente”. Sin embargo, sí deben ser considerados como clientes, ya que, en estricto rigor, están pagando indirectamente por el servicio recibido a través de sus impuestos. Asimismo se aplican otros conceptos de la atención al cliente, por ejemplo, que de la atención que reciben, los usuarios generan un juicio acorde a la calidad, oportunidad y el valor entregado. Una mala calificación sobre la atención recibida afecta su percepción de servicio y en el peor de los casos su nivel de fidelización. En este caso, esto es una realidad y se traduce en que actualmente los pacientes están acudiendo cada vez más a los servicios de urgencia para atenderse por problemas de morbilidad en vez de asistir al consultorio

como correspondería, con el consiguiente colapso de los servicios de urgencia y distorsión del funcionamiento la Red de Salud.

En definitiva, cambiar la cultura organizacional hacia un enfoque de “servicio al cliente” es relevante para inculcar en los funcionarios de la APS la disposición a resolver los problemas de los pacientes y ofrecer un buen servicio. De esta manera se podrá reconquistar progresivamente la confianza de los usuarios en la atención primaria y revertir el fenómeno de fuga de pacientes hacia los servicios de urgencia que tiene tensionado al sistema de salud.

Otro aprendizaje inferido gracias a esta experiencia, es que transferir una práctica, con los cambios que esto involucra, no tiene un “Manual de Procedimientos tipo”. Cada institución o centro que adopte una práctica debe adaptar la experiencia a su contexto específico, a sus restricciones particulares y al modo de trabajar característico de su institución. La experiencia muestra la importancia de que el proceso de transferencia sea muy flexible y que considere las condiciones de contexto de la organización receptora. Haciendo una analogía, la transferencia no es una receta de cocina, es más bien como un traje hecho a medida, que debe ir adaptándose al contexto específico de quien lo recibe.

Es importante recalcar como aprendizaje, que para lograr una exitosa gestión del cambio en el sector público es indispensable que los líderes de las transferencias comuniquen y promocionen los beneficios de la implementación a todos los funcionarios. Pero para esto tienen que medir los resultados cuantitativamente con un adecuado mecanismo de control de gestión, ya que de otra forma solo tendrán una intuición sobre los resultados, lo que puede no resultar convincente. Esta promoción de resultados es necesaria para involucrar a los funcionarios en el cambio, para mantenerlos motivados y para contrarrestar, con evidencias, posibles resistencias al cambio.

Finalmente, es importante mencionar que otro de los objetivos de la implementación de experiencias de transferencia de buenas prácticas en el ámbito público es generar un ambiente de competitividad en el sector público, a través de la visibilización de buenos resultados, que ayuda a crear un ambiente propicio para la innovación. Y por otro lado, ayuda a fomentar que exista asociación entre distintos actores del sector público para enfrentar problemáticas comunes de gestión.

7.2 RECOMENDACIONES

Como principal recomendación de este estudio exploratorio se destaca que hay ciertos componentes de las prácticas levantadas que si bien fueron explicados de forma entusiasta por los generadores de la práctica, no necesariamente deben transferirse, ya que no son necesarios/indispensables para cumplir con el objetivo que la práctica busca resolver.

En el caso de la **Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos**, es relevante a transferir la componente de gestión interna de la farmacia. Esto incluye la gestión de recursos humanos, la habilitación de una ventanilla adicional de atención, la extensión del horario, la adquisición de un turnomático y el compromiso de la gerencia con el cambio de la cultura organizacional desde una lógica de protección de los recursos a una de servicio al cliente. Con estas medidas se logrará cubrir la necesidad de reducir los tiempos de espera en la farmacia y mejorar la satisfacción de los clientes. Sin embargo, la obtención de una droguería y la

implementación de un software de gestión de inventario no son indispensables para solucionar el problema al que se enfoca la práctica y son soluciones más complejas y caras de implementar.

