



**“REDUCIR LOS TIEMPOS DE ESPERA CONSULTA NUEVA DE
ESPECIALIDADES INFANTOJUVENIL DE LOS USUARIOS DEL
HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS”**

Actividad Formativa Equivalente (AFE) para optar al grado de MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN DE SALUD (MAS)



Alumna: Ana María Correa Tobar

Profesor Guía: Pedro Crocco

Santiago, enero 2021

Tabla de contenidos

1. Resumen Ejecutivo	04
2. Introducción	
a. Contexto relevante del lugar de intervención	06
b. Evolución y características importantes de la situación actual	08
c. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual	10
d. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE	17
3. Metodología	
a. Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada.	18
b. Equipo Gestor	19
c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados	21
4. Fase Analítica:	
a. Descripción del problema	
i. Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas	25
ii. Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación con otros problemas y necesidades	27
b. Análisis de Involucrados	
i. Identificación de actores involucrados	27
ii. Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados	27
iii. Identificación de intereses y mandatos que cada involucrado posee y defiende en relación con el problema central	28
iv. Identificación de la capacidad de incidir que poseen los diferentes involucrados	28
v. Identificación de intereses de los involucrados en las posibles intervenciones	28
vi. Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados	28
vii. Construcción de la matriz de involucrados	29

c.	Análisis de Problemas	
i.	Análisis usando árbol de problemas	31
ii.	Identificación de problemas principales	31
iii.	Identificación y caracterización del problema central	32
iv.	Análisis de relaciones de causa – efecto	32
v.	Diagrama árbol de problemas	34
d.	Análisis de Objetivos	
i.	Análisis usando árbol de objetivos	35
ii.	Análisis de viabilidad	35
iii.	Diagrama árbol de objetivos	37
e.	Análisis de Alternativas	38
f.	Síntesis de la Etapa Analítica	40
5.	Fase de Planificación	
a.	Objetivos por jerarquía	43
b.	Indicadores	45
c.	Medios de verificación	46
d.	Supuestos	47
e.	Resumen Matriz de Marco Lógico	49
f.	Plan de Ejecución	53
g.	Presupuesto	61
h.	Control de calidad de la propuesta	
i.	Esquema de verificación del diseño de proyecto	65
6.	Anexos	
a.	Referencias	67
b.	Glosario, acrónimos y abreviaciones	69
c.	Ejemplos de Mapa de Derivación y Cartera de Servicios amigables	72

1. Resumen Ejecutivo

Los Tiempos y Listas de Espera son un problema en todos los sistemas de salud, especialmente en los Públicos. La literatura reporta que es un desbalance entre la oferta de prestaciones por parte de los proveedores y la demanda creciente de los beneficiarios debido a cambios epidemiológicos y tecnológicos, siendo este desbalance multicausal.

Nuestro país, se ha hecho cargo de este gran problema de salud pública a través de la implementación y ejecución del Plan Nacional de Tiempos de Espera No Ges, que se monitorea a través de los compromisos de gestión que los hospitales públicos realizan con los servicios de salud (COMGES) y la evaluación de los hospitales autogestionados en Red (EAR).

El proyecto que a continuación se presenta va en esta línea, el Fín contribuyó a que niños, niñas y adolescentes beneficiarios del Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) tengan derecho a una atención de salud, consulta nueva de especialidades, con equidad en acceso y oportunidad. En esta Institución de salud pública pediátrica, de Alta complejidad, autogestionada en Red dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), cuyo territorio abarca las comunas al sur de la Región Metropolitana se desarrolló la propuesta.

El HEGC cuenta con un comité de Tiempos y Lista de Espera que sesiona una vez por semana para gestionar la demanda por prestaciones pediátricas que se generan en la Red (APS, otros hospitales) y al interior del establecimiento. Su oferta se programa anualmente, difiriendo de un año a otro según los recursos disponibles y los compromisos adquiridos.

El proyecto siguió la metodología de Marco Lógico, la cual sigue una secuencia definida de hitos, obteniéndose los siguientes productos en la fase de análisis:

- Problema priorizado: mediante lluvia de ideas del equipo gestor se enunciaron problemas en torno a los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil que luego fueron priorizados llegándose a definir el problema central a través de la Matriz de Priorización de Problemas, el cual fue “Alto número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC”.
- Involucrados: Se conformó el equipo gestor a partir de los involucrados en el proceso de gestionar los Tiempos de Espera CNE, estableciéndose la nómina de estos y posterior aplicación de la Matriz de Involucrados. El resultado positivo obtenido establece que no hay oposición para efectuar un proyecto en esta dirección.

- Árbol de problemas: se graficaron las causas y efectos del problema central en forma negativa.
- Árbol de objetivos: se construyó a partir de transformar el árbol de problemas de negativo a positivo y se definió el ámbito de acción que incluyó el conocimiento de la Cartera de Servicios del HEGC por parte de la APS y la suficiente Integración del Sistema Informático de la Red.
- Análisis de alternativas: con el equipo gestor se plantearon acciones en torno al ámbito de intervención viables de realizar, llegándose a una propuesta que contempla tres actividades, dos de las cuales incluyen a la especialidad de Oftalmología por ser la que tiene una mayor lista de espera sin resolver y la motivación del equipo.

Posteriormente, se desarrolló la fase de Planificación en la cual se construyó la Matriz de Marco Lógico que guía la ejecución y evaluación del proyecto a partir de la Alternativa consensuada de viable, evaluando su coherencia de forma sistémica. Finalmente se realizó el Plan de Ejecución en base a la Matriz de Marco Lógico.

Todo el proceso fue acompañado por el equipo gestor que validó la propuesta, la cual quedó a disposición de la Dirección del HEGC para su aprobación y ejecución.

Finalmente destacar, que el valor diferenciador de este proyecto es poner a disposición de esta Institución una propuesta local, desde lo operativo para reducir los Tiempos y Lista de Espera de Oftalmología coordinándose con la Red del SSMS, interviniendo en la demanda por atención que se reflejará en la disminución de los Tiempos y Lista de Espera como consecuencia de una derivación al nivel secundario de lo pertinente, de lo complejo y de resolver en Atención Primaria el resto de las patologías de acuerdo a consenso entre ambos niveles de atención. A partir del éxito de este piloto, se puede ampliar esta propuesta al resto de las especialidades médicas.

2. Introducción

a. Contexto relevante del lugar de intervención

El Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) es una Institución de salud pública de Alta complejidad (año 2019 GRD nacional de 0,9020; GRD HEGC 1,0191), autogestionado en Red, que atiende a los niños, niñas y adolescentes correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), además de ser centro de derivación de la Macro Red Sur en patologías como Escoliosis, Insuficiencia renal crónica terminal, Cáncer infantojuvenil, Gran quemado, Urologías complejas, Trasplante renal, Hemodiálisis y Peritoneo diálisis, y Cirugía compleja del recién nacido. Actualmente atiende 30 patologías AUGE y 9 de la Ley Ricarte Soto.

Inicia sus actividades en el año 1962 en la comuna de San Miguel para dar respuesta a las necesidades de salud infantil de la zona sur de Santiago, la cual presentaba en esos años una alta tasa de mortalidad infantil debido a la desnutrición y enfermedades infecciosas, especialmente en los sectores poblacionales con bajos ingresos económicos ⁽¹⁾.

En los años venideros, frente al incremento de la demanda por atenciones de salud infantil esta Institución expandió sus especialidades médicas, quirúrgicas e infraestructura, habilitando las casas aledañas como unidades clínicas o de apoyo, lo cual se materializó en un desarrollo muy disfuncional de sus dependencias dificultando la atención. Esta necesidad entre otras permitió la reposición de la infraestructura del hospital de acuerdo con la normativa vigente.

En octubre del año 2017, finalmente se concreta el traslado a las nuevas dependencias en terrenos del SSMS a pocas cuadras de donde funcionaba originalmente, produciéndose una serie de cambios, entre los cuales se destaca el modelo de atención en salud tanto en la modalidad cerrada como abierta.

Su Visión para los siguientes cuatro años (2019 - 2022) es “Ser una comunidad hospitalaria innovadora y comprometida con los derechos de las personas en todas sus acciones, orientada hacia la salud y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes” ⁽²⁾.

La población asignada al SSMS corresponde a las comunas de San Bernardo, Buin, Paine, Calera de Tango, El Bosque, Lo Espejo, La Granja, Pedro Aguirre Cerda, La Cisterna, San Joaquín y San Miguel, siendo aproximadamente el 27% Infantojuvenil y de este porcentaje el 80% beneficiario del seguro público Fonasa ⁽³⁾.

Mapa del SSMS con murales creados por niños y niñas de las comunas.

Escuela de Diseño UC



Fuente: Cuenta Pública HEGC 2019 ⁽²⁾

La atención ambulatoria se desarrolla en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) donde se ubican las consultas de atención médica y quirúrgica contemplando las siguientes especialidades agrupadas en tres áreas.

Área Pediátrica: Pediatría, Broncopulmonar, Cardiología, Endocrinología, Inmunología, Gastroenterología, Genética, Hemato-oncología, Nefrología, Nutriólogo, Dermatología, Infectología, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología, Ginecología, Oftalmología y Otorrinolaringología.

Área Quirúrgica: Cirugía Pediátrica, Cirugía Cabeza-Cuello y Maxilofacial, Anestesiología, Traumatología y Ortopedia, Urología.

Área Salud Mental: Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

b. Evolución y características importantes de la situación actual

En Chile como en el resto del mundo el problema de los Tiempos y Listas de Espera son un gran desafío de gestión de los sistemas de salud, ya que por una parte deben garantizar el derecho a la salud mediante un acceso oportuno a las necesidades de atención de los usuarios y por otra parte, enfrentar el creciente aumento de la demanda por atención de salud de la población como consecuencia principalmente de los avances tecnológicos y el cambio epidemiológico, todo lo anterior en un contexto de contención del gasto. En la literatura se señala que el problema de los Tiempos y Listas de Espera son un desbalance entre la oferta de atenciones de salud por parte del proveedor (seguros de salud, establecimientos de salud, Estado) y la demanda por atenciones de salud de la población beneficiaria, siendo este desequilibrio multicausal ^{(4) (5)}.

El Ministerio de Salud (Minsal) a través de su Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES 2014-2018 ⁽⁶⁾ ha propuesto una serie de estrategias para enfrentar esta dificultad, las cuales están en fase de implementación o ejecución. Dentro de sus propuestas esta fortalecer las iniciativas de manejo de Tiempos de Espera a nivel local, donde se realiza la atención propiamente tal.

En el último informe de la Glosa 06 de Listas de Espera No Ges correspondiente a enero-junio 2020 ⁽⁷⁾ se señala que a nivel nacional hay 1.950.811 Interconsultas (IC) en espera de atención, el 70% son beneficiarios Fonasa A y B, con un promedio nacional de 444 días de espera, de este total el 17% son menores de 15 años. A nivel del SSMS el total de IC es de 95.420 (4,9% del total nacional) con 410 días de espera, de este total el 16% (15.291) corresponden a menores de 15 años. Según este reporte las especialidades pediátricas con mayor demanda por atención consulta nueva corresponden a cirugía infantil, neurología, pediatría, traumatología y ortopedia, y psiquiatría pediátrica y de la adolescencia.

En el “Estudio de opinión sobre el sistema de salud 2017” ⁽⁸⁾, los beneficiarios de Fonasa que se sienten Desprotegido-Muy Desprotegido alcanza el 16% (Isapre 6%) y Protegido-Muy Protegido un 50% (Isapre 63%). Las razones de la sensación de desprotección más importantes corresponden a Falta de Horas y Listas de Espera.

Finalmente, el número de médicos por 1.000 habitantes en Chile es 2,6 en comparación con el promedio de OCDE de 3,5 para el año 2018. Respecto al total de Especialistas es de 1,3 como cifra global, desconociéndose las brechas a nivel de la población infantojuvenil ⁽⁹⁾.

En el HEGC existe un comité multidisciplinario compuesto por la subdirección médica, los médicos jefes de especialidad, las enfermeras encargadas de especialidades, admisión y control

de gestión del establecimiento para gestionar los Tiempos de Espera comprometidos con el SSMS (COMGES) y la evaluación anual de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).

De la información socializada en esta instancia se desprenden problemas como:

- Tiempo de Espera promedio 110 días (3,6 meses) por una consulta nueva de especialidad (CNE) en el año 2019 con rangos que van de días hasta cerca de un año (menor a 120 días 59%, mayor a 120 y menor a 300 días 38%, y mayor 300 días 3%), a nivel nacional el promedio ascendía a 351 días ⁽²⁾.
- Inasistencia de los beneficiarios a las citas agendadas consulta nueva de especialidad (18,8% en promedio año 2018 ⁽¹⁰⁾ y 19,8% año 2019 ⁽¹¹⁾). Si bien estas cifras están dentro de lo reportado por la literatura ^{(24) (25)} es un problema que genera costos prevenibles a los sistemas de salud, sobre todo al público donde se dan las tasas más altas de ausentismo.
- Insatisfacción usuaria por Tiempo de Espera incierto CNE (del total de reclamos año 2018 el 1% corresponden al problema señalado, para el 2019 el 2%, y entre enero-agosto del 2020 un 4%) ^{(12) (13)}.
- Insuficientes horas destinadas al proceso de confirmación de citas para optimizar asistencia del usuario o reagendar en caso de rechazo de hora. Actualmente sólo es posible confirmar cita 72 horas antes por vía telefónica ⁽¹⁴⁾.
- Desconocimiento de las causas de inasistencia para intervenir en ellas ^{(24) (25)}.
- Disminuir las Listas y Tiempos de Espera de las especialidades más demandadas (traumatología y ortopedia, neurología, oftalmología, otras) ⁽¹¹⁾.

Para esta organización, lo planteado, son temas que se deben gestionar, lo cual permitiría avanzar en la disminución de los Tiempos de Espera, rejuveneciendo la lista, satisfacer a los usuarios en su demanda por atención oportuna, evitar complicaciones clínicas por acceso inadecuado a atención, agendamiento de horas especialistas eficiente, optimizando su uso mediante el aseguramiento de la asistencia del usuario a la prestación médica programada.

El proceso mediante el cual se agenda una hora nueva especialista es el siguiente: “Médico (Atención Primaria (APS), Servicio de Urgencia (SU), otras especialidades del hospital o de la Red) solicita a través de una IC vía electrónica, en la mayoría de las ocasiones, atención de especialidad. Admisión recepciona la IC y la ingresa a Lista de Espera consulta nueva para determinar pertinencia. Si es pertinente, médico contralor y/o gestor de casos prioriza la IC, asignándose cita según orden de oportunidad y disponibilidad de cupos en agenda médica. La

confirmación de la atención se hará 72 horas antes de la atención, por vía telefónica, correo electrónico, mensaje de texto o carta certificada” ⁽¹⁴⁾. Admisión realiza esta confirmación sólo por vía telefónica a través del call center.

Actualmente, los Tiempos de Espera por una CNE se ha incrementado de forma significativa debido a la situación de Pandemia por Covid-19 que se inicia en marzo del 2020 en nuestro país, siendo las causas más probables: cancelación de todas las consultas médicas agendadas desde mediados de marzo hasta julio, menor oferta de CNE debido a la restricción en el ingreso al hospital para evitar aglomeraciones en las salas de espera y cumplir con la normativa vigente e inasistencia de los usuarios por motivos de cuarentena en sus comunas y/o miedo de asistir por la probabilidad de contagio sea en el hospital o en el trayecto.

c. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual

En la siguiente tabla se resumen los principales indicadores que dan cuenta de los Tiempos de Espera por consultas de especialidad para el año 2018 y 2019 en el HEGC y su variación porcentual con la finalidad de visualizar la magnitud del problema y su evolución.

Cuadro N°1: Comparación de Indicadores HEGC 2018 y 2019 que dan cuenta del estado de los Tiempos de Espera por CNE con relación al Total de consultas e Inasistencia.

INDICADORES	2018	%	2019	%	Δ%
Total de consultas de especialidad realizadas	94.164	100	105.070	100	+12
Total de consultas nuevas realizadas	29.175	30,9	34.463	32,8	+18
Total de consultas NSP	20.460	21,7	23.069	22	+1,4
Total de casos LE año siguiente	4.992	100	8.100	100	+62
Casos con Espera < 120 días	3.103	62,2	4.779	59	+54
Casos con Espera > 120 y < 365 días	1.889	37,8	3.078	38	+63
Espera > 365 días	0	0	243	3	+100
Promedio días de Espera HEGC	111	0	110	0	-0,9
Promedio días de Espera Nacional	280	0	351	0	+25

Elaboración propia. Fuente de datos: Reporte Anual de Control de Gestión del HEGC 2018 ⁽³⁾ y 2019 ⁽¹⁵⁾, Informe Dimensionamiento HEGC 2018 ⁽¹⁰⁾ y 2019 ⁽¹¹⁾.

Al analizar las cifras podemos inferir:

- Las consultas de especialidades se incrementan en un 12%.
- La demanda por consulta nueva aumenta en 18%.

- La inasistencia a las consultas varía en 1,4%.
- No se dispone de datos independientes para calcular la inasistencia a las consultas nuevas, sólo se tiene el que incluye nuevos y repetidos con variabilidad por especialidades desde un 8% (anestesiología) hasta un 35,9% psiquiatría infantojuvenil) para el año 2019.
- Los casos que conforman la Línea de Base para trabajar al año siguiente crece significativamente en un 62% para el año 2020. Este aumento se refleja en el mayor número de casos que esperan atención en relación con el Tiempo de Espera.
- El promedio de días de Espera se mantiene sin variación significativa, lo que se explica por la priorización de la Línea de Base 2018 en el año 2019, la cual contiene los casos más antiguos.

Una de las razones que determina este aumento explosivo de la línea de Base 2019 es el Estallido Social de octubre 2019, alterando la programación de consultas debido a la cancelación de horas por jornada laboral reducida en CAE.

