



Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
*Escuela de Salud Pública*

**“INVESTIGACIÓN OPERACIONAL DE PROCESOS INVOLUCRADOS  
EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS  
GES: ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTROSIS DE CADERA Y/O  
RODILLA LEVE O MODERADA,  
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE”.**

**PAMELA SOLEDAD GÓMEZ BURROWS**

**TESIS PARA OPTAR A GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUÍA DE TESIS: ING. RONY LENZ ALCAYAGA**

**Santiago, Diciembre de 2013**

***Dedicado a Mauricio mi esposo y a mi pequeña Amaya,  
gracias al apoyo y cariño de ambos, ha tenido sentido el esfuerzo  
por finalizar y presentar esta Tesis de Salud Pública.***

## **Agradecimientos:**

Quisiera agradecer a los docentes de la Escuela de Salud Pública:

- Mi tutor Profesor Ing. Rony Lenz, por su apoyo, instrucción y guía en los procesos levantados e instrumentos aplicados, su ayuda y valioso tiempo fueron determinantes para la realización de este estudio,
- Dr. Álvaro Lefio. Especialista en Salud Pública y Docente en Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile,
- Sra. Alejandra Fuentes. Socióloga, candidata a Doctor, Master in Public Health, Sheffield Hallam University. Docente en Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

A los profesionales, referentes y amigos que participaron en este Proyecto de Tesis, por su disposición, valiosos aportes y participación en las entrevistas y reuniones organizadas:

- Mat. Alejandra Cordero. Jefa Departamento de Gestión de la Información, SIGGES – GES, Ministerio de Salud.
- Mat. Leonardo Molina. Referente GES y no GES. Departamento de Gestión de la Información. Ministerio de Salud.
- TM. Marta Valdés, Dirección Técnica de Cenabast.
- Ing. María Soledad Mena, Jefa del Depto. de Comercialización FONASA.
- Dr. Luis Leiva. Subdirector médico. Subdirección de Gestión Asistencial. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Dra. Marisol Ahumada. Jefa Subdepto. De Redes. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Dra. Isabel Abarca, Magíster en Salud Pública. Jefa de Subdepto. de Estadística e Información Sanitaria. Servicio de Salud Metropolitano Norte.

- Dr. Jaime Farfán, Magíster en Salud Pública Subdepto. de Estadística e Información Sanitaria. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Sr. Iván Balic, Jefe de Unidad de Estadística, Subdepto. de Estadística e Información Sanitaria. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Dr. Mauro Orsini, Jefe Unidad de Calidad, Subdepto. De Redes. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- EU. Giselle Cazor, Referente de Calidad y Rehabilitación. Subdepto. De Redes. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Dra. Marcela Larrea. Médico de Familia, Unidad de Modelo Sanitario. Subdepto. de Atención Primaria. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- QF. Edith Alarcón. Referente de Farmacia Asesoría de Farmacia. Licenciada en Salud Pública. Subdepto. De Redes. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- QF. Zuny Valenzuela. Jefa Unidad GES. Subdepto. De Convenios. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- EU. Gishlaine Carnot. Jefe Unidad Ciclo Vital. Subdepto. Atención Primaria. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Sra. Gabriela Jorquera. Jefa de Abastecimiento. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Sr. Juan Zamorano. Jefe de Bodega. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Mat. Teresa Muñoz, Jefa Unidad de Gestión de Demanda, GES y Lista de Espera. Complejo Hospitalario San José.
- Srta. Daniela Bravo. Monitor SIGGES. Unidad de Coordinación GES y Gestión de Demanda. Complejo Hospitalario San José.
- Mat. Susana Lobos, Unidad de Redes. Admisión. Complejo Hospitalario San José.
- Dra. Carolina González. Jefe de Fisiatría y Rehabilitación. CDT Eloísa Díaz. Complejo Hospitalario San José.
- EU. Paula Martínez. Supervisora de Traumatología. CDT Eloísa Díaz. Complejo Hospitalario San José.
- Dr. Nelson Idrovo. Especialista de Reumatología. CDT Eloísa Díaz. Complejo Hospitalario San José.