En el caso del **Sistema de Control de Agenda**, el desarrollo de una agenda concurrente a través de *google docs* no es la esencia de la práctica. Su esencia consiste en coordinar los recursos del consultorio y mejorar la relación entre el sistema de salud y los pacientes, personalizando la atención y tratando de minimizar los costos que enfrentan los usuarios para obtener una hora médica. La práctica innova y crea valor al instaurar una nueva lógica que invita a ver a los pacientes como clientes, debiendo garantizarles un buen servicio y ofrecerles una ayuda oportuna frente a sus problemas. Y esta práctica es transferible a cualquier centro de salud, incluyendo a los que ya cuentan con un software interno de gestión.

Finalmente, en el caso de la **Consulta única para pacientes crónicos con varias patologías**, se rescata que la conceptualización de esta práctica está bien acotada a la creación de valor que ésta introduce, por lo que no se detectan elementos “distractores” que haya que omitir en la futura etapa de transferencia.

Por otro lado, es importante destacar que en una eventual transferencia de las tres prácticas de gestión, el Centro que las reciba debe ser capaz de cumplir con los factores “habilitantes” básicos para la transferencia. Es decir, deben estar las condiciones que requiere su implementación y debe ser capaz de gestionar los recursos clave que la práctica considera como requisito. Además, su personal y directivos tienen que tener una actitud proactiva y disposición al cambio.

Por otro lado, y como ya se mencionó en este capítulo, es necesario levantar indicadores de desempeño para cada práctica, con el fin de poder hacer un monitoreo de su impacto. Se sugieren los siguientes indicadores para cada práctica:

- **Gestión de la Cola de Expendio de Medicamentos:** Tiempo Promedio de Espera en Farmacia, Número Promedio de Personas en la Fila, Niveles de Satisfacción en Tiempos de Espera y Despacho de Medicamentos, Porcentaje de medicamentos desechados por vencimiento (por mes), Porcentaje de medicamentos en Stock Cero (GES y No GES) (por mes) y Porcentaje de medicamentos bajo Stock Crítico (por mes).
- **Consulta Única para Pacientes Crónicos con varias Patologías:** Porcentaje de Inasistencias en Horas Asignadas a Pacientes Crónicos, Porcentaje de Inasistencias a Toma de Exámenes en Pacientes Crónicos, Cantidad de crónicos tratados en el mes, Cantidad de consultas médicas utilizadas por pacientes crónicos, Cantidad de consultas de enfermera utilizadas por pacientes crónicos, Cantidad de registros y Costo por paciente crónico.
- **Sistema de gestión de agenda:** Porcentaje de Inasistencias de Horas de Morbilidad (según horario), Porcentaje de Inasistencias de Horas de Crónicos (según horario), Porcentaje de Exámenes No Retirados y Porcentaje de consultas médicas que no se realizan por inasistencia del médico.

Finalmente, es importante destacar que una de las estrategias más recomendadas en la literatura, es darle visibilidad a los resultados de las prácticas, ya que esto genera confianza en la organización, disminuye las resistencias que se generan internamente debido a los cambios y facilita el proceso de transferencia. Es por esta razón, que resulta aún más relevante la implementación de indicadores de desempeño, ya que estos permiten cuantificar objetivamente los resultados de la práctica y entregan información valiosa para la introducción de medidas que mejoren permanentemente el proceso de implementación y transferencia.