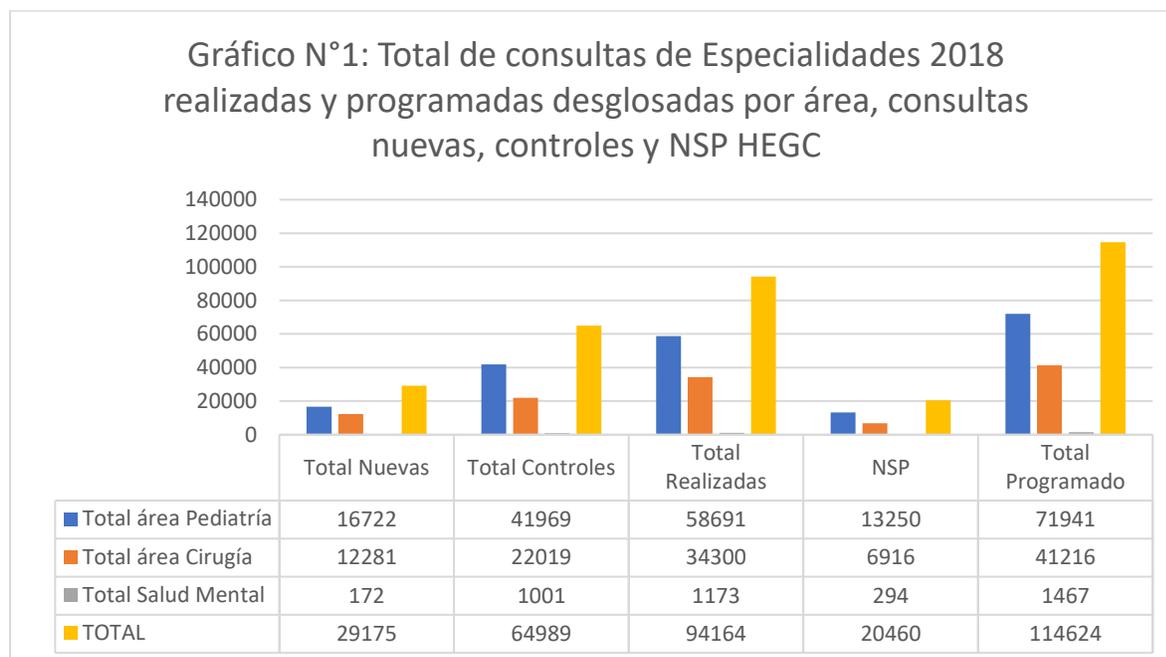
En la siguiente tabla se muestran las Especialidades con mayor oferta de consulta nueva (CN), su porcentaje de cumplimiento en el año 2019 y la Lista de Espera que formará la Línea Base para el año 2020, es decir, la oferta de CN realizada por el hospital a la Red permitiendo inferir que estas Especialidades son las más demandadas por la población beneficiaria, con un comportamiento particular en cada una de ellas.

Cuadro N°2: Oferta Consulta Nueva de las Especialidades más demandadas por la Red en relación a cumplimiento de lo ofertado, LE no resuelta y % NSP del total de consultas (CN+CR) año 2019.

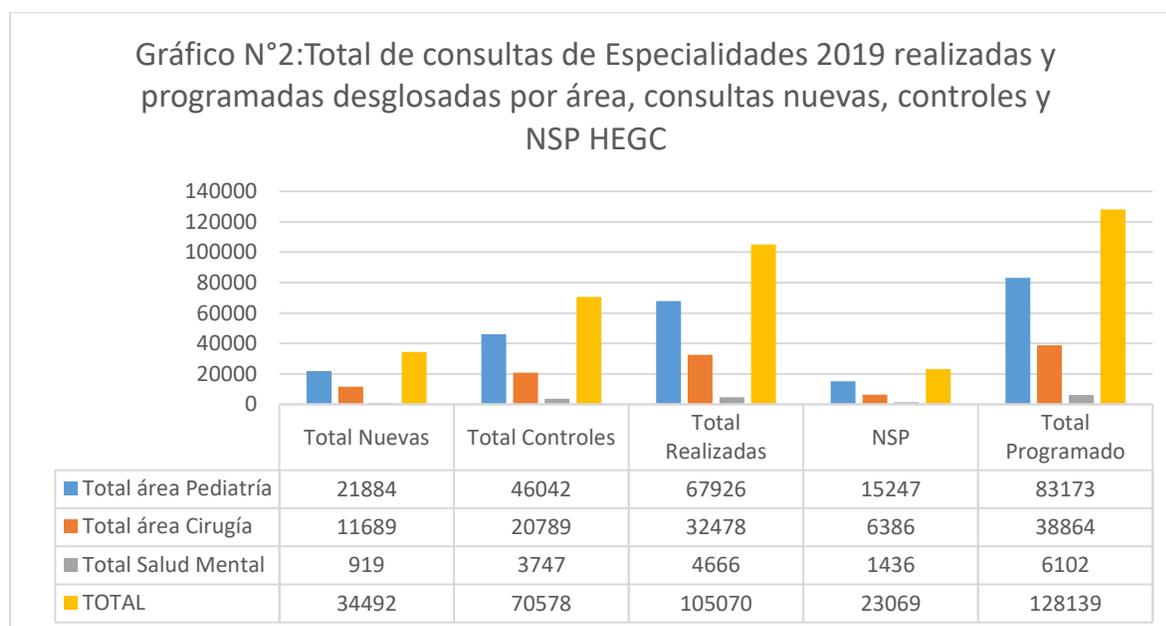
Especialidades	CN programadas	CN realizadas	CN % cumplimiento	LE Diciembre 2019	Total LE 2019	% NSP CN+CR
TMT y ortopedia	8.173	6.410	78	900	9.073	18,9
Neurología	4.811	4.802	100	537	5.348	21,5
Oftalmología	3.638	2.959	81	2.249	5.887	20,6
Pediatría	3.128	2.470	79	433	3.561	22,6
Cirugía pediátrica	3.099	2.739	88	516	3.615	19,2
Broncopulmonar	2.252	1.569	70	91	2.343	16,5

Elaboración propia. Fuente de datos: Informe Dimensionamiento HEGC 2019 ⁽¹¹⁾

A continuación, un resumen de la situación de los Tiempos de Espera e Inasistencia a consultas de Especialidades en el HEGC para el año 2018 y 2019, y su evolución mediante la comparación de estos años; la oferta de Consulta Nueva de las especialidades más demandadas, expresado a través de gráficos confeccionados a partir de las cifras reportadas en el Informe de Dimensionamiento 2018 y 2019 HEGC ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾.

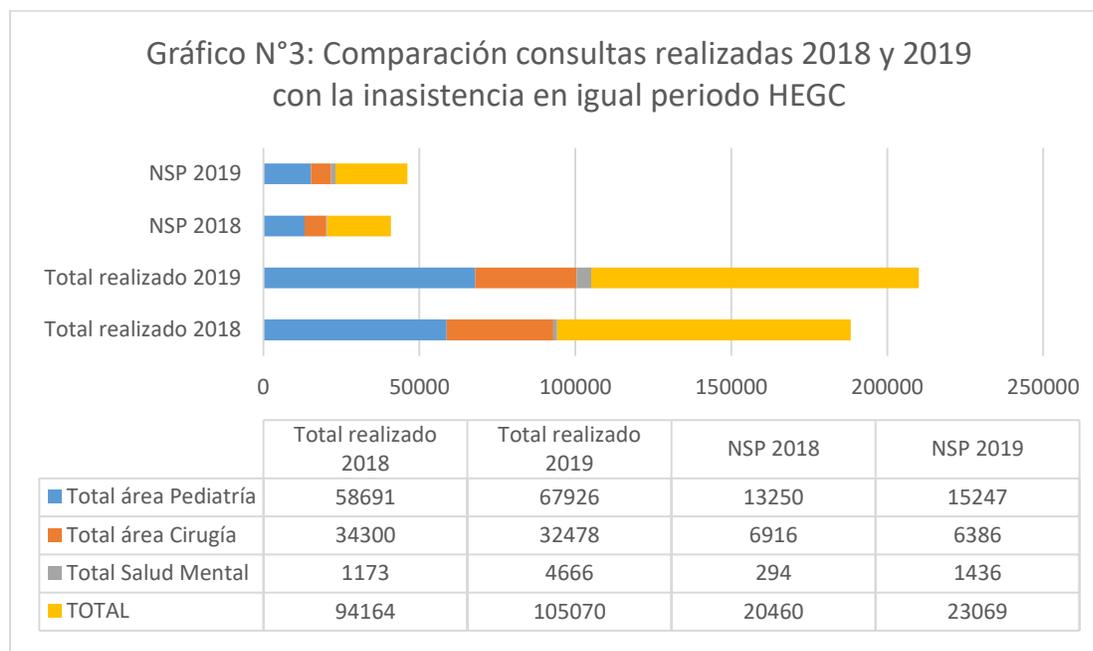


Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2018 ⁽¹⁰⁾



Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2019 ⁽¹¹⁾

La inasistencia a consultas de Especialidades se mantiene durante estos dos años pese al 12% de aumento de las consultas en el 2019 según se muestra en los gráficos 1 y 2.



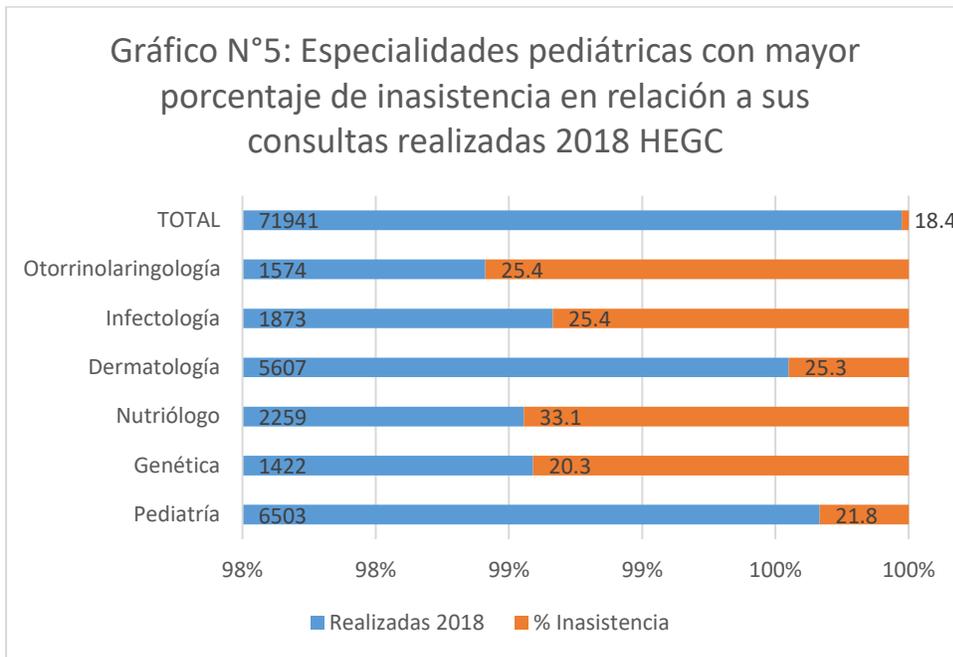
Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2018 y 2019 ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

El gráfico 3 muestra que la inasistencia Total de los años 2018 y 2019 se mantiene sin cambios significativos aún con distribuciones diferentes por áreas.

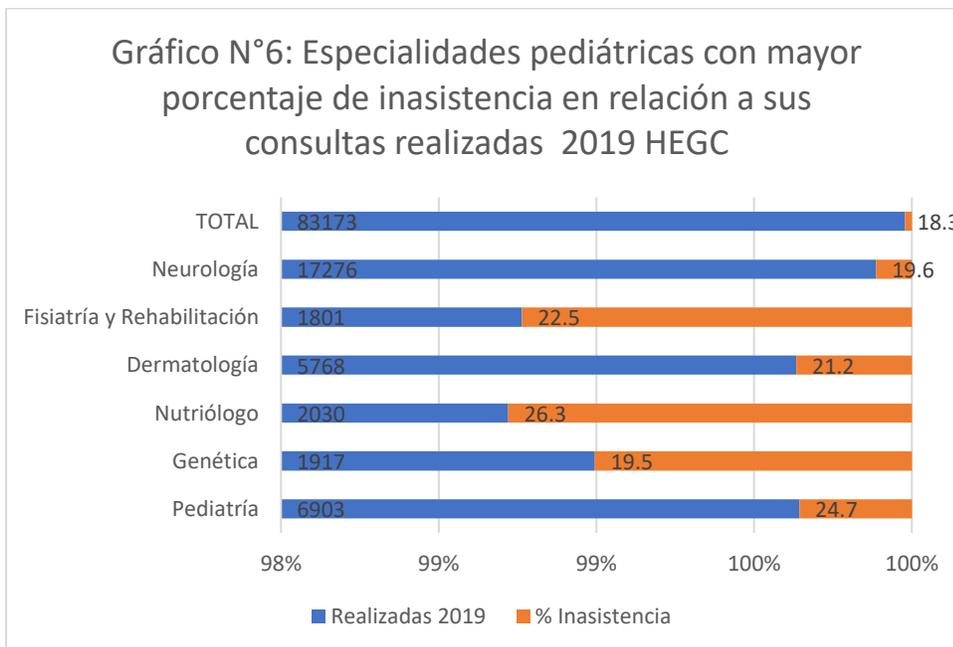


Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2018 y 2019 ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Al comparar los gráficos 3 y 4 se observa que no hay una diferencia significativa en la inasistencia a consultas Nuevas y Totales en ambos años.



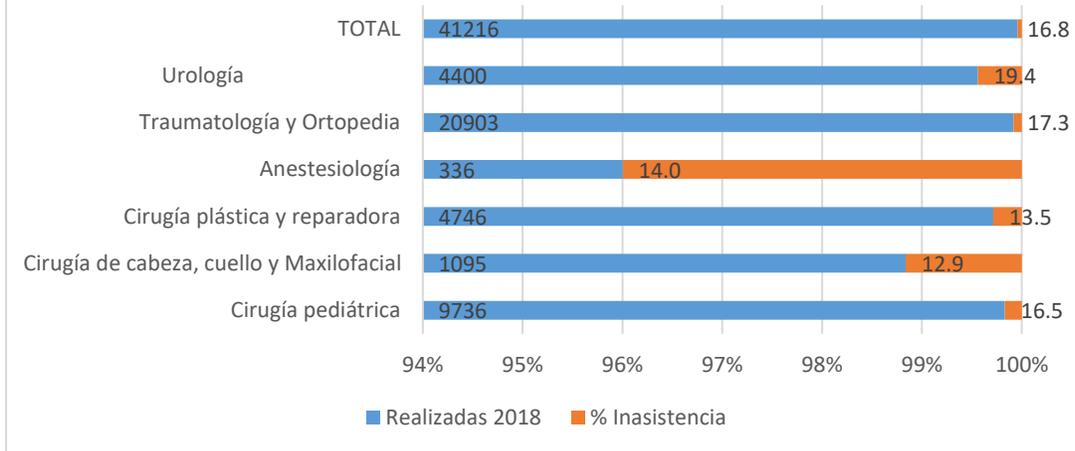
Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2018 ⁽¹⁰⁾



Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2019 ⁽¹¹⁾

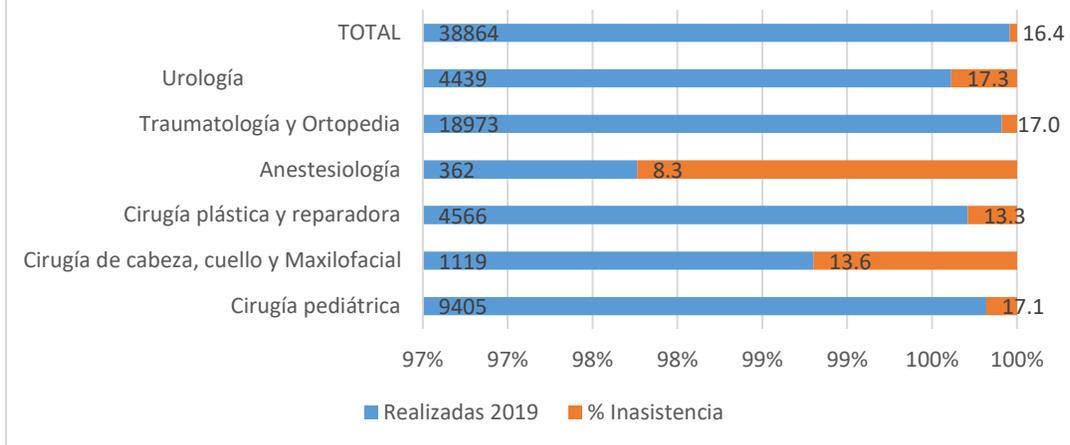
En ambos gráficos (5 y 6) se priorizan las 6 especialidades con mayor porcentaje de inasistencia, repitiéndose cuatro, de las cuales tres logran mejorar sus resultados en el 2019.