- QF. Loreto Formas. Encargada de Programación de Farmacia. Complejo Hospitalario San José.
- QF. Violeta Espinoza. Jefe de Farmacia. Complejo Hospitalario San José.
- QF. Luis Milla. Referente de Farmacia. Corporación de Salud Quilicura.
- QF. Patricia Ramos. Referente de Farmacia. Corporación de Salud Recoleta.
- QF. José Norambuena. Referente de Farmacia. Corporación de Salud Colina.
- QF. Juan Vargas. Referente de Farmacia. Corporación de Salud Conchalí.
- A los médicos, Jefes de Bodega y Técnicos de Nivel Superior encargados de Farmacia, así como los Administrativos de los Centros de Salud Familiar y Hospital San José del Servicio de Salud Metropolitano Norte, como a todas aquellas personas que pudiese omitir involuntariamente, muchas gracias a todos ustedes.

## INDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>8</b>
<b>I. Introducción.....</b>	<b>10</b>
<b>II. Marco Conceptual.....</b>	<b>13</b>
2.1. Los cambios en la organización de la atención, efecto de la Reforma de Salud en Chile.....	13
2.2. Problemas de Salud GES: Artritis Reumatoidea y Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada.....	17
2.3. Investigación Operativa en los Programas y Servicios de Salud.....	20
2.4. Importancia de la cadena de valor en la gestión moderna.....	23
2.5. Los Procesos en la Atención de Salud.....	26
2.6. Los flujos de procesos y la Herramienta “BPMN”: Bizagi.....	29
2.7. Auditoría de Procesos, Michael Hammer.....	31
2.8. Caracterización del Servicio de Salud Metropolitano Norte.....	35
<b>III. Planteamiento de pregunta de investigación.....</b>	<b>46</b>
<b>IV. Objetivos.....</b>	<b>47</b>
4.1. Objetivo General.....	47
4.2. Objetivos Específicos.....	47
<b>V. Metodología.....</b>	<b>48</b>
5.1. Diseño de estudio.....	48
5.2. Universo.....	48
5.3. Selección de la muestra.....	48
5.4. Variables o tópicos en estudio.....	50
5.5. Recolección y análisis de la información.....	50
5.6. Aspectos éticos.....	55
<b>VI. Resultados.....</b>	<b>56</b>
6.1. Entrevistas semi estructuradas a involucrados.....	57
6.2. Metodología de Cadena de Valor de Michael Porter.....	75
6.3. Diagramas de Flujos de Procesos.....	80

6.4.	Encuestas Estructuradas, Auditoría de Procesos “Modelo de Madurez de Procesos y Empresa” (MMPE), Hammer.....	86
<b>VII.</b>	<b>Discusión de resultados.....</b>	<b>92</b>
<b>VIII.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>97</b>
<b>IX.</b>	<b>Bibliografía.....</b>	<b>99</b>
<b>X.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>103</b>
	Anexo 1. Glosario de Términos.....	104
	Anexo 2. Listado Específico de Prestaciones, anexo al Decreto de los Ministros de Salud y Hacienda. Régimen de Garantías Explícitas en Salud, 2013.....	108
	Anexo 3. Problemas de Salud en estudio.....	110
	Anexo 4. Diagrama de las Comunas y Centros de Salud, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.....	116
	Anexo 5. Grupo para análisis de “juicio de expertos” y validación de entrevista a involucrados.....	120
	Anexo 6. REM P 03. Casos activos GES creados en SIGGES, Artritis Reumatoide y Artrosis de cadera y rodilla, año 2012.....	127
	Anexo 7. Entrevistas semi estructuradas.....	133
	Anexo 8. Auditoría de Procesos M. Hammer.....	158

## RESUMEN

La siguiente tesis indaga en aquellos procesos que se involucran directamente con el tratamiento farmacológico de dos patologías ingresadas a las Garantías Explícitas en Salud: la Artritis Reumatoidea y la Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada en personas de 55 años y más, en nivel primario y/o secundario de salud. Ambas escogidas por corresponder a enfermedades crónico degenerativas que provocan discapacidad, de predominio en el sexo femenino y de impacto económico para estos pacientes por el valor de ciertos fármacos, los que si no se entregan como indica la canasta GES y mensualmente en los Centros de Salud públicos, implicará un gasto de bolsillo significativo.