8 BIBLIOGRAFÍA

8.1 DOCUMENTOS ESCRITOS

- ARMIJO, M. 2004 Buenas prácticas de gestión pública en América Latina. En: IX CONGRESO INTERNACIONAL del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2 - 5 de noviembre de 2004. Madrid, España. 1 - 5 Nov. 2004. 18 p.
- BORREL, F 2002 El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) 2002; 119(5):175-9.
- CANTERO, 2012 Desarrollo e implementación de la gestión del conocimiento en el parlamento de Finlandia. Versión en español. Editor: Carlos Cantero, Senado – Chile. Mayo, 2012. Autores versión original: Suurla, R. Markkula, M. Mustajärvi, O. Helsinki, Finlandia. 236 p.
- CORMUP, 2012 Plan de Salud Peñalolén 2012. Dirección de Salud, CORMUP. 143 p.
- DE PABLOS, J. y GONZALEZ, T. 2007. Políticas educativas e innovación educativa apoyadas en TIC: Sus desarrollos en el ámbito autonómico. II Jornadas Internacionales sobre Políticas Educativas para la Sociedad del Conocimiento. 7-10 marzo. Granada. 13 p.
- DESAL, 2008. Financiamiento de la Atención Primaria de Salud: Fuentes y Flujos de Recursos en el Periodo 2000-2004. Departamento de Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria. Mayo 2008. 65 p.
- FONASA, 2012. Ley de Presupuestos del Sector Público año 2012, Programa Presupuestario de Atención Primaria, glosa 03. Mecanismo Percápita en Atención Primaria de Salud Municipal. Fondo Nacional de Salud para Congreso Nacional.
- FONDEF, 2012. Informe 1, Preparación de la Experimentación. Proyecto FONDEF de Interés Público D10I-1034. Agosto 2012. 69 p.
- FONDEF, 2010. Formulario de Presentación del Proyecto. Sección “1. Síntesis del Proyecto” 7 p.
- FORO IBEROAMERICANO, 2005. Guía para la Transferencia de Mejores Prácticas en América Latina y Caribe. Documento Borrador. Agosto de 2005. Foro Iberoamericano y del Caribe sobre Mejores Prácticas. 21 p.
- INE, 2012. Resultados Preliminares Censo 2012. 60 p.
- MINSAL, 2008. En el Camino a Centro de Salud Familiar”, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. 2008. Por Depaux, Campodónico, Ringeling y Segovia. 133 p.
- MINSAL, 2010. Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. Chile. Ministerio de Salud. Programa de Salud del Adulto Mayor, 2010. 50 p.

- MONTERO, 2011. Propuestas para Chile, Concurso Políticas Públicas PUC 2011. Capítulo VII: Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal. Por J. Montero “et al”. p 207-230.
- PELLUFO, M. y CATALÁN, E. 2004. Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación al sector público. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Naciones Unidas. Manuales, Serie 22. Diciembre 2002. 92 p.
- PNUD, 2009. Desarrollo Humano en Chile 2009: La manera de hacer las cosas. Santiago de Chile. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 255p.
- SANCHEZ A., 2008 Código de Buenas Prácticas Docentes en el Título de Grado en Información y Documentación. Por Ana Sánchez “et al”. II Jornadas de Innovación Docente, Tecnologías de la Información y de la Comunicación e Investigación Educativa en la Universidad de Zaragoza, 2008. 12 p.
- WAISSBLUTH, M. 2008. *Sistemas Complejos y Gestión Pública*. Serie Gestión N°99, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. 33 p.
- WAISSBLUTH, M. 2009. *Gestión del Cambio en el Sector Público*. Serie Gestión N°109, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. 30 p.
- WINSLOW, C. 1920 The Untilled Fields of Public Health. Vol. 51 n° 1306. pp. 23-33. January, 1920.

8.2 DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

- ANCORA. Proyecto Áncora
 [<http://www6.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/proyecto_ancora.html >](http://www6.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/proyecto_ancora.html) [consulta: 10 de junio de 2012]
- BEYER, H. 2002. Política Social: Propuestas Necesarias Para el Sector Salud. Universidad de Chile. 2002. [<http://cepchile.cl/dms/archivo_3273_1630/02_beyer.pdf >](http://cepchile.cl/dms/archivo_3273_1630/02_beyer.pdf) [consulta: 12 de diciembre de 2012]
- CIA. CIA World Factbook: Life Expectancy At Birth.
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2102.html> [consulta: 17 de marzo de 2013]
- DEIS. Mortalidad infantil y sus componentes por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010.
 http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Defunciones%20y%20Mortalidad%20Infantil/mo-rt_infantil_componentes_2010.htm [consulta: 17 de marzo de 2013]
- FONASA. Estadísticas- Demografía. [<http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/informacion+corporativa/stadisticas+institucionales/estadisticas+institucionales >](http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/informacion+corporativa/stadisticas+institucionales/estadisticas+institucionales) [consulta: 29 de diciembre de 2012]