Gráfico N°7: Especialidades quirúrgicas y porcentaje de inasistencia en relación a sus consultas realizadas 2018
HEGC



Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2018 ⁽¹⁰⁾

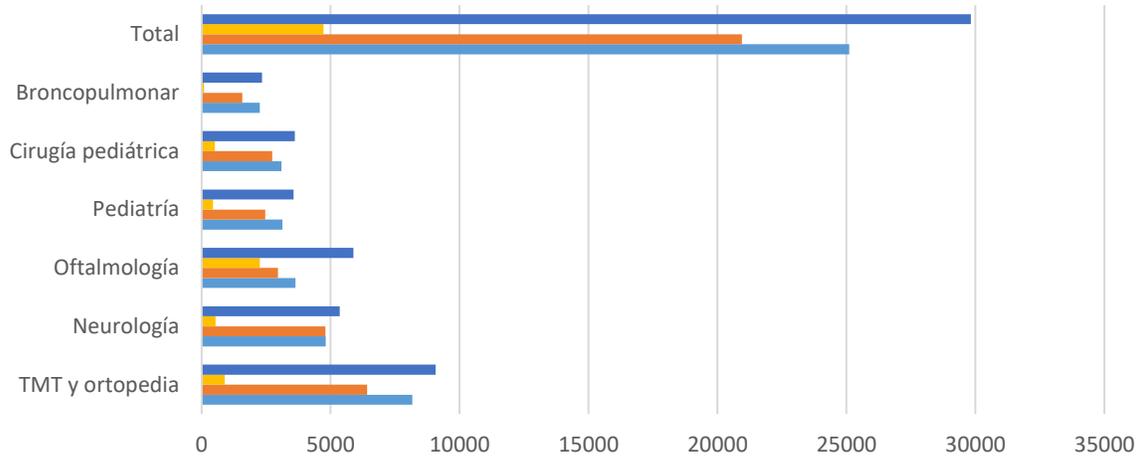
Gráfico N°8: Especialidades quirúrgicas y porcentaje de inasistencia en relación a sus consultas realizadas 2019
HEGC



Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2019 ⁽¹¹⁾

Las especialidades quirúrgicas están bajo el promedio de inasistencia a consultas realizadas en HEGC en ambos años (gráficos 7 y 8).

Gráfico N°9 : Oferta de CN de las especialidades más demandadas y LE a diciembre 2019 HEGC

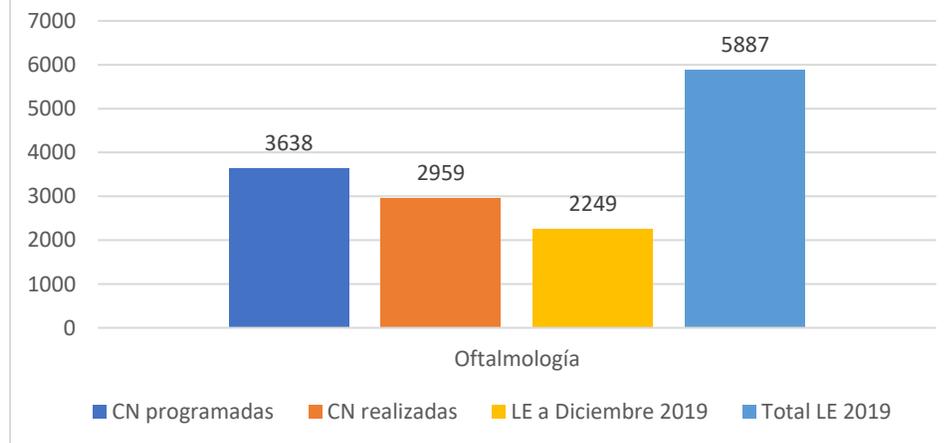


	TMT y ortopedia	Neurología	Oftalmología	Pediatría	Cirugía pediátrica	Broncopulmonar	Total
■ Total LE 2019	9073	5348	5887	3561	3615	2343	29827
■ LE a Diciembre 2019	900	537	2249	433	516	91	4726
■ CN realizadas	6410	4802	2959	2470	2739	1569	20949
■ CN programadas	8173	4811	3638	3128	3099	2252	25101

Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2019 ⁽¹¹⁾

Este gráfico muestra que dentro de las especialidades más demandadas, Oftalmología iniciará el 2020 con 2.249 IC en su LE, seguida por Traumatología y Ortopedia con 900 IC.

Gráfico N°10: Comportamiento CN y LE Oftalmología



Elaboración propia a partir del Informe Dimensionamiento HEGC 2019 ⁽¹¹⁾

El gráfico N°10 muestra en detalle el comportamiento de la LE de Oftalmología en el año 2019, respecto a este año en el informe del 02 diciembre 2020 se informan 1.911 casos vigentes de los cuales 1.512 esperan más de 120 días, con promedio actual de 291 días ⁽²⁶⁾.

En general, los compromisos adquiridos por esta Institución se logran haciendo uso del sobreagendamiento para no perder las horas médicas disponibles, jornadas de atención CNE los sábados, entre otras actividades. No se conocen las causas de inasistencia y tampoco hay intervenciones para prevenir esta situación.

d. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE

A través del desarrollo de la Actividad Formadora Equivalente (AFE) se busca, finalizar el proceso de formación del Magister de Administración en Salud, a través del diseño de un proyecto de gestión en salud relevante para la Institución a la que pertenezco, mediante el uso de la metodología de Marco Lógico. En específico para esta actividad formadora, se desarrolló la etapa Analítica y la etapa de Planificación, en tanto la etapa de Ejecución como la etapa de Evaluación quedará a disposición del HEGC para su aprobación y puesta en marcha, si así lo determinan.

3. Metodología

a. Aplicación de la metodología de ML a la realidad seleccionada

La metodología de Marco Lógico (ML) ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ se aplica a un problema detectado que es importante abordar en el ámbito de la Gestión Pública de Salud permitiendo diseñar una intervención con gestión integral que facilite su implementación, seguimiento y evaluación. En este caso el problema de Gestión propuesto es reducir los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuarios del HEGC.

Como todas las etapas del Proyecto están interrelacionadas y siguen una dirección determinada, se confeccionó una carta Gantt con las actividades a desarrollar por la encargada del diseño en conjunto con su Equipo Gestor.

Cuadro N°3: Carta Gantt Etapas de Análisis y Planificación.

ETAPA ANÁLISIS	OCTUBRE				NOVIEMBRE
	Del 05 al 09	Del 13 al 16	Del 19 al 23	Del 26 al 30	Del 02 al 06
Autorización Proyecto					
Conformación Equipo Gestor					
Identificación del problema					
Identificación Involucrados					
Matriz de Problemas					
Matriz de Involucrados					
Árbol de Problemas					
Árbol de Objetivos					
Viabilidad					
Alternativas					
Informe					
ETAPA PLANIFICACIÓN	NOVIEMBRE			DICIEMBRE	
	Del 09 al 13	Del 16 al 20	Del 23 al 27	Del 30 al 04	Del 07 al 11
Objetivos Matriz Marco Lógico					
Indicadores					
Medios de Verificación					
Supuestos					
Resumen Matriz Marco Lógico					
Plan de Ejecución					
Presupuesto					
Esquema verificación del diseño					
Informe					

Elaboración propia.

El Equipo Gestor que acompañó esta actividad, está constituido por funcionarios del HEGC que intervienen en el proceso de gestión de Tiempos y Listas de Espera:

- Enfermeras de Listas de Espera especialidades compuesto por
 - EU. Cinthia Ortiz Leiteiro, cinthia.ortiz@redsalud.gov.cl
 - EU. Beatriz Díaz Rojas, beatriz.diaz@redsalud.gov.cl
 - EU. Cinthya Muñoz Alvarez, cinthya.munoz@redsalud.gov.cl
- Control de Gestión compuesto por
 - Ing. Hugo Herrera, jefe control de gestión, hugo.herrera@redsalud.gov.cl
 - Mariela Quilodrán Frez, mariela.quilodran@redsalud.gob.cl
- Admisión compuesta por
 - Tiare Godoy Bortolotti, jefa Admisión, tiare.godoyb@redsalud.gob.cl
 - Maira Muñoz, gestor de casos, mmunozb930@gmail.com
- Oficina Informaciones, Reclamos y Sugerencias
 - AS. Julia Fuentes Peña, jefa OIRS, julia.fuentes@redsalud.gov.cl

Además, se contempló consultas según pertinencia a la Subdirectora médica Dra. Rebeca Paiva, a Jefes de especialidades (Dra. Galia Gutiérrez por oftalmología, Dr. Juan González por neurología, Dr. Mauricio Vergara por traumatología y ortopedia, Dr. Salinas por psiquiatría Infantil, otros), personal administrativo de unidad de Admisión y finalmente Usuarios.

Los resultados de la etapa analítica fueron los insumos para construir la Matriz de Marco Lógico en la etapa de planificación, a partir de la cual se sustentó el Plan de Ejecución que guiará la ejecución y evaluación del proyecto, si lo aprueba la Dirección del HEGC.

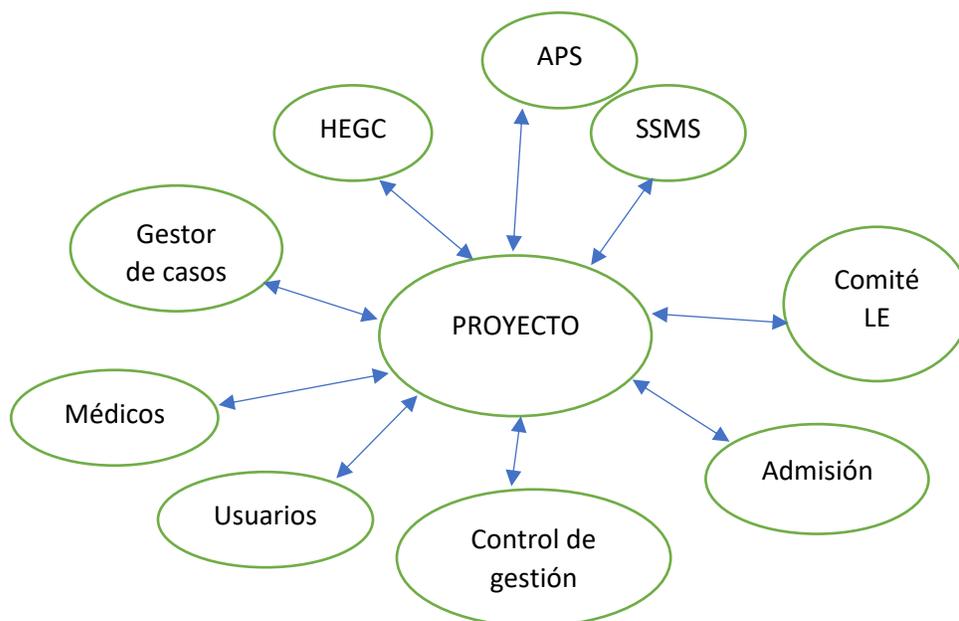
b. Equipo Gestor

La primera actividad realizada fue determinar los actores claves del proceso “Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil del HEGC”, y a partir de este grupo se conformó el equipo gestor del proyecto. Los involucrados se pueden agrupar en:

1. Los que tienen relación directa con el diseño y la ejecución del proyecto:
 - a. Comité de Tiempos de Espera: compuesto por la subdirección médica, los médicos jefes de especialidad, las enfermeras encargadas de las listas de espera especialidades, admisión y control de gestión del establecimiento, el cual gestiona la información consolidada para el seguimiento de los Tiempos y Lista de Espera

- en el HEGC. Esta instancia analiza semanalmente el cumplimiento de la Línea de Base del año anterior que el hospital compromete atender durante el año en curso.
- b. Funcionarios que participan del proceso de agendamiento de horas: el gestor de casos y el médico contralor, que priorizan las IC y asignan hora de cita, y los admisionistas y el call center ejecutan la comunicación directa con el usuario de su hora programada.
 - c. Médicos especialistas: realizan la consulta para satisfacer la necesidad de atención de los pacientes derivados y cumplir con las metas de gestión comprometidas con la autoridad.
2. Los que se ven afectados positiva o negativamente por los resultados del proyecto:
 - a. Niñas, niños y adolescentes, y sus familias beneficiarios del HEGC para resolver su problema de salud, accediendo de forma oportuna a la consulta de especialidades. Este grupo es representado por el comité consultivo del Hospital y la OIRS.
 - b. SSMS y APS, gestionando la demanda por atención médica de especialidad en su territorio en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Tiempos de Espera No Ges.

El Equipo Gestor conformado por enfermeras encargadas de lista de espera especialidades, control de gestión, admisión y OIRS, colaboró con el diseño del proyecto desde su experiencia y visión del tema a desarrollar. Además, se consideró según pertinencia, la aplicación de instrumentos como la Matriz de problemas y la Matriz de involucrados, a otros actores que son parte del proceso con el objetivo de diversificar los enfoques.



c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

Los instrumentos metodológicos usados son específicos para cada etapa del proyecto de salud y los momentos que la componen. A continuación, el detalle ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾:

Fase Analítica:

1. Identificación y descripción del Problema Central propuesto:

El área problema trabajado se relaciona con los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuarios del HEGC, a partir de este enunciado se solicitó la participación del equipo gestor.

La actividad desarrollada fue la técnica de **Lluvia de Ideas**, llegando a un listado acotado de problemas. Luego se aplicó el instrumento **Matriz de Priorización de Problemas**, que consiste en que cada problema identificado se pondera en cada criterio con valores de: alto=3, medio=1 y Nulo=0. A mayor puntaje obtenido por problema analizado, mayor será su prioridad. Los criterios utilizados:

- Características y magnitud de la población afectada
- Prioridad en los lineamientos de las autoridades
- Gobernabilidad (capacidad para incidir sobre el problema)
- Incidencia sobre otros problemas

De esta forma se obtuvo el problema central priorizado en conjunto con el equipo gestor y otros actores involucrados relevantes.

2. Análisis de involucrados

Se indagó sobre los actores sociales que directa o indirectamente participan en el problema central. En conjunto con el equipo gestor se construyó la nómina de actores involucrados y luego se contestó la **Matriz de Involucrados**.

Esta matriz permite valorar la capacidad de incidencia y oposición de cada actor en el problema. Lo anterior permite conocer a los involucrados más favorables para apoyar el proyecto y quienes lo rechazan. Los criterios utilizados:

- Problemas percibidos: se deben enunciar en la matriz para cada actor.
- Intereses y Mandatos: se deben enunciar en la matriz para cada actor.
- Poder: asignar números a significados conceptuales (1=Bajo, 2=Medio Bajo, 3=Medio, 4=Medio Alto y 5=Alto).

- Interés: asignar números a significados conceptuales dependiendo si el efecto de la posible intervención es positivo (1=Bajo, 2=Medio y 3=Alto), negativo (-1=Bajo, - 2=Medio y -3=Alto) o Indiferente (=0) para cada actor.
- Valor: se obtiene multiplicando el valor de Poder por el valor de Interés

De esta forma se obtuvo la matriz de involucrados en conjunto con el equipo gestor y otros actores involucrados relevantes.

3. Análisis de Problemas

Este análisis se realizó con el equipo gestor, finalizando con la construcción del **Árbol de Problemas**, técnica que permite identificar los problemas más relevantes y las relaciones de causa – efecto de forma gráfica. En su elaboración se consideró:

- Identificar los problemas principales que actúan como factores explicativos de la situación que se está analizando, categorizándolos en Factores directos, Factores indirectos y Factores estructurales.
- Formular los problemas en negativo
- Identificar sólo los problemas existentes.
- Enfocar el análisis a través del problema central.
- Ubicar los problemas de acuerdo con las relaciones de causa – efecto.
- La gráfica del árbol debe permitir explicar y entender el origen del problema central.

De esta forma se construyó el diagrama del Árbol de Problemas.

4. Análisis de Objetivos

El Árbol de Problemas se transformó en **Árbol de Objetivos** mediante:

- Reformular los problemas en negativo a objetivos en positivo
- Las Causas pasan a ser Medios
- Los Efectos pasan a ser Fines

El equipo gestor certificó la coherencia de las relaciones Medios – Fines en el diagrama del árbol de objetivos. Posteriormente, realizó el **Análisis de Viabilidad** de todos los Medios con el propósito de identificar los objetivos posibles de realizar y determinar el ámbito de acción del proyecto.

5. Análisis de Alternativas

Se realizó sobre los objetivos incluidos en el ámbito de acción o intervención del proyecto, planteándose alternativas viables de solución de acuerdo con criterios previamente definidos por el equipo gestor. Los criterios utilizados:

- Costo
- Recurso Humano disponible
- Capacidad técnica de implementación

De esta forma se eligió la alternativa más factible de concretar para alcanzar los Fines y Propósitos del proyecto. Este proceso de **análisis de alternativas** se realizó para cada objetivo del ámbito de intervención del proyecto.

Etapas Planificación

1. Matriz del ML

La matriz de ML resume lo que el proyecto pretende hacer y cómo, cuáles son los supuestos claves y cómo los insumos y productos del proyecto serán monitoreados y evaluados ⁽¹⁶⁾. Se organiza en 4 columnas y 4 filas que incluyen los siguientes criterios:

- Columnas
 - **Resumen narrativo** de los objetivos y las actividades.
 - **Indicadores**, resultados específicos a alcanzar.
 - **Medios de Verificación.**
 - **Supuestos**, factores externos que implican riesgos.
- Filas
 - **Fin** al cual el proyecto contribuye de manera significativa.
 - **Propósito** logrado cuando el proyecto ha sido ejecutado.
 - **Resultados** completados en el transcurso de la ejecución del proyecto.
 - **Actividades** requeridas para producir los resultados.

De esta forma se construyó la Matriz de ML con la validación del equipo gestor.

2. Plan de Ejecución:

El Plan de Ejecución se construyó a partir de cada una de las actividades planteadas en la Matriz de Marco Lógico y contempló el desarrollo de los siguientes criterios:

- Tareas y subtareas
- Fecha de inicio - Fecha de termino
- Presupuesto
- Responsable

3. Control de calidad:

Finalmente, se aplicó el Esquema de verificación del diseño de proyecto propuesto en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud OPS ⁽¹⁶⁾, al Marco Lógico para evaluar su coherencia y calidad.

4. Fase Analítica:

a. Descripción del problema

- i. Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas.

Usando la técnica de Lluvia de Ideas en relación con la situación problema elegida (Tiempo de Espera prolongado para CNE), el equipo gestor consensuó los siguientes problemas:

- Alto número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC.
- Alta inasistencia del usuario beneficiario del HEGC a las CNE.
- Bajo número de horas disponibles al proceso de confirmación de cita CNE.
- Incierto rendimiento médico en programación horas CNE.
- Insatisfacción del usuario por Tiempo de Espera incierto para CNE.
- Insuficiente integración del sistema Informático de la Red para dar respuesta oportuna a las IC por CNE.
- Inexistencia de un sistema de categorización por diagnóstico y agravantes del usuario para IC CNE.
- Desconocimiento de la cartera de prestaciones CNE HEGC por parte de la APS.