Se seleccionó al Servicio de Salud Metropolitano Norte, aplicando entrevistas semi estructuradas a los involucrados en los procesos en estudio, se levantó información para el análisis cualitativo, logrando conformar las cadenas de valor que se desprenden de los flujos de procesos internos, esta metodología de Porter logró identificar aquellas fortalezas y nodos claves en las actividades y/o sub-actividades que involucran el presupuesto, la programación, mercado público, almacenamiento, dispensación desde farmacia, la atención médica, prescripción, control y seguimiento, los que se diagraman para ambas patologías utilizando el “Business Process Modeling Notation” o BPMN. Luego se evaluó el grado de madurez de los procesos y de la Organización, utilizando el modelo de la “Auditoría de Procesos de Hammer” logrando identificar los facilitadores y capacidades que entregan valor a las Instituciones de Salud implicadas y aquellos elementos que requieren rediseño.

De los instrumentos aplicados se evidenció que, en general los procesos están en una etapa muy inicial o incipiente, las cadenas de valor poseen brechas o elementos críticos en el 77% de los eslabones analizados, y el liderazgo es la capacidad más débil en la Organización, predominando un estilo de conducción más bien jerárquico, que evidencia una autoridad que no se responsabiliza por los procesos, impactando en: sistemas informáticos inadecuados y fragmentados, sistema de recurso humano poco organizado, que no recompensa el logro funcional o la resolución de

problemas, entre otros. Todo lo anterior, afecta directamente al cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en las dos patologías de salud estudiadas.

Entonces la premisa fue: *“El diseño de un proceso nos refleja la práctica apropiada o no en Salud”*. De lo anterior se desprende que, al analizar y rediseñar procesos se logra mejorar y avanzar, se reconocen y eliminan actividades que no agregan valor a una Organización de Salud y se establece el costo, tiempo y errores que van en directo detrimento de nuestros usuarios, así como también, se identifican aquellas actividades que fortalecen la cadena de valor.

El diseño de esta tesis correspondió a una Investigación Operativa en la que se desarrolló: 1. La identificación y diagnóstico del problema y 2. Selección de la estrategia de solución.

En efecto, es una invitación a continuar con este estudio en los establecimientos del Servicio de Salud, aportando a la mejora continua, con una gestión de procesos: formal y estructurada, que permita no perder de vista aquellos elementos críticos, que requieren rediseño, logrando incentivar a los altos directivos, para que se adopte este modo de evaluación en el quehacer diario, ofreciendo una herramienta simple para la toma de decisiones.

## I. INTRODUCCIÓN

En nuestro país la Reforma en Salud ha significado un proceso complejo y de pausada ejecución, se promulgó con la Ley 19.966 en el año 2004 (1), incluyendo “Garantías Explícitas en Salud” (GES): de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad a un número de patologías establecidas con ciertos criterios de inclusión, las que se han ido incorporando año tras año y que comprenden 80 problemas de salud en el régimen vigente: Decreto N° 4, desde el 1° de julio del 2013. (5)

El GES precisa cambios en las capacidades de las organizaciones, (2) se debe recordar que el sistema público en general por décadas, se ha abocado a la producción o al número total de: consultas, exámenes, intervenciones, reflejadas en el Registro Estadístico Médico (REM) o indicadores según Compromisos de Gestión.

Cuando aparece la “oportunidad en la atención”, que se refiere al plazo máximo y acotado para otorgar una prestación de salud, surgen nuevas interrogantes y se cambian procesos y flujos habituales, pues no era común en el sistema de salud, enfocarse en los plazos, salvo en las urgencias médicas. Actualmente hablamos de garantías con tiempos establecidos por ley, que entregan un valor agregado a la atención en salud y que son fiscalizados (3).

Debido a su impacto social y económico, la artritis reumatoidea y la artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, (4, 8) son parte de este grupo de patologías que se priorizan por ley, correspondiendo a enfermedades crónicas degenerativas que afectan principalmente a mujeres, provocando incapacidad por los síntomas asociados, así como deterioro en la calidad de vida. El manejo de estas patologías se especifica en el LEP (Listado Específico de Prestaciones) o canasta de tratamiento médico y farmacológico para cada caso (6).