- FONDEF. ¿Qué es FONDEF? <<http://www.conicyt.cl/fondef/sobre-fondef/que-es-fondef/> >
- INE, 2011. Compendio Estadístico 2011. Instituto Nacional de Estadísticas. <http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/compendio_estadistad2011.php> [consulta: 4 de diciembre de 2012]
- MIDEPLAN. Definiciones.
<<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/definiciones/pobreza.html#2>>
[consulta: 5 de enero de 2013]
- MINSAL a. Modelo de atención integral en salud. Documento Ministerio de Salud de Chile. 2005. <http://www.minsal.cl> [consulta: 12 de junio de 2012]
- MINSAL b. Superintendencia de Salud
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_superintendencia_d_d_salud/presentacion_superintendencia.html> [consulta: 2 de enero de 2013]
- OBSERVATORIO DE SALUD, 2008. Observatorio de Salud Pública para la Equidad en Salud. Informe Cuantitativo Peñalolén. Escuela Salud Pública Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Autores: Waldo Aranda, Claudia Wolff y Chany Sanhueza. 2008. <http://www.observatoriosaludpublica.cl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=32> [consulta: 2 de enero de 2013]
- OBSERVATORIO PEÑALOLÉN. Observatorio, Peñalolén. Ficha: Nivel de Ingreso de los Hogares. <<http://observatorio.penalolen.cl>> [consulta: 2 de enero de 2013]
- REPORTES ESTADÍSTICOS COMUNALES. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Comunas: Puente Alto, Peñalolén, Recoleta. <<http://reportescomunales.bcn.cl>>
- SUPERSALUD. Superintendencia de Salud. <<http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-2618.html>> [consulta: 6 de enero de 2013]
- UNICEF. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 2, abril de 2006. “Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”. <[http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)> [consulta: 18 de marzo de 2013]

9 ANEXOS

ANEXO A: Instrumento para el Levantamiento de Buenas Prácticas

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS

El **Centro de Sistemas Públicos de la Universidad de Chile** está desarrollando un proyecto de investigación llamado *Colaboración Pública*, cuyo propósito final es la generación de un sistema de gestión del conocimiento para la transferencia de innovaciones y buenas prácticas entre municipios/CESFAMs.

Actualmente el proyecto se encuentra en una fase de pilotaje, consistente en la transferencia efectiva de un número acotado de prácticas desde municipios/CESFAMs con un desempeño sobresaliente en un determinado ámbito de gestión (producto de la práctica identificada) hacia uno que la requiera.

Por medio de indicadores objetivos y un panel de expertos, hemos seleccionado su Municipio/CESFAM como una organización referente en la generación de buenas prácticas posibles de ser transferidas a otras organizaciones similares. Es por esto que quisiéramos levantar la práctica objeto de nuestro estudio mediante un sencillo instrumento. Este levantamiento persigue conocer preliminarmente su organización y la práctica, para posteriormente conocer esta última en forma más específica, abordando distintos ámbitos analíticos que permiten describirla (si procede); y finalmente conocer su opinión/recomendaciones en el proceso de transferencia de la misma. la práctica destacada en su organización un punto de vista operacional, así como la experiencia que ha significado su desarrollo.

N°	Etapas instrumento
I	Preguntas de contexto general sobre la organización
II	Preguntas de contexto general de la práctica
III	Preguntas de profundización sobre la práctica
V	Recomendaciones de transferencia

Su participación, adicionalmente a Ud: i) le permitirá posicionarse en su entorno relevante como un referentes técnico en la práctica levantada, ii) sistematizar y formalizar la práctica que actualmente se desarrolla en su organización (si es que no estuviere formalizada y/o sistematizada); iii) y además ser partícipe de un proyecto de innovación pública a la vanguardia de experiencias internacionales en materia de gestión del conocimiento.

Quisiéramos certificar que la información proporcionada será tratada con discreción y su uso será restringido principalmente a fines académicos. Agradecemos desde ya su participación en el proyecto *Colaboración Pública*.

I. Información de contacto

Organización	
Nombre contacto	
Cargo contacto	
N° telefónico contacto	
Correo-e contacto	
Responsable práctica	
Cargo responsable	
N° telefónico responsable	
Correo-e responsable	

II. Preguntas de contexto general sobre la organización

Las siguientes preguntas permiten *conocer en forma preliminar la institución visitada*, en particular los principales desafíos que actualmente está abordando, sus características organizacionales, los problemas que la aquejan y su clima organizacional.