A continuación, se aplicó el instrumento Matriz de Priorización de Problemas, el cual fue contestado por 13 participantes de 22 elegidos por intervenir en el proceso de gestión Tiempos de Espera CNE (cuadro N°4).

Cuadro N°4: Matriz de Priorización de Problemas.

CRITERIOS	PROBLEMAS							
	Alto N° de días de espera CNE	Alta inasistencia del usuario CNE	Bajo N° horas disponibles confirmación CNE	Incierto rendimiento médico programación CNE	Insatisfacción del usuario por TE incierto	Insuficiente integración sistema Informático de la Red	Inexistencia sistema de categorización por dg. y agravantes	Desconocimiento de la cartera de prestaciones
Características y magnitud de la población afectada	2.5	2.0	1.8	1.2	2.2	1.6	1.0	1.9
Prioridad que representa en los lineamientos definidos por las autoridades	2.4	1.3	1.6	1.7	1.5	1.8	1.4	1.8
Capacidad del equipo de gestión para incidir sobre el problema	2.1	1.7	1.8	1.6	1.7	1.4	1.7	2.3
Incidencia que tiene el problema en la generación de otros	1.9	2.0	2.2	2.1	1.5	2.0	2.0	2.1
TOTAL	8.8	7.0	7.5	6.6	6.8	6.1	6.1	8.2

Elaboración propia. Los números de la tabla son los promedios obtenidos de todas las matrices individuales contestadas.

Las tres primeras prioridades son:

- Alto número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC.
- Desconocimiento de la cartera de prestaciones CNE HEGC por parte de la APS.
- Bajo número de horas disponibles para el proceso de confirmación de cita CNE.

- ii. Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación con otros problemas y necesidades.

El problema que obtuvo la mayor puntuación es “Alto número de días de espera CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC” con un 8.8 de 12 puntos como máximo, quedando de esta forma como problema central. Este enunciado priorizado por el equipo gestor y otros involucrados es importante porque:

- Representa los lineamientos definidos por el nivel central (Minsal) y comprometidos por las autoridades del SSMS y HEGC en relación al Plan Nacional de Tiempos de Espera No Ges y la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).
- El equipo de gestión puede incidir sobre el problema desde diferentes partes del proceso.
- Producto de la Pandemia se agrava la resolución de los días de espera para una CNE en el sector público.
- Engloba a los otros problemas planteados.

b. Análisis de Involucrados

- i. Identificación de actores involucrados.

El equipo gestor concordó que los actores involucrados son los siguientes:

- Instituciones: HEGC, SSMS y APS.
- Grupos: Comité Lista de Espera, Control de gestión, Admisión, Organización de Usuarios (OIRS), Médicos Especialistas.
- Individuos: Jefe especialidad, Subdirectora médica, Jefa CAE, Gestor de casos, Admisionista, Usuario.

- ii. Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados.

En cuanto a la percepción del problema central, se infirió que en la medida que el actor involucrado está en un nivel de jerarquía clínico y/o administrativo más alto del proceso de gestión de Tiempos de Espera, su preocupación por el problema jerarquizado es más general, más poblacional, por ejemplo, el involucrado HEGC señaló que lo que percibe es el “Aumento sostenido de la demanda por atención médica especialidades que no se resuelve en plazos oportunos”; a diferencia de los que están en contacto directo con el usuario cuya preocupación principal era resolver el problema específico para atender oportunamente al paciente, por

ejemplo, el involucrado Admisionista percibió la “Incorrecta o desactualizada información personal del paciente ingresado al sistema informático que dificulta la entrega de cita médica” (cuadro N°5).

- iii. Identificación de intereses y mandatos que cada involucrado posee y defiende en relación con el problema central.

Los intereses y mandatos siguen la misma lógica anterior, a mayor jerarquía clínico y/o administrativo del involucrado, su interés es más global, por ejemplo, en el caso del SSMS su mandato fue “Satisfacer las necesidades de atención por CNE de la población beneficiaria”; a diferencia del actor que toma contacto directo con el usuario, su interés es más específico, más concreto, por ejemplo, el mandato del Gestor de Casos fue “Disponer de la información personal de los usuarios de forma correcta y actualizada” (cuadro N°5).

- iv. Identificación de la capacidad de incidir que poseen los diferentes involucrados.

Las cuotas de poder están sujetas a instancias de tipo administrativas que en muchas ocasiones rigidizan el sistema, haciéndolo poco flexible e impidiendo la innovación, por ejemplo, agendamiento de pacientes sólo hasta las 16:30 hrs, incentivo incierto para que los especialistas se queden en el sistema público de salud. De igual manera el poder siguió la lógica jerárquica del actor involucrado, probablemente por la estructura de las Instituciones Públicas de Salud (cuadro N°5).

- v. Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones.

En este punto se concordó que todos los actores involucrados tienen un alto interés por resolver el problema de salud de los usuarios y cumplir con los compromisos de gestión acordados con el nivel central en concordancia con el Plan nacional de Tiempos de Espera (cuadro N°5).

- vi. Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados.

La matriz de involucrados permitió afirmar que no hay desacuerdos o conflictos que dificulten la implementación de un proyecto, cuyo problema central sea el “Alto número de días de espera para CNE”. Todos los resultados obtenidos son positivos, es decir, a favor de la intervención (cuadro N°5).

vii. Construcción de la matriz de involucrados.

Cuadro N°5: Matriz de Involucrados

Actores	Problema Percibido	Intereses y Mandatos	Poder	Interés		Valor
				(+)	(-)	
SSMS	Aumento sostenido de la demanda por atención médica especialidades que no se resuelve en plazos oportunos.	Satisfacer las necesidades de atención por CNE de la población beneficiaria.	4	3		+12
HEGC	Aumento sostenido de la demanda por atención médica especialidades que no se resuelve en plazos oportunos.	Resolver la demanda por CNE.	4	3		+12
APS	Insatisfacción del usuario frente a la espera para resolver su problema de salud.	Satisfacer las necesidades de salud de su población beneficiaria.	2	3		+6
Comité LEE	Dificultad para cumplir con los compromisos de gestión adquiridos con el nivel central en relación con tiempos de espera CNE en concordancia con el Plan Nacional de Tiempos de Espera.	Cumplir con los compromisos de gestión adquiridos con el nivel central. Implementar estrategias para resolver los tiempos de espera prolongados de CNE.	3	3		+9
C. de Gestión	Dificultad para cumplir con los compromisos de gestión adquiridos con el nivel central en relación con tiempos de espera CNE. Aumento sostenido de casos para declarar en el SIGTE.	Cumplir con los compromisos de gestión adquiridos con el nivel central.	2	3		+6
Admisión	Insuficiente oferta de horas médicas en especialidades demandadas. Desconocimiento cartera de servicios por parte de la APS que dificulta el proceso de asignación eficiente de horas CNE.	Implementar estrategias para responder frente a la demanda de atenciones y comunicación con los usuarios.	3	3		+9
OIRS	Reclamos de los usuarios por la incertidumbre para resolver IC-CNE.	Satisfacer al usuario.	1	3		+3

Jefe especialidad	Insuficientes horas médicas para satisfacer la demanda por CNE.	Atender oportunamente la demanda CNE.	2	3		+6
Especialistas	Insuficientes horas médicas para satisfacer la demanda por CNE.	Atender oportunamente la demanda CNE.	1	3		+3
Sub. Médica	Incertidumbre en la asignación de las horas médicas disponibles.	Disponer de suficientes horas médicas para responder a la demanda.	3	3		+9
Jefa CAE	Incertidumbre en la asignación de las horas médicas disponibles y asistencia del usuario.	Programar oportuna y eficientemente las horas médicas disponibles.	3	3		+9
Gestor de casos	Incorrecta o desactualizada información personal del paciente ingresado al sistema informático que dificulta la entrega de cita médica.	Jerarquizar la lista de espera por diagnóstico y antigüedad. Disponer de la información personal de los usuarios de forma correcta y actualizada.	2	3		+6
Admisionista	Incorrecta o desactualizada información personal del paciente ingresado al sistema informático que dificulta la entrega de cita médica.	Disponer de la información personal de los usuarios de forma correcta y actualizada.	1	3		+3
Usuario	Incertidumbre para resolver su problema de salud.	Resolver su problema de salud en forma oportuna.	1	3		+3

Elaboración propia. La Matriz de Involucrados se construyó con la colaboración del equipo gestor que es parte integrante del comité de Lista de Espera del HEGC.

c. Análisis de Problemas

i. Análisis usando árbol de problemas

A partir del problema central jerarquizado “Alto número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC”, se establecieron las causas Directas, que en su conjunto explicaron el problema central de los beneficiarios del HEGC. A continuación, profundizando en las raíces del árbol, las causas Indirectas visualizadas como relevantes a partir del análisis de las causas Directas y finalmente, en lo más profundo, las causas Estructurales que tienen relación con el modelo del sistema de salud chileno (“Insuficientes prestadores públicos para la demanda de la población beneficiaria”), estas causas requieren de políticas públicas para su intervención a cargo del Minsal.

Los efectos del problema central estaban relacionados, por una parte, con la insatisfacción tanto del usuario como del profesional de la salud por la inequidad en el acceso y oportunidad de atención de los beneficiarios del sistema público de salud, y por otra parte, la creciente demanda de atención como consecuencia del cambio epidemiológico, demográfico y los avances de la tecnología.

ii. Identificación de problemas principales

A continuación se listan los problemas principales de acuerdo a la metodología del ML.

Problemas Directos:

1. Alta inasistencia del beneficiario a las CNE
2. Incierto rendimiento médico en programación horas CNE
3. Insuficiente integración sistema Informático de la Red
4. Desconocimiento cartera de servicio HEGC por parte de la APS

Problemas Indirectos:

1. Incertidumbre por situación país (movilizaciones, pandemia)
2. Escasa participación del usuario (fecha y hora cita)
3. Prolongado tiempo desde que se emite IC y hora médica
4. Bajo número de horas disponibles para confirmación de cita
5. Parcial apertura agenda médica
6. Sobreagendamiento por demanda
7. Cancelación de horas programadas
8. Desactualizada información personal del usuario

9. Desconocimiento del usuario de canales de comunicación con la red
10. Mala derivación de IC

Problemas Estructurales

1. Escaso desarrollo del servicio al cliente en el servicio público
2. Insuficientes prestadores para la demanda de población beneficiaria
3. Insuficiente personal, infraestructura y tecnología en los prestadores públicos

De las causas principales presentadas, las Estructurales no son posible de abordar ya que comprometen políticas públicas, a diferencia de las causas Indirectas y Directas en las que se puede desarrollar un proyecto de intervención.

iii. Identificación y caracterización del problema central.

El problema central priorizado a partir de la Matriz de problemas fue el “Alto número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC”, siendo la línea de base antes de la Pandemia la siguiente:

- Tiempo de Espera de 3,6 meses en promedio por una CNE Infantojuvenil con rangos de días a un año según priorización en Lista de Espera.
- Alrededor del 20% de los usuarios no asiste a su primer control de especialidad Infantojuvenil, desconociéndose las causas de inasistencia.
- Insuficientes horas médicas disponibles para satisfacer la demanda creciente de atención.
- Insatisfacción del paciente y su familia por no poder resolver el problema de salud detectado de forma oportuna en su seguro de salud.
- Insatisfacción del profesional de la salud por no dar respuesta oportuna a las necesidades de salud de la población beneficiaria del sistema público.
- Inadecuada integración de la Red, especialmente a nivel de sistema informático para acceder al beneficiario.

iv. Análisis de relaciones de causa – efecto.

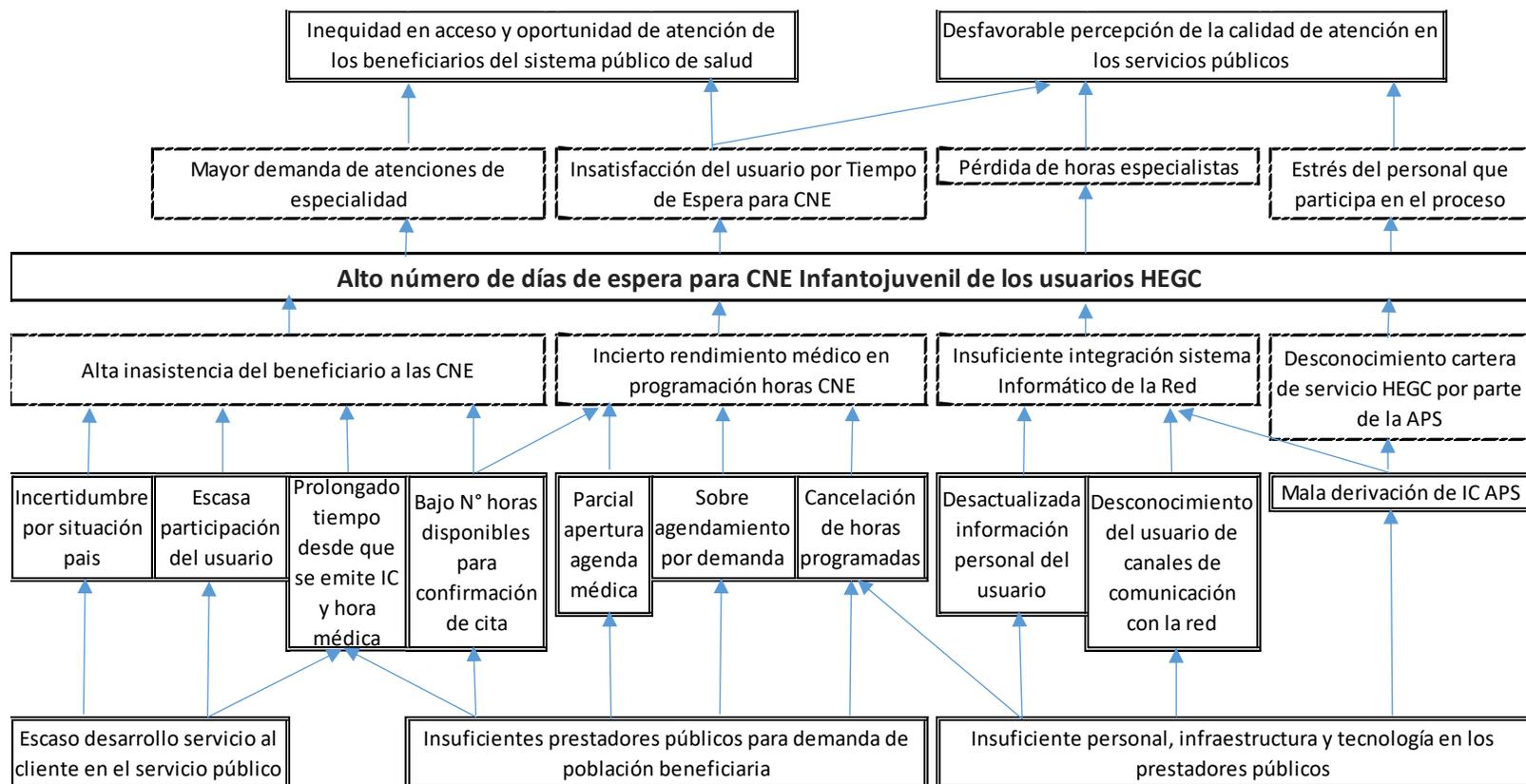
Al analizar las relaciones causa – efecto se argumentó que las causas que explican el problema principal pueden seguir una ruta convergente entrelazadas, difícil de graficar para que muestre la realidad multifactorial de este fenómeno, y los efectos como consecuencias de estas relaciones. El Árbol de Problemas mostró la concordancia con lo expuesto en la literatura en

cuanto el problema central es consecuencia de un desequilibrio entre la oferta y la demanda por atención de salud en los sistemas públicos, siendo multicausal y se reflejó en la insatisfacción del usuario que no puede resolver su problema de salud generándose inequidad en el acceso y oportunidad, y desfavorable percepción de la calidad de atención en los servicios públicos.

Por ejemplo, sigamos la causa más basal hasta llegar al efecto que provoca, en la parte superior del árbol. La raíz inicial "Insuficiente personal, infraestructura y tecnología en los prestadores públicos, converge en "Mala derivación de IC APS" que precede a la causa Directa "Desconocimiento cartera de servicio HEGC por parte de la APS", llegando de esta forma al problema central "Alto número de días de espera CNE". De aquí en adelante se visualizan los efectos más directos como "Estrés del personal que participa en el proceso" finalizando en "Desfavorable percepción de la calidad de atención en los servicios públicos"

v. Diagrama del Árbol de Problemas

Cuadro N°6: Árbol de Problemas “Alto N° días de espera CNE Infantojuvenil HEGC”.



Elaboración propia a partir del Análisis de Problemas del Equipo Gestor.

d. Análisis de Objetivos

i. Análisis usando árbol de objetivos

Tal cual señala la metodología de Marco Lógico, el árbol de problemas se convirtió en árbol de objetivos transformando los enunciados de negativo a positivo. Esta transformación, por una parte, permitió visualizar los medios para alcanzar el objetivo central dentro del ámbito de acción más probable en el cual se pueda desarrollar un proyecto, en este caso “Bajar el número de días de Espera para CNE”, y por otra parte, se pensó en los fines de este, de forma concreta.

Por ejemplo, el medio “Actualizada información personal del usuario”, se relacionó con el objetivo “Suficiente integración del sistema informático de la Red”, el que a su vez influyó directamente en el propósito de “Bajar el número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC”. De aquí en adelante se visualizaron los fines más directos de concretarse un proyecto en este ámbito como es la “Recuperación de horas especialistas” e indirectamente con el fin último “Favorable percepción de la calidad de atención en los servicios públicos”, es decir, se trazó un camino para obtener la situación deseada.