Los procesos de distribución, prescripción, entrega y uso de los principales medicamentos para los usuarios de estos problemas de salud, tienen en cada

Servicio de Salud una variada dinámica, lo que ocasionaría situaciones de incumplimientos de garantías. (3) Si no se cuenta con flujos claros y establecidos, con sistemas confiables y estructurados para el control: como el stock, gestión de programación del movimiento de fármacos, registros en farmacia, carnet de control de los pacientes, entre otros, entonces se revelan las fallas de diseño en los procesos. (24)

Si se analiza la garantía de oportunidad, se evidencia que para estas dos patologías se garantiza por Ley: la sospecha diagnóstica, la confirmación diagnóstica y hasta el primer tratamiento farmacológico, no se menciona “el seguimiento del tratamiento”, (en otras patologías GES se considera) la ley solo amplía el texto, concluyendo: “en tratamiento tendrá acceso a continuarlo” (5). Según el tenor del enunciado, existiría una falla en la garantía pues no se explicita el seguimiento y tampoco se ingresa algún registro en el SIGGES para tal evento. Correspondería a un vacío o imprecisión de la ley, en este acápite.

En efecto, toda la logística que conlleva el iniciar el tratamiento medicamentoso y la continuidad durante el tiempo de prescripción que indique el médico tratante para las patologías crónicas en estudio, queda a la buena práctica de los Centros de Salud y a las posibilidades que tengan los usuarios para lograr conseguir los medicamentos mensualmente (17). Así lo revela además, el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que ubica a Chile como el país con mayor gasto de bolsillo, reportando que el 4,6% del presupuesto familiar se gasta en Salud y los fármacos representan el 45% de este gasto, (37) tema que debe preocupar a nuestras autoridades si se pretende avanzar en equidad en Salud.

Para considerar la “eficiencia operativa” en los procesos mencionados anteriormente, esta se puede evaluar aplicando el “Modelo de Cadena de Valor” de Michael Porter, (18, 19) objetivando los eventos que se realizan a diario en cada establecimiento de Salud, logrando identificar las fortalezas en los eslabones de la cadena, así como las debilidades a intervenir y mejorar, (18) reconociendo como

están estos procesos y como deben ser dirigidas o agrupadas las actividades de una Institución, así surge además la necesidad de diagramar los procesos, (20) creando destrezas y una visión integradora que sirva para el rediseño en el área que se quiere intervenir.

Por su parte, estos procesos en cada etapa se encuentran en distintos niveles o grados de madurez, (21) que dan las pistas para planificar y ejecutar una transformación en la Institución de Salud, determinando al aplicar el modelo de Auditoría de Proceso de Hammer, el desarrollo de elementos facilitadores de procesos, tales como: el diseño, los ejecutores, responsables, infraestructura e indicadores y además, las capacidades organizacionales: el liderazgo, la cultura, experticia y gobernabilidad, demostrando el nivel de compromiso y mejora en el desempeño y a la vez detectando concretamente los nodos críticos a resolver, revelando las fallas en la Gestión Organizacional.

Esta tesis pretende contribuir en la generación de información para valorar el funcionamiento del GES, en estos dos problemas de salud, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Obteniendo gracias a los instrumentos aplicados, información que permita facilitar el rediseño de ciertos procesos, conociendo la dinámica para acceder a fármacos garantizados por ley, indagando sobre la prescripción médica y el seguimiento de los pacientes, con la identificación de debilidades que probablemente se soporten en otras patologías GES. Las cadenas de valor y la Auditoría de Procesos rescatan y optimizan las actividades estratégicas en la Organización, revelando la denominada “ventaja competitiva” (22, 23) o un desempeño que se mantenga en el tiempo, intentando analizar a las Instituciones como un todo integrado, escenario ignorado en el Sector de Salud Público y que sólo es analizado a nivel de Instituciones Privadas en la actualidad.

## **II. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. Los cambios en la organización de la atención, efecto de la Reforma de Salud en Chile.**

La Reforma con el régimen de garantías, introduce cambios sustantivos en los objetivos de la atención de los llamados “usuarios, beneficiarios o asegurados”. El GES cambia radicalmente los paradigmas instaurados, al consagrar la “oportunidad” en la atención como el valor más importante a generar por parte de los establecimientos de salud (1).

Los procesos de atención del sistema público estaban organizados para satisfacer un fin netamente productivo, por lo que surge la necesidad de indagar respecto a brechas existentes entre la organización “productiva-operacional” tradicional y los nuevos requerimientos, (2, 7) que están centrados en la oportunidad a nivel de procesos críticos.