N°	Pregunta
1.	¿Cuáles son los principales desafíos que está abordando la organización actualmente? <i>Pueden ser iniciativas, proyectos, programas, en donde se están concentrando los esfuerzos de la institución.</i>
2.	¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta hoy la organización?
3.	¿Cuáles son las fortalezas y activos (ventajas) organizacionales que usted destacaría de su institución?
4.	A nivel general, ¿podría describir el clima de su organización?

IV. Preguntas de contexto general de la práctica

En esta etapa se pretende *extraer la historia que se desprende desde el inicio hasta la implementación de la práctica*, conocer qué la originó, cómo se gestó, quiénes fueron los principales beneficiarios de la práctica y cuáles fueron los problemas más importantes en su implementación.

Preguntas	
1	A nivel general, ¿cuál es la práctica? <i>Proveer de una definición y descripción general.</i>
2	¿Cuál fue el motivo o el problema a resolver para desarrollar esta práctica? <i>Se busca conocer por qué se originó la práctica, si fue a partir de un problema, a partir de una innovación, o la necesidad de implementar algún programa proveniente del Gobierno, pero con los recursos locales (y no los ideales).</i>
3	¿Cuál era la práctica anterior? <i>(Si es que hubo)</i>
4	¿Cuándo y cómo comenzó a desarrollarse? <i>Desde el diseño o desde que fue ideada.</i>
5	¿Qué dificultades surgieron en la implementación?
6	¿En qué público objetivo se pensó al diseñar esta práctica? <i>Quiénes fueron los beneficiarios.</i>

V. Preguntas de profundización sobre la práctica

A continuación se presentan una serie de preguntas que pretenden *levantar con mayor detalle la práctica que desarrolla la organización*. Las preguntas abordan 15 ámbitos de análisis organizacional detallados a continuación⁴⁰:



⁴⁰ Estos ámbitos fueron identificados en base al documento *Sistemas Complejos y Gestión Pública* (Waissbluth, 2008: 16). Serie Gestión N°99, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.

VI. Preguntas de profundización sobre la práctica

A continuación se presentan una serie de preguntas que pretenden *levantar con mayor detalle la práctica que desarrolla la organización*. Las preguntas abordan 15 ámbitos de análisis organizacional detallados a continuación⁴¹:

Ámbito	Pregunta de apertura	Respuesta		Pregunta(s) de profundización
<i>Aprendizaje</i>	¿Se generaron a partir de esta práctica instancias de capacitación significativas (formal o informal) para su aprendizaje?	No	Sí	- ¿Instancias de qué tipo (talleres, manuales, etc.)?
<i>Clima organizacional</i>	¿Hubo resistencias al cambio derivadas de la inserción de la práctica en el contexto organizacional?	No	Sí	- ¿Cuáles fueron las consecuencias de esta resistencia? - ¿Fue sorteada efectivamente? ¿Cómo?
<i>Control de gestión</i>	¿Los resultados derivados de esta práctica tienen forma de ser medidos y/o verificados?	No	Sí	- ¿Cuáles son los medios de verificación usados? - Si hay indicadores, ¿cuáles son éstos? - ¿Qué resultados de corto plazo producto de la implementación de la práctica pueden considerarse <i>quick wins</i> ?
<i>Cultura, valores, membrecía</i>	¿Se vio modificada la cultura organizacional producto del desarrollo de la práctica?	No	Sí	- ¿En qué sentido?
	¿Y los valores de los integrantes de la organización sufrieron cambios con la práctica?	No	Sí	- ¿En qué lo observa?
	¿Y la membrecía de los funcionarios, cambió producto del desarrollo de la práctica?	No	Sí	- ¿Cómo da cuenta del cambio?

⁴¹ Estos ámbitos fueron identificados en base al documento *Sistemas Complejos y Gestión Pública* (Waissbluth, 2008: 16). Serie Gestión N°99, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.