Cada medio se asoció a alternativas probables de implementar y que conformaron la propuesta final una vez consensuada su viabilidad (cuadro N°7).

ii. Análisis de viabilidad

Al analizar la viabilidad de cada objetivo o medio, estos tienen distintos grados de intervención para alcanzar el objetivo central, por lo que el equipo gestor planteó trabajar en el ámbito que incluye el conocimiento de la cartera de servicios del HEGC por parte de la APS y la suficiente integración del sistema Informático de la Red debido a:

- Ambos objetivos directos están insertos en el desarrollo de los lineamientos estratégicos del Minsal, correspondiente a la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) y el Plan Nacional de Tiempos de Espera No Ges.
- Es motivante para el equipo explorar la coordinación de acciones con la Red.
- Los otros objetivos directos e indirectos se relacionan con procesos clínicos-administrativos de la Institución que están siendo abordados de forma interna.

En sinergia con lo expuesto, la metodología RISS, ampliamente difundida por la OMS/OPS ⁽¹⁸⁾, se aplicó a los Compromisos de Gestión (COMGES ⁽¹⁹⁾) de los establecimientos de salud desde

el 2015, generándose una serie de objetivos, indicadores y actividades que son monitoreados por los Servicios de Salud que a su vez responden a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estos compromisos para el año 2020 ⁽¹⁹⁾ se relacionaron estrechamente con el ámbito de acción escogido para el diseño del proyecto, entre los cuales encontramos:

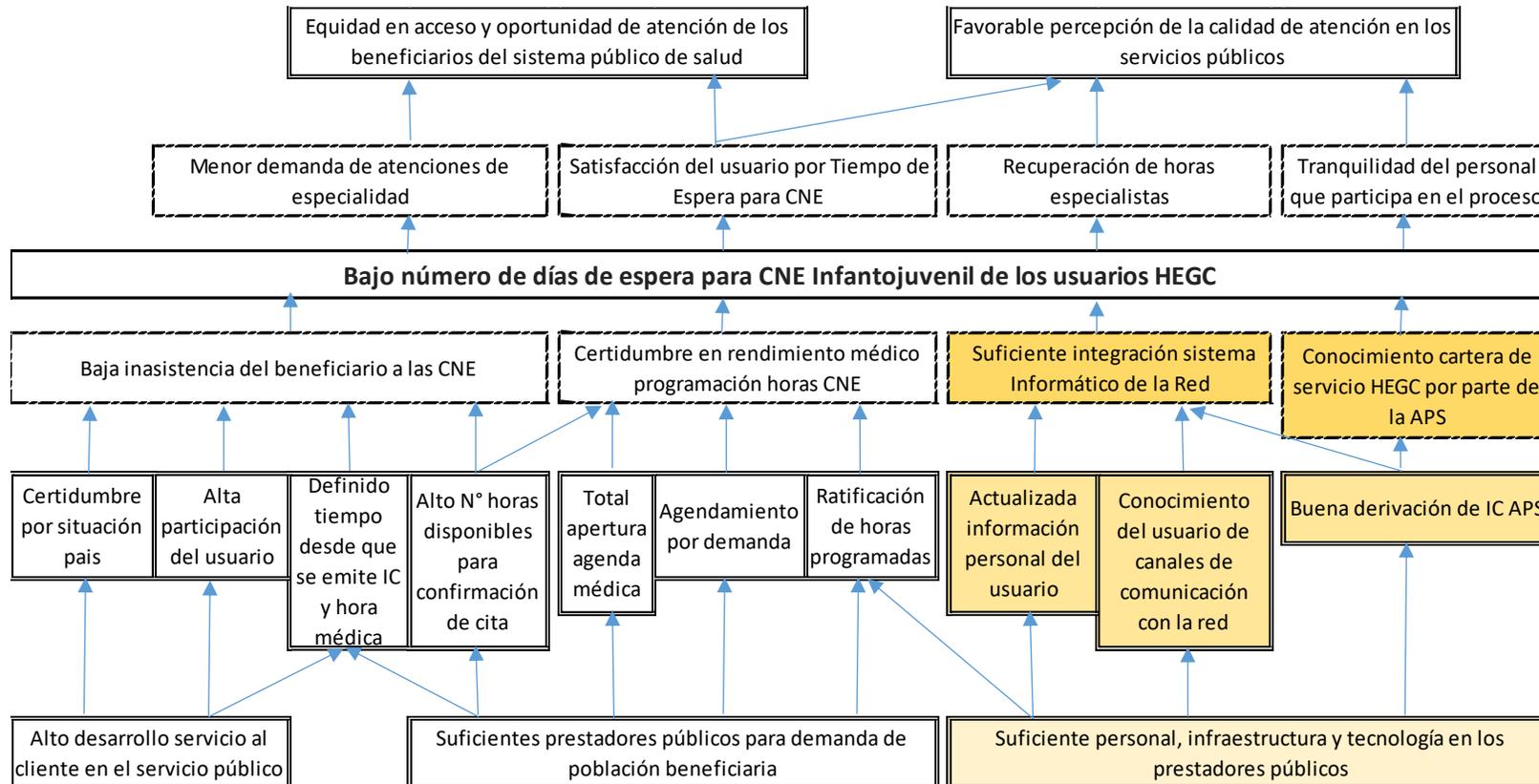
- **Ámbito Modelo asistencial:**
 - Comges N°1: Proceso de Referencia y Contrarreferencia de la Red Asistencial.
 - Comges N°4: Reducción de los Tiempos de Espera por consulta nueva de especialidades médicas.
- **Ámbito Gobernanza y Estrategias:**
 - Comges N°16: Fortalecimiento de la Satisfacción Usuaría.
 - Comges N°18: Política comunicacional de los servicios de salud.
- **Ámbito Organización y Gestión:**
 - Comges N° 22: Fortalecimiento de la estrategia SIDRA.
- **Ámbito Asignación de recursos e incentivos:**
 - No hay Comges relacionados.

Resumiendo, el ámbito de acción del proyecto a planificar ya presenta un cierto grado de desarrollo en la APS, siendo esta línea de base, un punto de partida para la coordinación de acciones con la Red y ejecutar las intervenciones que aseguren el éxito.

De esta forma se pudo afirmar que los objetivos planteados son posibles de realizar por el equipo gestor del proyecto.

iii. Diagrama del Árbol de Objetivos

Cuadro N°7: Árbol de Objetivos y ámbito de acción “Alto N° días de espera CNE Infantojuvenil HEGC”.



Elaboración propia a partir del Árbol de Problemas Los objetivos destacados en color corresponden al ámbito de acción del proyecto.

e. Análisis de Alternativas

Una vez definido el ámbito de acción del proyecto, el equipo gestor procedió a analizar y listar las acciones más adecuadas, considerando la experiencia adquirida por el trabajo cotidiano y las estrategias documentadas en trabajos publicados por la OMS/OPS⁽¹⁸⁾⁽²¹⁾ y el Minsal ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾. El resultado de esta actividad es la siguiente:

Cuadro N°8: Listado de acciones propuestas por el Equipo Gestor.

ÁMBITO DE ACCIÓN	
OBJETIVO: Conocimiento cartera de servicio HEGC por parte de la APS	
Acciones	1.- Actualizar y difundir protocolo de la cartera de servicios y mapa de derivación del HEGC a la Red de forma amigable: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las especialidades médicas • Especialidad médica más demandada
	2.- Capacitar en cartera de servicios y mapa de derivación de la especialidad médica más demandada por la Red APS: <ul style="list-style-type: none"> • Todos los involucrados • Sólo personal médico
OBJETIVO: Buena derivación de las IC desde APS	
Acciones	3.- Diseñar y aplicar lista de chequeo de la pertinencia de las IC No Ges derivadas al HEGC: <ul style="list-style-type: none"> • Donde se emite la IC • Donde se recepciona la IC
	4.- Coordinar con los Cesfam las IC No Ges mal emitida o datos incompletos para su gestión: <ul style="list-style-type: none"> • Reunión una vez al mes con la Red • Contacto vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario
OBJETIVO: Suficiente integración sistema informático de la Red	
Acciones	5.- Diseñar y poner en marcha acceso de usuarios para seguimiento IC y actualización de datos personales: <ul style="list-style-type: none"> • En línea a través de la página web del hospital • A través de un correo Institucional
	6.- Reforzar la confirmación de hora médica IC No Ges a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con los Cesfam • Aumentar las horas del call center disponibles para reconfirmación cita el día previo

Elaboración propia a partir de lo propuesto por el equipo gestor.

De este listado se examinaron las características y requerimientos de cada una en relación a costo, recurso humano disponible y capacidad técnica de implementación por el equipo gestor, decidiéndose por la alternativa que agrupa a las siguientes acciones:

1. Acción (1) **“actualizar y difundir el protocolo de la cartera de servicios y mapa de derivación de la especialidad médica más demanda por la Red de forma amigable”**, se consideró que existe una publicación de la cartera de servicios del hospital pero en formato excel que en la práctica es poco utilizada por ser engorrosa, poco amigable; bajo este contexto se decidió trabajar esta actividad con una sola especialidad (oftalmología), la cual esta motivada por mejorar el flujo de sus derivaciones, incidiendo de esta forma en que lleguen las IC que requieren ser vistas en atención secundaria y apoyar a la APS para resolución de patologías menos complejas en su nivel, por ejemplo, a través de la programación de teleconsultorias.
2. Acción (2) **“capacitar en cartera de servicios y mapa de derivación de la especialidad médica más demandada (oftalmología) a todos los involucrados de la red APS”**, se decidió confeccionar cápsulas educativas de las patologías incluidas en la cartera de servicios de esta especialidad con el fin de disponer de material que ayude a decidir la pertinencia de la derivación por los médicos generales.
3. Acción (4) **“coordinar con los Cesfam las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos para su gestión vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario”**, se tomó en cuenta que esta acción se realiza sólo para las IC Ges y IC prioritarias por parte de Admisión del hospital pero la respuesta de la APS es muy heterogenea por lo que se decidió que es importante reforzar esta actividad para mejorar el flujo de las IC que demandan atención en el HEGC.

Respecto a las otras acciones listadas se decidió no incorporarlas porque el equipo gestor no tiene la capacidad técnica de implementación, a continuación el detalle:

1. Acción (3) **“diseñar y aplicar lista de chequeo de la pertinencia de las IC No Ges derivadas al HEGC donde se recepcionan”**, esta actividad compromete al médico contralor por especialidad (no todas tienen esta figura) y al gestor de casos, resolviéndose la pertinencia de la IC por distintos mecanismos. El equipo gestor consideró que el estamento médico, probablemente no dispondra de tiempo para completar la lista de chequeo por cada IC que revisa, ya que esta tarea la realizan de forma independiente desconociéndose la información final para gestionar con la Red APS.

2. Acción (5) “diseñar y poner en marcha acceso de usuarios para seguimiento IC y actualización de datos personales en línea a través de la página web del hospital”, se decidió que esta acción es una solución pertinente pero requiere de un proyecto de inversión para incorporar o desarrollar un software para este fin y personal que lo mantenga funcionando.
3. Acción (6) “reforzar la confirmación de hora médica IC No Ges a través de aumentar las horas del call center disponibles para reconfirmación cita el día previo”, se decidió que el costo involucrado requiere de un proyecto de inversión, destacando que es una medida recomendada para disminuir la inasistencia a las citas médicas.

f. Síntesis de la Etapa Analítica

Identificación y descripción del problema central
<p>Problemas enunciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC. • Alta inasistencia del usuario beneficiario del HEGC a las CNE. • Bajo número de horas disponibles al proceso de confirmación de cita CNE. • Incierto rendimiento médico en programación horas CNE. • Insatisfacción del usuario por Tiempo de Espera incierto para CNE. • Insuficiente integración del sistema Informático de la Red para dar respuesta oportuna a las IC por CNE. • Inexistencia de un sistema de categorización por diagnóstico y agravantes del usuario para IC CNE. • Desconocimiento de la cartera de prestaciones CNE HEGC por parte de la APS. <p>Problema priorizado según Matriz (cuadro N°4): “Alto número de días de espera para CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC”.</p>
Análisis de Involucrados
<p>Los actores involucrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituciones: HEGC, SSMS y APS. • Grupos: Comité Lista de Espera, Control de gestión, Admisión, Organización de Usuarios (OIRS), Médicos Especialistas. • Individuos: Jefe especialidad, Subdirectora médica, Jefa CAE, Gestor de casos, Admisionista, Usuario.

Matriz de Involucrados (cuadro N°5):

Todos los involucrados incidieron favorablemente en la posible intervención del problema analizado. No hay oposición.

Análisis de Problemas**Problemas principales:**

Problemas Directos:

1. Alta inasistencia del beneficiario a las CNE
2. Incierto rendimiento médico en programación horas CNE
3. Insuficiente integración sistema Informático de la Red
4. Desconocimiento cartera de servicio HEGC por parte de la APS

Problemas Indirectos:

1. Incertidumbre por situación país (movilizaciones, pandemia)
2. Escasa participación del usuario (fecha y hora cita)
3. Prolongado tiempo desde que se emite IC y hora médica
4. Bajo número de horas disponibles para confirmación de cita
5. Parcial apertura agenda médica
6. Sobreagendamiento por demanda
7. Cancelación de horas programadas
8. Desactualizada información personal del usuario
9. Desconocimiento del usuario de canales de comunicación con la red
10. Mala derivación de IC

Problemas Estructurales

1. Escaso desarrollo del servicio al cliente en el servicio público
2. Insuficientes prestadores para la demanda de población beneficiaria
3. Insuficiente personal, infraestructura y tecnología en los prestadores públicos

Ejemplo relaciones causa-efecto (cuadro N°6):

- Causa indirecta: Mala derivación IC
- Causa directa: Desconocimiento cartera de servicio HEGC por parte de la APS
- Problema central: Alto número de días de espera CNE
- Efecto Directo: Estrés del personal que participa en el proceso
- Efecto indirecto: Desfavorable percepción de la calidad de atención en los servicios públicos

Análisis de Objetivos

Situación final:

El equipo gestor validó la coherencia del árbol de objetivos y realizó el análisis de viabilidad de todos los medios planteados, determinando el ámbito de intervención por preferencia y desafío de trabajar con la Red.

Ejemplo relaciones medios-fines (cuadro N°7):

- Medio indirecto: Alto N° horas disponibles para confirmación de cita
- Medio directo: Baja inasistencia del beneficiario a las CNE
- Propósito: Bajo número de días de espera CNE
- Fin directo: Satisfacción del usuarios por Tiempos de Espera CNE
- Fin indirecto: Favorable percepción de la calidad de atención en los servicios públicos

Ámbito de intervención del proyecto:

El equipo gestor planteó trabajar en el ámbito que incluye el conocimiento de la cartera de servicios del HEGC por parte de la APS y la suficiente integración del sistema Informático de la Red.

Análisis de alternativas

Del listado de posibles acciones y luego de analizar las características y requerimientos de cada una en relación a costo, recurso humano disponible y capacidad técnica de implementación por el equipo gestor, se decidió por la siguiente alternativa que incluye:

1. Actualizar y difundir el protocolo de la cartera de servicios y mapa de derivación de la especialidad médica más demanda por la Red (oftalmología) de forma amigable.
2. Capacitar en cartera de servicios y mapa de derivación de la especialidad médica más demandada (oftalmología) a todos los involucrados de la red APS.
3. Coordinar con los Cesfam las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos para su gestión vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario.

5. Fase de Planificación

Se inicia esta fase con la pregunta ¿qué especialidad médica demandada está motivada para participar del proyecto? La respuesta fue la especialidad de Oftalmología, representada por su jefatura la Dra. Galia Gutiérrez. A continuación, se construyó la Matriz de Marco Lógico y el Plan de Ejecución en base a esta especialidad, siguiendo las secuencias específicas para su desarrollo que se detallan a continuación:

a. Objetivos por jerarquía

El equipo gestor procedió a escribir los objetivos por jerarquía según metodología ML y en concordancia con el árbol de objetivos.

Cuadro N°9: Resumen narrativo de los objetivos del Proyecto

PROYECTO
“Reducir los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuario HEGC”
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS
Fin
Se contribuyó a que niños, niñas y adolescente beneficiarios del HEGC tengan derecho a una atención de salud, consulta nueva de especialidades (CNE), con equidad en acceso y oportunidad.
Propósito
Se redujo los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuarios del HEGC.
Resultados
<ol style="list-style-type: none">1. Protocolo cartera de servicios y mapa derivación de oftalmología actualizado, difundido y en uso por la Red de forma amigable.2. Capacitación cartera de servicios y mapa de derivación oftalmología a todos los involucrados de la red APS realizada y evaluada.3. Coordinación con los Cesfam de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos para su gestión vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario funcionando.
Actividades
Actividad A <ol style="list-style-type: none">1.1 Conformar equipo que actualizará Protocolo y Mapa1.2 Revisar documentos pertinentes emitidos por SSMS y HEGC1.3 Actualizar Protocolo y Mapa1.4 Presentar Protocolo y Mapa a los directivos HEGC, gestor de Red SSMS y encargados de APS1.5 Consensuar documento con la Red1.6 Solicitar Resolución Protocolo y Mapa al HEGC y SSMS

- 1.7 Digitalizar Protocolo y Mapa en sistema informático de la Red
- 1.8 Supervisar aplicación del Protocolo y Mapa por parte de los Cesfam
- 1.9 Redactar Preinforme y Diseñar encuesta satisfacción usuario
- 1.10 Supervisar aplicación del Protocolo y Mapa por parte de los Cesfam al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.
- 1.11 Aplicar encuesta satisfacción usuario al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto
- 1.12 Redactar Informe final

Actividad B

- 2.1 Conformar equipo a cargo de la capacitación
- 2.2 Diseñar programa de capacitación
- 2.3 Construir cápsulas educativas de acuerdo a cartera de servicios y mapa derivación
- 2.4 Presentar capacitación a los directivos HEGC, gestor de red SSMS y encargados APS
- 2.5 Consensuar capacitación con la Red
- 2.6 Difundir cápsulas educativas a través del sistema informático de la Red
- 2.7 Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas oftalmología y Redactar Preinforme
- 2.8 Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto
- 2.9 Redactar Informe final

Actividad C

- 3.1 Tomar contacto con gestor de casos para actualizar "Nómina y canales de comunicación de los referentes IC de cada Cesfam"
- 3.2 Tomar contacto con los Cesfam para ratificar o descartar información disponible.
- 3.3 Presentar documento actualizado a jefe admisión y jefe CAE para su aprobación
- 3.4 Enviar documento visado a todos los médicos contralores y enfermeras encargadas de especialidades del hospital.
- 3.5 Solicitar cooperación para coordinar acciones con los referentes de cada Cesfam.
- 3.6 Evaluar coordinación con los referentes IC de los Cesfam al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto y Redactar Informe final

Elaboración propia

b. Indicadores

Siguiendo con la secuencia de construcción de la Matriz de ML, se elaboraron Indicadores por nivel de objetivos. En actividades el indicador correspondió al presupuesto requerido para desarrollar dicha actividad.

Cuadro N°10: Indicadores según nivel de objetivos

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
<p>FIN:</p> <p>Se contribuyó a que niños, niñas y adolescentes beneficiarios del HEGC tengan derecho a una atención de salud (CNE) con equidad en acceso y oportunidad.</p>	<p>El 75% de los usuarios encuestados que asisten a su primera cita oftalmología está satisfecho con el acceso y oportunidad de la atención oftalmológica en el HEGC al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.</p>
<p>PROPÓSITO:</p> <p>Se redujo los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuarios del HEGC</p>	<p>El 75% de los usuarios derivados a oftalmología al HEGC tiene un tiempo de espera por CN menor o igual a 120 días al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.</p>
<p>RESULTADOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo cartera de servicios y mapa derivación de oftalmología actualizado, difundido y en uso por la Red de forma amigable. 2. Capacitación cartera de servicios y mapa de derivación oftalmología a todos los involucrados de la red APS realizada y evaluada. 3. Capacitación cartera de servicios y mapa de derivación oftalmología a todos los involucrados de la red APS realizada y evaluada. 	<p>* El 80% de la Red APS conoce y aplica protocolo cartera de servicios y mapa derivación oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.</p> <p>* El 80% de la Red APS tiene acceso y usa las cápsulas educativas de oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto</p> <p>* En el 75% de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos se logra coordinación con el referente IC del cesfam para resolución de estas, al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>Actividad A</p> <p>Actividad B</p> <p>Actividad C</p>	<p>Presupuesto actividad A = \$ 816.352</p> <p>Presupuesto actividad B = \$ 989.010</p> <p>Presupuesto actividad C = \$ 188.862</p>

Elaboración propia

c. Medios de Verificación

Luego, a cada Indicador se le asoció un medio de verificación para evaluar su cumplimiento de acuerdo con los objetivos planteados.

Cuadro N°11: Medios de verificación de los Indicadores de la Matriz de ML

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
El 75% de los usuarios encuestados que asisten a su primera cita oftalmología está satisfecho con el acceso y oportunidad de la atención oftalmológica en el HEGC al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.	Encuesta aplicada a un número estadísticamente representativo de usuarios de oftalmología que asisten a su primera cita al HEGC al cabo de tres meses
El 75% de los usuarios derivados a oftalmología al HEGC tiene un tiempo de espera por CN menor o igual a 120 días al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.	Lista de espera CN oftalmología ingresada al SIGTE (denominador). Fecha primera consulta oftalmología agendada en sistema informático (numerador)
El 80% de la Red APS conoce y aplica protocolo cartera de servicios y mapa derivación de oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.	Mail enviado a toda la Red para confirmación de la recepción del protocolo y mapa derivación oftalmología % Pertinencia de las IC oftalmología derivadas al HEGC según protocolo.
El 80% de la Red APS tiene acceso y usa las cápsulas educativas de oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto	Mail enviado a toda la Red para confirmación de la recepción de las cápsulas educativas oftalmología. % Pertinencia de las IC oftalmología derivadas al HEGC según protocolo.
En el 75% de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos se logra coordinación con el referente IC del cesfam para resolución de estas, al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto	% de las IC derivadas al HEGC que requieren contacto con la Red para su resolución.
Presupuesto actividad A = \$ 816.352 Presupuesto actividad B = \$ 989.010 Presupuesto actividad C = \$ 188.862	Sistema de rendición de cuenta adoptado por el proyecto

Elaboración propia.

d. Supuestos

Finalmente se construyeron los supuestos del proyecto por cada nivel de objetivos, que deben ser considerados para el éxito de este.

Cuadro N°12: Supuestos del Proyecto

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	SUPUESTOS
<p style="text-align: center;">Fin</p> <p>Se contribuyó a que niños, niñas y adolescente beneficiarios del HEGC tengan derecho a una atención de salud, consulta nueva de especialidades (CNE), con equidad en acceso y oportunidad.</p>	<p>Rebote de la Pandemia por Covid 19 en el territorio del SSMS controlado.</p>
<p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Se redujo los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuarios del HEGC</p>	<p>Movilizaciones acotadas de los funcionarios públicos y municipales en el mes de noviembre por el reajuste al sector.</p>
<p style="text-align: center;">Resultados</p> <p>1.- Protocolo cartera de servicios y mapa derivación de oftalmología actualizado, difundido y en uso por la Red de forma amigable.</p> <p>2.- Capacitación cartera de servicios y mapa de derivación oftalmología a todos los involucrados de la red APS realizada y evaluada.</p> <p>3.- Coordinación con los Cesfam de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos para su gestión vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario funcionando.</p>	<p>*Médicos oftalmólogos motivados con la actividad.</p> <p>*Tiempo protegido de oftalmólogos y profesionales en su jornada laboral aprobado</p> <p>*Referentes de las IC por Cesfam se coordinan con el HEGC.</p>
<p>Actividad A</p> <p>*Conformar equipo que actualizará protocolo y mapa</p> <p>*Revisar documentos pertinentes emitidos por SSMS y HEGC</p> <p>*Actualizar Protocolo y Mapa</p> <p>*Presentar protocolo y mapa a los directivos HEGC, gestor de Red SSMS y encargados de APS.</p> <p>*Consensuar documento con la Red</p> <p>*Solicitar Resolución protocolo y mapa al HEGC y SSMS</p> <p>*Digitalizar protocolo y mapa en sistema informático de la Red</p> <p>*Supervisar aplicación del protocolo y mapa por parte de los Cesfam</p>	<p>*Apoyo de los directivos del HEGC ratificado.</p> <p>*Tiempo protegido durante la jornada laboral aprobado</p> <p>*Canales de comunicación en todos los Cesfam de la Red funcionando.</p> <p>*Aprobación expedita de la Resolución</p> <p>*Involucrados participando activamente</p>

<ul style="list-style-type: none"> *Redactar preinforme y diseñar encuesta satisfacción usuario *Supervisar aplicación del protocolo y mapa por parte de los Cesfam al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto *Aplicar encuesta satisfacción usuario al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto *Redactar Informe final 	
<p>Actividad B</p> <ul style="list-style-type: none"> *Conformar equipo a cargo de la capacitación *Diseñar programa de capacitación *Construir cápsulas educativas de acuerdo a cartera de servicios y mapa derivación *Presentar capacitación a los directivos HEGC, gestor de red SSMS y encargados APS *Consensuar capacitación con la Red *Difundir cápsulas educativas a través del sistema informático de la Red *Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas oftalmología y redactar preinforme *Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto *Redactar Informe final 	<ul style="list-style-type: none"> *Apoyo de los directivos HEGC y APS ratificado *Tiempo asignado a oftalmólogos y profesionales para realizar cápsulas educativas aprobado *Adherencia de los médicos generales para uso de las cápsulas educativas. *Canales digitales en todos los Cesfam de la Red funcionando *Involucrados participando activamente
<p>Actividad C</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tomar contacto con gestor de casos para actualizar “Nómina y canales de comunicación de los referentes IC de cada Cesfam” *Tomar contacto con los Cesfam para ratificar o descartar información disponible *Presentar documento actualizado a jefe admisión y jefe CAE para su aprobación Enviar documento visado a todos los médicos contralores y enfermeras encargadas de especialidades del hospital. *Solicitar cooperación para coordinar acciones con los referentes de cada Cesfam. *Evaluar coordinación al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto y redactar Informe final 	<ul style="list-style-type: none"> *Apoyo jefe CAE y jefe admisión ratificado *Apoyo de los referentes de las IC en APS confirmado *Canales de comunicación digital activos de los médicos contralores y enfermeras especialidades del CAE *Involucrados participando activamente

Elaboración propia.

e. Resumen Matriz de Marco Lógico

A continuación, se resume en forma gráfica la Matriz de Marco lógico del Proyecto

Cuadro N°13: Matriz de Marco Lógico del Proyecto

PROYECTO: Reducir de los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuarios HEGC			
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin: Se contribuyó a que niños, niñas y adolescente beneficiarios del HEGC tengan derecho a una atención de salud, consulta nueva de especialidades (CNE), con equidad en acceso y oportunidad.	El 75% de los usuarios encuestados que asisten a su primera cita oftalmología está satisfecho con el acceso y oportunidad de la atención oftalmológica en el HEGC al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.	Encuesta aplicada a un N° estadísticamente representativo de usuarios oftalmología que asisten a su primera cita al HEGC al cabo de tres meses	Rebote de la Pandemia por Covid 19 en el territorio del SSMS controlado.
Propósito: Se redujo los Tiempos de Espera CNE Infantojuvenil de los usuarios del HEGC	El 75% de los usuarios derivados a oftalmología al HEGC tiene un tiempo de espera por CNE menor o igual a 120 días al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.	Lista de espera CN oftalmología ingresada al SIGTE (denominador) Fecha primera consulta oftalmología agendada en sistema informático (numerador)	Movilizaciones acotadas de los funcionarios públicos y municipales en el mes de noviembre por el reajuste al sector.
Resultado 1: Protocolo cartera de servicios y mapa derivación de oftalmología actualizado, difundido y en uso por la Red de forma amigable.	El 80% de la Red APS conoce y aplica protocolo cartera de servicios y mapa derivación de	Mail enviado a toda la Red para confirmación de la recepción protocolo	Médicos oftalmólogos motivados con la actividad.

	oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.	y mapa derivación oftalmología. % Pertinencia de las IC oftalmología derivadas al HEGC según protocolo.	
Resultado 2: Capacitación cartera de servicios y mapa de derivación oftalmología a todos los involucrados de la Red APS realizada y evaluada.	El 80% de la Red APS tiene acceso y usa las cápsulas educativas oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto	Mail enviado a toda la Red para confirmación de la recepción de las cápsulas educativas oftalmología. % Pertinencia de las IC oftalmología derivadas al HEGC según protocolo	Tiempo protegido de oftalmólogos y profesionales en su jornada laboral aprobado
Resultado 3: Coordinación con los Cesfam de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos para su gestión vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario funcionando	En el 75% de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos se logra coordinación con el referente IC del cesfam para resolución de estas, al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto.	% de las IC derivadas al HEGC que requieren contacto con la Red para su resolución.	Referentes de las IC por Cesfam se coordinan con el HEGC
Actividad A *Conformar equipo que actualizará protocolo y mapa. *Revisar documentos pertinentes emitidos por SSMS y HEGC. *Actualizar protocolo y mapa	Presupuesto actividad A \$ 816.352	Sistema de rendición de cuenta adoptado por el proyecto	*Apoyo de los directivos del HEGC ratificado. *Tiempo protegido durante la jornada laboral aprobado.

<ul style="list-style-type: none"> *Presentar protocolo y mapa a los directivos HEGC, gestor de Red SSMS y encargados de APS *Consensuar documento con la Red *Solicitar Resolución protocolo y mapa al HEGC y SSMS *Digitalizar protocolo y mapa en sistema informático de la Red *Supervisar aplicación del protocolo y mapa por parte de los Cesfam *Redactar preinforme y diseñar encuesta satisfacción usuario. *Supervisar aplicación del protocolo y mapa por parte de los Cesfam al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto. *Aplicar encuesta satisfacción usuario al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto *Redactar Informe final 			<ul style="list-style-type: none"> *Canales de comunicación en todos los Cesfam de la Red funcionando *Aprobación expedita de la Resolución *Involucrados participando activamente
<p>Actividad B</p> <ul style="list-style-type: none"> *Conformar equipo a cargo de la capacitación *Diseñar programa de capacitación *Construir cápsulas educativas de acuerdo a cartera de servicios y mapa derivación *Presentar capacitación a los directivos HEGC, gestor de red SSMS y encargados APS *Consensuar capacitación con la Red *Difundir cápsulas educativas a través del sistema informático de la Red 	<p>Presupuesto actividad B \$ 989.010</p>	<p>Sistema de rendición de cuenta adoptado por el proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Apoyo de los directivos HEGC y APS ratificado. *Tiempo asignado a oftalmólogos y profesionales para realizar cápsulas educativas aprobado *Adherencia de los médicos generales para

<p>*Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas oftalmología y redactar preinforme</p> <p>*Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas oftalmología al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto</p> <p>*Redactar Informe final</p>			<p>uso de las cápsulas educativas.</p> <p>*Canales digitales en todos los Cesfam de la Red funcionando</p> <p>*Involucrados participando activamente</p>
<p>Actividad C</p> <p>* Tomar contacto con gestor de casos para actualizar “Nómina y canales de comunicación de los referentes IC de cada Cesfam”</p> <p>*Tomar contacto con los Cesfam para ratificar o descartar información disponible</p> <p>*Presentar documento actualizado a jefe admisión y jefe CAE para su aprobación</p> <p>*Enviar documento visado a todos los médicos contralores y enfermeras encargadas de especialidades del hospital</p> <p>*Solicitar cooperación para coordinar acciones de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos a los referentes de cada Cesfam</p> <p>*Evaluar coordinación con los referentes IC de los Cesfam al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto y redactar Informe final</p>	<p>Presupuesto actividad C</p> <p>\$ 188.862</p>	<p>Sistema de rendición de cuenta adoptado por el proyecto</p>	<p>*Apoyo jefe CAE y jefe admisión ratificado</p> <p>*Apoyo de los referentes de las IC en APS confirmado</p> <p>*Canales de comunicación digital activos de los médicos contralores y enfermeras especialidades del CAE</p> <p>*Involucrados participando activamente</p>

Elaboración propia.

f. Plan de Ejecución

El Plan de ejecución se realizó a partir de las actividades agrupadas por cada Resultado propuesto en la Matriz de ML. Las Responsabilidades se distribuyeron en el equipo de oftalmología, liderado por la Dra. Galia Gutiérrez y una coordinadora que hará de nexo entre los involucrados del HEGC, SSMS y la APS. A continuación se detalla la desagregación de cada actividad para guiar la ejecución del proyecto y su respectiva carta Gantt.

Cuadro N°14: Plan de ejecución actividad A “Protocolo cartera de servicios y mapa derivación de oftalmología actualizado, difundido y en uso por la Red de forma amigable”.

ACTIVIDAD A	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Conformar equipo que actualizará Protocolo y Mapa	1. Tomar contacto con médico jefe oftalmología y proponer intervención.	sem 01/sem 43 (ver cuadro 15)	\$ 816.352 (ver cuadro 21)	Coordinadora del Proyecto
Revisar documentos pertinentes emitidos por SSMS y HEGC	1. Reunión con el equipo de oftalmología que realizará la actualización para establecer fechas de reuniones de trabajo y distribuir documentos para revisión. 2. Nombrar responsable de la redacción del documento			Coordinadora y médico jefe oftalmología
Actualizar Protocolo y Mapa	1. Equipo inicia redacción de la actualización del Protocolo y Mapa 2. Convocar a reunión clínica para difundir Protocolo y Mapa finalizado entre los miembros de la especialidad.			Médico a cargo de la redacción del Protocolo y Mapa
Presentar Protocolo y Mapa a los directivos HEGC, gestor de Red SSMS y encargados de APS	1. Tomar contacto con Directivos HEGC, SSMS y APS, y solicitar reunión para presentar Protocolo y Mapa 2. Reunión con los Directivos. 3. Convocar a reunión zoom a la Red para presentar Protocolo y Mapa con el respaldo del HEGC y SSMS.			Coordinadora y médico jefe oftalmología
Consensuar documento con la Red	1. Enviar Protocolo y Mapa a los referentes de la APS para retroalimentación.			Coordinadora y médico a cargo

	2. Redacción final del documento con visación del médico jefe de la especialidad.			de la redacción del documento
Solicitar Resolución Protocolo y Mapa al HEGC y SSMS	1. Enviar documento a la subdirección médica del HEGC y al SSMS para firma y resolución.			Coordinadora
Digitalizar Protocolo y Mapa en sistema informático de la Red	1. Protocolo y Mapa digitalizado, y con resolución. 2. Solicitar al SSMS la incorporación del Protocolo y Mapa al sistema informático de la Red.			Coordinadora
Supervisar aplicación del Protocolo y Mapa por parte de los Cesfam	1. Protocolo accesible en el sistema informático de la Red 2. Diseñar pauta de supervisión 3. Aplicar pauta de supervisión a los Cesfam 4. Resultados aplicación pauta de supervisión			Coordinadora y médico jefe oftalmología
Redactar Preinforme y diseñar encuesta satisfacción usuario	1. Distribuir Preinforme a los Directivos HEGC, SSMS, APS y equipo de oftalmología. 2. Confeccionar encuesta de satisfacción usuaria con apoyo de la OIRS.			Coordinadora y jefe OIRS
Supervisar aplicación del Protocolo y Mapa por parte de los Cesfam al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto	1. Aplicar pauta de supervisión a los Cesfam 2. Resultados aplicación pauta de supervisión			Coordinadora
Aplicar encuesta satisfacción usuario al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto	1. Aplicar encuesta de satisfacción a los usuarios de la 1° consulta de oftalmología. 2. Analizar los resultados de la encuesta y retroalimentar a los equipos involucrados.			Equipo de oftalmología y coordinadora

Redactar Informe final	1. Distribuir informe final a los Directivos HEGC, SSMS, APS y equipo de oftalmología			Coordinadora y médico jefe oftalmología
------------------------	---	--	--	---

Elaboración propia

Cuadro N°15: Carta Gantt actividad A

"Protocolo cartera de servicios y mapa derivación de oftalmología actualizado, difundido y en uso por la Red de forma amigable".	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6							
	Sem 01	Sem 02	Sem 03	Sem 04	Sem 05	Sem 06	Sem 07	Sem 08	Sem 09	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16	Sem 17	Sem 18	Sem 19	Sem 20	Sem 21	Sem 22	Sem 23	Sem 24				
Conformar equipo para actualizar Protocolo	■																											
Revisar documentos		■	■																									
Actualizar Protocolo y Mapa			■	■	■	■	■	■																				
Presentar Protocolo a Directivos							■	■	■	■																		
Consensuar documento con la Red											■	■	■	■														
Solicitar Resolución Protocolo y Mapa															■	■	■											
Digitalizar Protocolo en sistema informático																	■	■										
Supervisar aplicación Protocolo y Mapa																		■	■	■	■	■	■	■				
Preinforme y diseñar encuesta satisfacción																					■	■	■	■				
	Mes 9				Mes 10																							
	Sem 36	Sem 37	Sem 38	Sem 39	Sem 40	Sem 41	Sem 42	Sem 43																				
Supervisar a los 3 meses protocolo y mapa	■	■	■	■	■																							
Aplicar encuesta de satisfacción usuaria	■	■	■	■	■																							
Redactar Informe final						■	■	■																				

Elaboración propia.