<i>Estructura organizacional</i>	¿Se vio modificada la estructura organizacional de forma significativa?	No	Sí	- ¿Cuáles fueron los cambios más relevantes?
<i>Incentivos</i>	¿Fue necesaria la incorporación de incentivos para la implementación efectiva de la práctica?	No	Sí	- ¿Qué tipo de incentivos?
<i>Liderazgo</i>	¿Hubo líderes que jugaron un rol clave en la implementación de la práctica?	No	Sí	- ¿Quiénes? - ¿Por qué destacaría su importancia?
<i>Normas y políticas</i>	¿La incorporación de la práctica requirió de alguna modificación en alguna norma o política atinente a la institución?	No	Sí	- ¿Cuál(es)?
<i>Personas y Funciones</i>	¿Cuántos? ¿Cuenta esta práctica con funciones críticas que han de ser ejecutadas?	No	Sí	- ¿Cuál(es)?
	¿Requiere esta práctica de competencias técnicas especiales para su desarrollo?	No	Sí	- ¿Cuál(es)?
	¿Requiere esta práctica de un mínimo de personal necesario para su desarrollo?	No	Sí	- ¿Cuál(es)?
<i>Procesos de soporte</i>	¿Cuenta esta práctica con procesos de soporte clave que deben ser llevados a cabo?	No	Sí	- ¿Cuál(es)?
<i>Procesos para agregar valor</i>	¿Cuenta esta práctica con procesos sustanciales los cuales deben ser llevados a cabo para su implementación efectiva?	No	Sí	- ¿Cuál(es)?

<i>Productos o servicios</i>	¿Considera que la infraestructura constituyó un elemento crítico en la implementación de la práctica?	No	Sí	- ¿Qué tipo de infraestructura?
<i>Productos o servicios</i>	¿Constituye la práctica un cambio en la entrega de productos o servicios de la organización?	No	Sí	- ¿En qué se materializa este cambio?
<i>Recursos financieros</i>	¿Se requirieron recursos financieros importantes para la implementación de la práctica?	No	Sí	- A su juicio, ¿cuál es el monto presupuestario mínimo para poder implementar efectivamente esta práctica? - ¿Quién financió o co-financió esta práctica?
<i>Sistemas de información</i>	¿Se necesitó de alguna(s) aplicación(es) informática(s) para la instalación de la práctica?	No	Sí	- ¿Cuáles? - ¿Cuál es el costo (financiero, operacional) de esta(s) aplicación(es)? - Si los costos asociados a la aplicación informática son elevados, ¿considera Ud. alguna alternativa de menor valor?

VII. Recomendaciones de transferencia

N°	Pregunta
1	Imagine que intentaremos transferir esta práctica mañana: <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué estrategia nos sugeriría usted para transferirla?,- ¿Usted prevé potenciales resistencias al cambio?, ¿cuáles?- ¿Cómo recomendaría el abordaje de estas posibles dificultades?

VIII. Comentarios

Comentarios y/o observaciones del ENTREVISTADOR, notas sobre la entrevista y la visita o "Rapport".

--

IX. Información preliminar sobre el Municipio/CESFAM

A continuación se presentará un cuadro con *información relevante que debiese ser levantada antes de la visita*, para conocer al menos en forma preliminar la organización y la práctica a estudiar.

Municipio/CESFAM	
Indicadores socio-económicos comunales relevantes	
Características organizacionales clave del Municipio/CESFAM (<i>N° de funcionarios, presupuesto, sanidad financiera, etc.</i>)	
Indicadores de desempeño del Municipio/CESFAM	
Indicadores de rendimiento clave relacionados con la buena práctica a levantar	
Otra información relevante	

Anexo B: Tabla de Resultados de Simulación de Sistema de Cola en la Farmacia

N° Replicación	Tiempo Promedio Espera [min]	N° Personas promedio en fila
1	41,4	27
2	25,7	20
3	32,3	24
4	49,6	32
5	30,8	31
6	25,5	22
7	22,1	16
8	54,6	46
9	22,2	15
10	52,8	45
11	66,1	66
12	21,1	17
13	20,7	17
14	70,9	41
15	50,3	39
Promedio	39,1	30,5