Cuadro N° 16: Plan de ejecución actividad B “Capacitación cartera de servicios y mapa de derivación oftalmología a todos los involucrados de la Red APS realizada y evaluada”

ACTIVIDAD B	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Conformar equipo a cargo de la capacitación	1. Tomar contacto con médico jefe oftalmología y proponer intervención.	sem 01/sem 43 (ver cuadro 17)	\$ 989.010 (ver cuadro 22)	Coordinadora del Proyecto
Diseñar programa de capacitación	1. Reunión con el equipo de oftalmología que realizará la capacitación para fijar fechas de reuniones de trabajo y nombrar al responsable de la actividad. 2. Elaborar el Programa de capacitación			Coordinadora y médico jefe oftalmología
Construir cápsulas educativas de acuerdo a cartera de servicios y mapa derivación	1. Distribuir los temas a desarrollar en las cápsulas educativas de acuerdo a la cartera de servicios. 2. Convocar a reunión clínica para presentar las cápsulas educativas a los miembros de la especialidad			Coordinadora y médico encargado del Programa
Presentar capacitación a los directivos HEGC, gestor de red SSMS y encargados APS	1. Tomar contacto con Directivos HEGC, SSMS y APS, y solicitar reunión para presentar Programa 2. Reunión con los Directivos 3. Convocar a reunión zoom a la Red para presentar Programa			Coordinadora y médico jefe oftalmología
Consensuar capacitación con la Red	1. Enviar Programa a la Red para retroalimentación 2. Incorporar sugerencias de la APS al Programa. 3. Edición final del Programa, aprobado por médico jefe oftalmología.			Coordinadora y médico jefe oftalmología
Difundir cápsulas educativas a través del sistema informático de la Red	1. Enviar Programa con las cápsulas educativas a los directores de Cesfam para incorporarlas a los PC de su establecimiento con el respaldo del gestor de Red.			Coordinadora

	2. Enviar contacto de la unidad de oftalmología para resolver dudas en relación a las cápsulas educativas			
Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas oftalmología y redactar Preinforme	1. Elaborar pauta de supervisión 2. Visitar a una muestra de Cesfam y aplicar pauta de supervisión 3. Resultados aplicación pauta de supervisión 4. Enviar Preinforme a los directores de Cesfam, SSMS y equipo oftalmología HEGC			Coordinadora y médico jefe oftalmología
Supervisar uso y acceso a cápsulas educativas al cabo de tres meses	1. Aplicar pauta de supervisión a una muestra de Cesfam 2. Analizar resultados de la aplicación de la pauta			Coordinadora
Redactar Informe final	1. Distribuir informe final a los Directivos HEGC, SSMS, APS y equipo de oftalmología			Coordinadora y médico jefe oftalmología

Elaboración propia.

Cuadro N°17: Carta Gantt actividad B

Capacitación cartera de servicios y mapa de derivación oftalmología a todos los involucrados de la Red APS realizada y evaluada	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6			
	Sem 01	Sem 02	Sem 03	Sem 04	Sem 05	Sem 06	Sem 07	Sem 08	Sem 09	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16	Sem 17	Sem 18	Sem 19	Sem 20	Sem 21	Sem 22	Sem 23	Sem 24
Conformar equipo a cargo de la capacitación	█																							
Diseñar Programa de capacitación		█	█	█	█																			
Construir las cápsulas educativas					█	█	█	█	█	█	█	█	█	█										
Presentar capacitación a los Directivos												█	█	█										
Consensuar capacitación con la Red															█	█	█							
Difundir cápsulas educativas en la Red																		█	█	█				
Supervisar uso y acceso a las cápsulas y Preinforme																					█	█	█	
	Mes 9				Mes 10																			
	Sem 36	Sem 37	Sem 38	Sem 39	Sem 40	Sem 41	Sem 42	Sem 43																
Supervisar uso y acceso a las cápsulas a los tres meses	█	█	█	█	█	█																		
Redactar Informe final							█	█																

Elaboración propia

Cuadro N° 18: Plan de ejecución actividad C “Coordinación con los Cesfam de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos para su gestión vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario funcionando”

ACTIVIDAD C	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Tomar contacto con gestor de casos para actualizar “Nómina y canales de comunicación de los referentes IC de cada Cesfam”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión con gestor de casos para presentar intervención. 2. Solicitar información de los referentes APS disponible en el HEGC 	sem 01/sem 24 (ver cuadro 19)	\$ 188.862 (ver cuadro 23)	Coordinadora del proyecto
Tomar contacto con los Cesfam para ratificar o descartar información disponible	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar planilla Excel que incluya el nombre del Cesfam, el nombre del referente, teléfono, mail 2. Contactarse con los Cesfam para validar información 			
Presentar documento actualizado a jefe admisión y jefe CAE para su aprobación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enviar Planilla completa y actualizada a jefe admisión y jefe CAE para firma 			
Enviar documento visado a todos los médicos contralores y las enfermeras encargadas de especialidades del hospital	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enviar Planilla actualizada y firmada a los mail de los médicos contralores y enfermeras para coordinación con los Cesfam 			
Solicitar cooperación para coordinar acciones de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos a los referentes de cada Cesfam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar a médico jefe CAE enviar mail a todos los Directores de Cesfam de la Red solicitando cooperación para coordinación entre niveles por IC 			
Evaluar coordinación con los referentes IC de los Cesfam al cabo de tres meses de ejecutado el proyecto y redactar Informe final	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar encuesta telefónica validada por el equipo gestor 2. Aplicar encuesta telefónica a los referentes de las IC 			

	3. Distribuir Informe a los involucrados			
--	--	--	--	--

Elaboración propia.

Cuadro N°19: Carta Gantt actividad C

Coordinación con los Cesfam de las IC No Ges mal emitidas o con datos incompletos para su gestión vía mail, teléfono o whatsapp por establecimiento cada vez que sea necesario funcionando	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6			
	Sem 01	Sem 02	Sem 03	Sem 04	Sem 05	Sem 06	Sem 07	Sem 08	Sem 09	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16	Sem 17	Sem 18	Sem 19	Sem 20	Sem 21	Sem 22	Sem 23	Sem 24
Tomar contacto con gestor de casos																								
Tomar contacto con los Cesfam																								
Presentar documento actualizado																								
Enviar documento a médicos contralores y enfermeras CAE																								
Solicitar cooperación para coordinar acciones a los referentes IC de los Cesfam																								
Evaluar coordinación con los referentes IC de los Cesfam y redactar Informe final																								

Elaboración propia.

g. Presupuesto

En este presupuesto se consideró que la infraestructura estará disponible por parte del HEGC y los involucrados, debiéndose contar con:

1. Computador con internet e impresora
2. Teléfono fijo con salida a celular
3. Celular particular del involucrado
4. Sala de reuniones
5. Movilización

En cuanto a materiales, sólo se requiere de un set de escritorio compuesto por:

Cuadro N° 20: Composición y precio del set de escritorio.

Set de escritorio	Cantidad	Precio (\$)	Total (\$)
Cuaderno universitario Colón	2	555	1.110
Bolígrafo Faber	6	104	624
Adhesivo en barra Torre	1	264	264
Corrector líquido lápiz	2	620	1.240
Set notas adhesivas	1	990	990
Caja clip	1	189	189
Resma papel carta	1	2.100	2.100
Carpetas plastificadas con aco clips	6	295	1.770
Perforadora Isofit	1	1.620	1.620
Corchetera Isofit	1	1.634	1.634
Total			\$11.552

Fuente: <https://www.mercadopublico.cl/Home/Contenidos/TiendaBuscador?esNuevaHome=true>

Finalmente , el costo del recurso humano se calculó en base al tiempo requerido para cada tarea por el valor hora de los participantes, este valor se obtuvo de la unidad de remuneraciones del hospital y es:

1. Médico 44 hrs con especialidad y un trienio = \$ 13.600
2. Profesional diurno asimilado a grado 14°/44 hrs. = \$ 6.745

A continuación se detalla el cálculo del costo del recurso humano:

Cuadro N°21: Desglose presupuesto RRHH actividad A.

TAREA Y SUBTAREA ACTIVIDAD A	N° veces	N° horas médico	N° horas profesional	Total (\$)
1. Tomar contacto con médico jefe oftalmología y proponer intervención.	1	0,5	0,5	10.172,5
1. Reunión con el equipo de oftalmología que realizará la actualización para establecer fechas de reuniones de trabajo y distribuir documentos para revisión. 2. Nombrar responsable de la redacción del documento	2	2	2	81.380
1. Equipo inicia redacción de la actualización del Protocolo y Mapa	5	1	1	101.725
2. Convocar a reunión clínica para difundir Protocolo y Mapa entre los miembros de la especialidad.	1	4	2	67.890
1. Tomar contacto con Directivos HEGC, SSMS y APS, y solicitar reunión para presentar Protocolo y Mapa	2	0	5	67.450
2. Reunión con los Directivos.	1	0	2	13.490
3. Convocar a reunión zoom a la Red para presentar Protocolo y Mapa con el respaldo del HEGC y SSMS.	1	2	3	47.435
1. Enviar Protocolo y Mapa a los referentes de la APS para retroalimentación.	1	0	1	6.745
2. Redacción final del documento con visación del médico jefe de la especialidad.	1	2	2	40.690
1. Enviar documento a la subdirección médica del HEGC y al SSMS para firma y resolución.	1	0	0,5	3.372,5
1. Protocolo y Mapa digitalizado, y con resolución.	1	0	1	6.745
2. Solicitar al SSMS la incorporación del Protocolo y Mapa al sistema informático de la Red.	1	0	1	6.745
1. Protocolo accesible en el sistema informático de la Red	1	0	2	13.490
2. Diseñar pauta de supervisión	4	0	4	107.920
3. Aplicar pauta de supervisión a los Cesfam	4	0	4	107.920
4. Resultados aplicación pauta de supervisión	4	0	4	107.920
1. Distribuir Preinforme a los Directivos HEGC, SSMS, APS y equipo de oftalmología.	1	0	1	6.745
2. Confeccionar encuesta de satisfacción usuaria con apoyo de la OIRS.	2	0	2	26.980
1. Aplicar pauta de supervisión a los Cesfam	4	0	4	107.920
2. Resultados aplicación pauta de supervisión	4	0	4	107.920
1. Aplicar encuesta de satisfacción a los usuarios de la 1° consulta de oftalmología.	5	0	1	33.725
2. Analizar los resultados de la encuesta y retroalimentar a los equipos involucrados.	1	0	1	6.745
1. Distribuir informe final a los Directivos HEGC, SSMS, APS y equipo de oftalmología	2	1	2	54.180
TOTAL				\$804.800

Elaboración propia.

Cuadro N°22: Desglose presupuesto RRHH actividad B.

TAREAS Y SUBTAREAS ACTIVIDAD B	N° veces	N° horas médico	N° horas profesional	Total (\$)
1. Tomar contacto con médico jefe oftalmología y proponer intervención.	1	0.5	0.5	10.172,5
1. Reunión con el equipo de oftalmología que realizará la capacitación para fijar fechas de reuniones de trabajo y nombrar al responsable de la actividad. 2. Elaborar el Programa de capacitación	4	2	2	81.160
1. Distribuir los temas a desarrollar en las cápsulas educativas de acuerdo a la cartera de servicios.	8	1	1	162.760
2. Convocar a reunión clínica para presentar las cápsulas educativas a los miembros de la especialidad	2	4	2	135.780
1. Tomar contacto con Directivos HEGC, SSMS y APS, y solicitar reunión para presentar Programa	2	0	5	67.450
2. Reunión con los Directivos	1	0	2	13.490
3. Convocar a reunión zoom a la Red para presentar Programa	1	2	3	47.435
1. Enviar Programa a la Red para retroalimentación	1	0	1	6.745
2. Incorporar sugerencias de la APS al Programa.	1	1	1	20.345
3. Edición final del Programa, aprobado por médico jefe oftalmología.	1	2	2	40.690
1. Enviar Programa con las cápsulas educativas a los directores de Cesfam para incorporarlas a los PC de su establecimiento con el respaldo del gestor de Red.	2	0	2	26.980
2. Enviar contacto de la unidad de oftalmología para resolver dudas en relación a las cápsulas educativas				
1. Elaborar pauta de supervisión	1	0	2	13.490
2. Visitar a una muestra de Cesfam y aplicar pauta de supervisión	3	0	5	101.175
3. Resultados aplicación pauta de supervisión				
4. Enviar Preinforme a los directores de Cesfam, SSMS y equipo oftalmología HEGC	1	0	2	13.490
1. Aplicar pauta de supervisión a una muestra de Cesfam	5	0	5	168.625
2. Analizar resultados de la aplicación de la pauta	1	0	2	13.490
1. Distribuir informe final a los Directivos HEGC, SSMS, APS y equipo de oftalmología	2	1	2	54.180
TOTAL				\$977.457,5

Elaboración propia

Cuadro N°23: Desglose presupuesto RRHH actividad C.

TAREAS Y SUBTAREAS ACTIVIDAD C	N° veces	N° horas médico	N° horas profesional	Total (\$)
1. Reunión con gestor de casos para presentar intervención. 2. Solicitar información de los referentes APS disponible en el HEGC	1	0	1	6.746
1. Diseñar planilla Excel que incluya el nombre del Cesfam, el nombre del referente, teléfono, mail 2. Contactarse con los Cesfam para validar información	1 4	0 0	1 4	6.745 107.920
1. Enviar Planilla completa y actualizada a jefe admisión y jefe CAE para firma	1	0	1	6.746
1. Enviar Planilla actualizada y firmada a los mail de los médicos controladores y enfermeras para coordinación con los Cesfam	1	0	1	6.745
1. Solicitar a médico jefe CAE enviar mail a todos los Directores de Cesfam de la Red solicitando cooperación para coordinación entre niveles por IC	1	0	1	6.745
1. Diseñar encuesta telefónica 2. Aplicar encuesta telefónica a los referentes de las IC 3. Distribuir Informe a los involucrados	3 1	0 0	2 1	40.470 6.745
TOTAL				\$188.862

Elaboración propia

En resumen, el costo por actividad y total del proyecto se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro N°24: Resumen Presupuesto del Proyecto

Ítems	Valor (\$) Actividad A	Valor (\$) Actividad B	Valor (\$) Actividad C	Total (\$)
Infraestructura	0	0	0	0
Materiales	11.552	11.552	0	23.104
Recurso Humano	804.800	977.458	188.862	1.971.120
Total	\$816.352	\$989.010	\$188.862	\$1.994.224

Elaboración propia

Hay que considerar que este proyecto requiere de un seguimiento a largo plazo para asegurar su continuidad y establecer el uso permanente del Protocolo, Mapa de Derivación y Cápsulas Educativas por parte de la Red, además de su actualización según desarrollo de la especialidad de Oftalmología.

h. Control de calidad de la propuesta

i. Esquema de verificación del diseño de proyecto

El siguiente cuadro reúne los criterios que se consideraron para verificar que la Matriz de ML cumple con la calidad de un buen diseño de proyecto de acuerdo al Manual para el Diseño de Proyectos de Salud OPS ⁽¹⁶⁾.

Para objetivar que los enunciados de la Matriz cumplieran con los criterios, se solicitó la evaluación a 10 funcionarios de HEGC, de los cuales respondieron 6, cuatro pertenecientes al equipo gestor y dos externos al proceso de Tiempos y Lista de espera, además de mi autoevaluación.

El resultado de aplicar este esquema enriqueció la construcción del Marco Lógico, especialmente con los comentarios realizados por los externos al proyecto, lo cual permitió hacer precisiones en los enunciados.

Cuadro N°25: Esquema de verificación del diseño del proyecto

CRITERIOS		SI	NO
Respecto al Fin	El Fin responde al problema central identificado		
	Presenta una justificación suficiente para el proyecto		
	Está claramente expresado como una situación ya alcanzada		
	Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios		
	Los indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto al Propósito	El proyecto tiene un sólo Propósito		
	El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado		
	Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto		
	Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto		
	Los indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del propósito y no un resumen de los resultados		
	Los indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante		
	Los indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto		
	Los indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo		
Resultados	Los Resultados están expresados como logros		
	Los Resultados del proyecto están claramente expresados		
	Todos los Resultados son necesarios para cumplir el propósito		
	Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto		

	Los indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Actividades	Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente		
	Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los resultados		
	Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores		
	Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar		
	La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista		
Condiciones necesarias y suficientes	La relación, si/entonces, entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes		
	La relación entre los Resultados y el Propósito es realista		
	La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad		
	El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aun cuando no sean suficientes, para lograr el Fin		
	Los Resultados, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito		
	Los Supuestos a nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes de comenzar las Actividades (las condiciones precedentes se detallan en forma separada).		
Otras	La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador		
	El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto		

Fuente: Manual para el Diseño de Proyectos de Salud OPS.⁽¹⁶⁾

6. Anexos

b. Referencias

- (1) Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Manual de Organización y Funciones. Santiago: HEGC; 2017 p. 3.
- (2) Araneda, I. (2020). Cuenta Pública 2019 Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Presentado en HEGC en junio 2020.
- (3) Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Reporte Anual Control de Gestión. Centro de Información y Control de Gestión; 2018.
- (4) CRITERIA del Banco Interamericano de Desarrollo. Listas de Espera: Un mecanismo de priorización del gasto en salud. División de Protección Social y Salud Banco Interamericano de Desarrollo; 2016 pp. 2–3. www.iadb.org/salud - scl-sph@iadb.org
- (5) Estay, R.; Cuadrado, C.; et al. Desde el conflicto de Listas de Espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud. Una propuesta para Chile. Departamento de Políticas de Salud y Estudios Colegio Médico de Chile A.G.; 2017 pp. 5–9.
- (6) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile en Modelo de Atención en RISS 2014-2018. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2017. pp. 4–9.
- (7) Minsal (Julio 2020). Glosa 06, Lista de Espera No Ges y Garantías de Oportunidad Ges retrasadas. Ley de Presupuesto N° 21.192, enero-junio 2020, p15-25.
- (8) Superintendencia de Salud (febrero 2018). Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017. Universidad de Concepción. <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-search.html>
- (9) Clínicas de Chile A.G. Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile, actualización a cifras año 2018; p.112 – 113
- (10) Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Dimensionamiento de las prestaciones de salud HEGC periodo enero-diciembre 2018. Centro de Información y Control de Gestión; 2018 p.2.
- (11) Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Dimensionamiento de las prestaciones de salud HEGC periodo enero-diciembre 2019. Centro de Información y Control de Gestión; 2019 p.4
- (12) Hospital Exequiel González Cortés (2019). Satisfacción Usuaria 2018. Presentación power point OIRS y Control de Gestión.
- (13) Hospital Exequiel González Cortés (2020). Satisfacción Usuaria 2019. Presentación power point OIRS y Control de Gestión.

- (14) Hospital Exequiel González Cortés (2019) Manual de admisión de pacientes – Manejo y gestión de la agenda ambulatoria. Unidad admisión, tercera edición, septiembre 2019.
- (15) Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Reporte Anual Control de Gestión. Centro de Información y Control de Gestión; 2019.
- (16) Blaistein, N. Manual para el Diseño de Proyectos de Salud. OPS Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- (17) Ortegón, E.; Pacheco, JF.; Prieto, A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie: Manuales N°42, Naciones Unidas CEPAL (2015)
- (18) Minsal (junio 2012). Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación. Capítulo III, Guía de aplicación del proceso de diseño/rediseño de la Red Asistencial.
- (19) Minsal/Subsecretaría de Redes Asistenciales (2020). Compromisos de Gestión 2020 en el marco de las redes integradas de servicios de salud
- (20) Minsal/Subsecretaría de Redes Asistenciales (2020). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2020, pág.59-64.
- (21) www.equity-la.eu (noviembre 2016) Diseño de las intervenciones en Chile. <https://slideplayer.es/slide/12448566/>
- (22) Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (2017). DESIGUALES: Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile.
- (23) Salinas, E.; De la Cruz, R.; Bastías, G. (2014). Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile. Medwave 2014 Oct;14(9):e6023 doi: 10.5867/medwave.2014.09.6023.
- (24) Jabalera Mesa, M.L. (julio 2015). Factores determinantes del absentismo en consultas externas de la agencia sanitaria Costa del Sol. Tesis doctoral Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, pág.30-36.
- (25) Jabalera Mesa, L.M., Morales Asencio, J.M. et al. (mayo 2017). Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. Revista Calidad Asistencial 2017;32(4):194-199.
- (26) Hospital Exequiel González Cortés (2020). Reporte semanal control de gestión del 02 diciembre 2020, power point.
- (27) <https://ssms.cl/como-me-atiendo/cartera-de-servicios-de-la-red-sur/>
- (28) <https://hospitalclinicomagallanes.cl/cartera-de-servicios/>

c. Glosario, acrónimos y abreviaciones

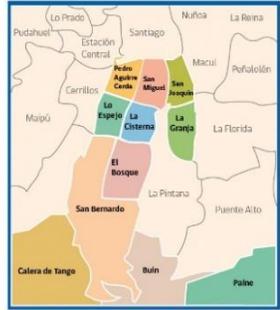
5. **Actividades:** acciones y recursos que el equipo de gestión debe llevar a cabo para producir cada resultado. ¿Cómo producir los resultados del proyecto?
6. **Agendamiento:** Acciones para asignar los cupos disponibles a un usuario definido de acuerdo a criterios de priorización de la demanda.
7. **Cartera de Servicios:** Es el conjunto de prestaciones que el Establecimiento pone a disposición de los usuarios, es decir, los servicios que presta. Al identificar estos servicios, permite caracterizar a éste, mostrando el nivel de atención y resolución que tiene.
8. **Consulta Nueva de Especialidades:** es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar solución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas
9. **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o servicio clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. La contrarreferencia se incorpora en dos instancias, cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva) y al momento del alta del paciente de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.
10. **Fin:** indica la razón del proyecto, el objetivo superior al cual el proyecto contribuye, ¿Para qué se realiza el proyecto?
11. **Gestión de citas:** Actividades que tienen por objetivo disminuir los pacientes que no se presentan a su atención de salud, asegurando el acceso y oportunidad. De esta manera se contribuirá a realizar una gestión eficiente de la lista de espera junto a sus recursos existentes y también mejorar la satisfacción usuaria.
12. **Gestión de la Información:** conjunto de procesos por los cuales se controla el ciclo de vida de la información, desde su obtención, hasta su disposición final. Tales procesos también comprenden la extracción, combinación, depuración y distribución de la información a los usuarios. El objetivo de la gestión de la información es garantizar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información
13. **Indicadores:** metas factibles de ser evaluadas en distintos momentos de la implementación del proyecto
14. **Interconsulta:** Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

15. **Listas de Espera:** Es el registro de todas las personas que han recibido la indicación de atención, de consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica, procedimiento en atención especializada e intervención quirúrgica programada, por un profesional autorizado por la red, teniendo documentada tal solicitud en el formulario correspondiente.
16. **Mapa de Derivación:** Debe identificar sus componentes, la capacidad resolutoria a través de la Cartera de Servicios, tanto cualitativa como cuantitativa, los mecanismos de comunicación entre los componentes, los encargados de la articulación, los instrumentos de derivación, el sistema de evaluación y la población del área de influencia.
17. **Medios de Verificación:** fuentes de información que deberán utilizarse para obtener datos y establecer los valores de cada indicador
18. **Pertinencia:** Interconsulta derivada correctamente desde la APS a especialidades. Existen dos causas de No Pertinencia, la primera es por no cumplir con las reglas de derivación sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar y segunda por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.
19. **Programación Médica:** Es el resultado de la aplicación de coeficientes técnicos y estándares de rendimiento en condiciones óptimas de acuerdo a la horas contratadas de recurso médico, que permite conocer la oferta disponible del mismo.
20. **Propósito:** resultado esperado al final del período de ejecución. ¿Por qué se realiza este proyecto?
21. **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican.
22. **Red Asistencial:** Conjunto de establecimientos asistenciales públicos, establecimientos municipales de atención primaria de salud, que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.
23. **Red Asistencial Integrada de Servicio de Salud (RISS):** “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”

24. **Referencia (derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.
25. **Resultados:** bienes y servicios específicos que se requiere que produzca y entregue el proyecto dentro del presupuesto que se le asigna. ¿Qué debe producir el proyecto?
26. **Sistema de Integración de la Red Asistencial (SIDRA):** es la columna vertebral de la Estrategia Digital en Salud, cuya visión es contar con una red de salud integrada en todos sus niveles de atención a través de sistemas de información clínica y administrativa, cuyos datos son recogidos en el origen, en tiempo real y con calidad para optimizar la gestión y la toma de decisiones.
27. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
28. **Sobrecupos:** aquellos cupos para consultas nuevas o repetidas, que sobrepasan lo programado para el día. Debe ser autorizado por el jefe de la unidad. Es necesario que está considerado con anterioridad, para que sea parte de la programación de la agenda, pero su uso será según instrucciones del jefe de especialidad.
29. **Supuestos:** condiciones externas que deben existir para que el proyecto tenga éxito pero que no están bajo el control directo del equipo gestor del proyecto.

c. Ejemplos de Mapa de derivación y Cartera de Servicios amigables

RED DE ATENCIÓN



- CEFAM ● CESAM ● COSAM ● CECOSF
- UAPO ● POSTA ● SAPU ● HOSPITAL
- CENTRO DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE
- CEFAM+SAPU ● CEFAM+SAR
- CECOSF = Centro Comunitario de Salud Familiar
- CEFAM = Centro de Salud Familiar
- CESAM = Centro de Salud Mental
- COSAM = Centro de Salud Mental Comunitario
- SAPU = Servicio de Atención Primaria de Urgencia
- UAPO = Unidad de Atención Primaria Oftalmológica
- SAR = Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR



MAPA DE DERIVACIÓN NO GES Servicio de Salud Metropolitano Sur - 2016

RED SUR CENTRAL (CABL - HEGC)	RED SUR ORIENTE (HPINO - HEGC - CABL)	RED SUR PONIENTE (HPSB - CABL - HEGC)	RED SUR SUR (HSLB - CABL - HEGC)
<p>SAN JOAQUÍN</p> <p>CESFAM Arturo Baeza Goffi CESFAM Santa Teresa de Los Andes CESFAM San Joaquín</p> <p>PEDRO A. CERDA</p> <p>CESFAM Padre Pierre Dubois CESFAM Edgardo Enriquez Frøeden CESFAM Amador Neghme</p> <p>SAN MIGUEL</p> <p>CESFAM Recreo CESFAM Barros Lugo</p> <p>LA CISTERNA</p> <p>CESFAM Eduardo Frei CESFAM Santa Anselma</p> <p>LO ESPEJO</p> <p>CESFAM Clara Estrella CESFAM Julio Acuña Pinzón CESFAM Mariela Salgado CESFAM Pueblo Lo Espejo</p> <p>LA GRANJA</p> <p>CESFAM Padre Esteban Gumucio</p>  	<p>EL BOSQUE</p> <p>CESFAM Dr. Mario Salcedo CESFAM Dr. Carlos Lorca CESFAM Cóndores de Chile CESFAM Dra. Haydee López C. CESFAM Orlando Letelier</p> <p>SAN BERNARDO</p> <p>CESFAM Confraternidad CESFAM Juan Pablo II CESFAM Raúl Brañes CESFAM El Manzano</p> 	<p>SAN BERNARDO</p> <p>CESFAM Carol Urzúa CESFAM Joan Alsina CESFAM Raúl Cuevas</p> <p>CALERA DE TANGO</p> <p>CESFAM Los Bajos de San Agustín CESFAM Calera de Tango</p> <p>EL BOSQUE</p> <p>CESFAM Santa Laura</p> 	<p>BUIN</p> <p>CESFAM Alto Jahuel CESFAM Dr. Héctor García CESFAM Maipo</p> <p>PAINE</p> <p>CESFAM Dr. Miguel Ángel Solar CESFAM Dr. Raúl Moya</p> 
REGLAS	REGLAS	REGLAS	REGLAS
<p>Menores 15 años. Se deriva a HEGC Excepciones: CABL: Odontopediatría y Vicios de Refracción.</p> <p>Mayores 15 años. Se deriva a CABL</p> <p>Oftalmología en UAPO mayores 15 años. Se deriva a UAPO comunal. Excepciones: UAPO Pedro A. Cerda: Comuna de Lo Espejo UAPO San Joaquín: Comuna de La Granja</p> <p>Psiquiatría menores 18 años. Se deriva a CABL Excepciones: CESAM San Joaquín: Comuna de San Joaquín CESAM Lo Espejo: Comuna de Lo Espejo.</p> <p>Psiquiatría mayores 18 años. Se deriva a CESAM/COSAM de su comuna Excepciones: CABL: Comunas de San Miguel, La Cisterna y La Granja.</p>	<p>Menores 15 años. Se deriva a HEGC Excepciones: H.PINO: Broncopulmonar, Dermatología, Ginecología, Pediatría. CABL: Odontopediatría y Vicios de Refracción.</p> <p>Mayores 15 años. Se deriva a CABL Excepciones: H.PINO: Cardiología, Cirugía General, Cirugía de Mama, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna, Neurología, Alto Riesgo Obstétrico, Oftalmología, Patología Cervical, Urología.</p> <p>Oftalmología UAPO mayores 15 años. UAPO El Bosque: Comuna de El Bosque. UAPO San Bernardo: Comuna de San Bernardo.</p> <p>Psiquiatría menores 18 años. Se deriva a HPINO Excepciones: CABL: CESFAM Dr. Carlos Lorca y Cóndores de Chile.</p> <p>Psiquiatría mayores 18 años. Se deriva a HPINO Excepciones: COSAM El Bosque: CESFAM Dr. Carlos Lorca y CESFAM Cóndores de Chile. COSAM San Bernardo: Comuna de San Bernardo sólo para Dependencia Alcohol y Drogas.</p>	<p>Menores 15 años. Se deriva a HEGC Excepciones: CABL: Odontopediatría y Vicios de Refracción.</p> <p>Mayores 15 años. Se deriva a CABL Excepciones: HPSB: Broncopulmonar, Cardiología, Cirugía General, Cirugía de Mama, Ginecología, Medicina Interna, Alto Riesgo Obstétrico, Oftalmología, Patología Cervical, Traumatología y Urología. H.PINO: Dermatología.</p> <p>CESFAM Santa Laura Cirugía de Mama, Ginecología, Alto Riesgo Obstétrico, Oftalmología, Patología Cervical a H.PINO; Endocrinología, Nefrología a HPSB. Comuna Calera de Tango deriva Oftalmología a CABL.</p> <p>Oftalmología en UAPO mayores 15 años. UAPO San Bernardo: Comuna San Bernardo y Calera de Tango. UAPO El Bosque: Comuna de El Bosque.</p> <p>Psiquiatría menores 18 años. Se deriva a CABL Psiquiatría mayores 18 años. Se deriva a CABL Excepciones: COSAM San Bernardo: Comuna de San Bernardo sólo para Dependencia Alcohol y Drogas. COSAM El Bosque: Comuna de El Bosque.</p>	<p>Menores 15 años. Se deriva a HEGC Excepciones: HSLB: Cirugía infantil, Pediatría. CABL: Odontopediatría y Vicios de Refracción.</p> <p>Mayores 15 años. Se deriva a CABL Excepciones: HSLB: Cardiología, Cirugía Bucal, Cirugía General, Endodoncia, Ginecología, Medicina Interna, Alto Riesgo Obstétrico, Periodoncia, Prótesis Removible y Traumatología.</p> <p>Oftalmología en UAPO mayores 15 años. UAPO Buin: Comuna de Buin. UAPO San Bernardo: Comuna de Paine.</p> <p>Psiquiatría menores 18 años. Se deriva a CABL Excepciones: HSLB: CESFAM Alto Jahuel y CESFAM Maipo. Psiquiatría mayores 18 años HSLB: Comuna de Buin. CESAM Paine: Comuna de Paine Excepciones: HSLB: Comuna de Paine sólo para Dependencia Alcohol y Drogas.</p>



DECLARACION DE PRESTACIONES

CARTERA DE SERVICIOS RADIOTERAPIA

Centro de Responsabilidad	Usuario Final	Proceso	Línea de Producción (subproceso)	Producto	Producto/Servicio
					Prestación
RADIOTERAPIA	Usuario Atención Abierta y Cerrada	Apoyo Diagnóstico y/o Terapéutico Radioterapia	Radioterapia con acelerador lineal de electrones y/o acelerador de alta intensidad	Radioterapia Cáncer Esófago	Cáncer de esófago pre o postoperatorio Cáncer de esófago sin intervención quir.
				Radioterapia Cáncer de mama	Cáncer de mama sin intervención quir. Radioterapia, cáncer de mama, trat. Postoperatorio (tumorectomía; mastectomía parcial, total o radical)
				Radioterapia Cáncer de órganos de abdomen, pelvis	Cáncer de órganos de abdomen y/o pelvis, excepto útero
				Radioterapia Cáncer de órganos de cabeza y/o cuello	Cáncer de órganos de cabeza y/o cuello
				Radioterapia Cáncer de piel	Cáncer de piel
				Radioterapia Cáncer de pulmón	Cáncer de pulmón o esófago torácico
				Radioterapia Cáncer de testículo	Cáncer de testículo
				Radioterapia Cáncer Uterino	Cáncer uterino (cuello y/o endometrio)
				Radioterapia Leucemia	Leucemia tratamiento de
				Radioterapia Linfoma Maligno	Linfoma maligno irradiación ganglionar total Linfomas malignos, trat. parcial
				Radioterapia Paliativo en cáncer metastásico	Paliativo en cáncer metastásico (cualquier localización) (mínimo 2.500 rads. en cada zona anatómica simultánea)
				Radioterapia óseo o de partes blandas	Sarcoma óseo o de partes blandas
				Radioterapia Tumores del sistema nervioso	Tumores del sistema nervioso central Tumores del sistema nervioso periférico
				Radioterapia Tumores benignos	Tumores benignos (queloides de piel)