En efecto, la Reforma de Salud aparece a inicios de los años ochenta, en el gobierno del presidente Ricardo Lagos con la transformación de la estructura y funcionamiento del Estado, basada en los derechos y garantías de los ciudadanos. La Ley N° 19.966 de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), la que se promulga el 25 de agosto de 2004 y entra en vigencia el 1° de julio de 2005, esta asegura que “todo ciudadano que resida en el territorio nacional, sin importar su edad, sexo, educación, etnia, condición sexual o ingreso contará con un mecanismo de protección social que le permita el acceso a una atención de salud apropiada y oportuna para afrontar las situaciones de enfermedad” (1).

La nueva ley establece garantías para un conjunto priorizado de prestaciones de salud, incorporando el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad (5). Dentro de plazos estrictos y predefinidos a todos los beneficiarios que cumplan con determinados “criterios de inclusión” especificados por el Decreto Supremo, y según las patologías preestablecidas por la Ley (2, 5).

- **Garantía Explícita de Acceso:** la que corresponde al deber del asegurador, o sea, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de las Instituciones de Salud, de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el GES (1, 5).
- **Garantía Explícita de Oportunidad:** la que se refiere al “plazo máximo establecido” para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que se determinan en el Decreto de Ley (1, 5).
- **Garantía Explícita de Protección Financiera:** la que describe el pago que deberá efectuar el asegurado por prestación o grupo de prestaciones otorgadas, según sea su problema de salud. La que ascenderá a un 20% como tope, dependiendo de su calificación previsional y según el valor determinado en el Arancel de Referencia del Régimen, establecido para estos efectos (1, 5).
- **Garantía Explícita de Calidad:** corresponde al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o “acreditado”. Esta última exigible con “la entrada en vigencia de los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937” (1, 5).

El contexto global de la Reforma, ha sido el cambio sustancial en el funcionamiento y estructuración del sistema, con una Superintendencia de Salud más fiscalizadora, con nuevos roles para las SEREMIS, redefinición para las redes asistenciales, instauración de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), entre otros (2, 7). Esto ha inducido a los prestadores públicos a ordenar sus procesos y a reacomodar estrategias, para dar cumplimiento al régimen de las GES, se pretende llegar a un modelo más bien transversal de gestión de procesos, tratando de dejar atrás aquellos “modelos departamentalizados y rígidos” (7, 22) esto no ha sido fácil de instaurar; por ejemplo, solo 6 de los 56 Hospitales Autogestionados en Red, de los Servicios de Salud del país, cuentan con Acreditación de Prestadores durante el transcurso del año 2013.

Es importante destacar que el modelo de producción mensual negociado con el FONASA, que ha movilizó al cumplimiento en volumen de la atención médica y

quirúrgica en las organizaciones de salud: Pago por Prestaciones Valoradas o Institucionales (las PPV o PPI en relación a lo comprometido versus lo realizado), así como, los Compromisos de Gestión, Metas Sanitarias, los indicadores de Autogestión o “Balance Score Card” para establecimientos Autogestionados, entre otros, han agregado junto a las GES plazos específicos para el cumplimiento, con ello se visualiza un “nuevo valor” o “valor agregado” a la organización, cambiando la perspectiva que tenía el usuario frente al sistema público habitual (18, 19).

En el listado de los 80 problemas de salud GES a julio de 2013, se encuentra la Artritis Reumatoidea y la Artrosis de cadera y/o rodilla leve a moderada en personas de 55 años y más, con prestaciones priorizadas por ley (5). Estas enfermedades crónicas agudizadas por el aumento de la población de adultos mayores en nuestro país, cuentan con tratamientos farmacológicos específicos y detallados en el Listado Específico de Prestaciones “LEP” (6), por tanto, los establecimientos por ley deben contar con el arsenal farmacológico mínimo para garantizar el tratamiento. Ambas GES entran en vigencia en el año 2007 con el decreto N°44, la garantía de oportunidad señala:

- “Todo paciente de 15 años y más que padece de artritis reumatoide tendrá acceso a tratamiento desde la confirmación diagnóstica por especialista. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo” (5, 8).
- “Todo beneficiario de 55 años o más con confirmación diagnóstica de Artrosis de Rodilla leve o moderada o de Artrosis de Cadera leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico. El inicio será dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica. Tendrá acceso a atención por especialista dentro de 120 días desde la derivación según indicación médica” (4, 5).

Según lo observado, a pesar de la revisión de algunos procesos clínicos para cumplir con las exigencias establecidas por las GES, existen incumplimientos en las garantías de oportunidad que aún no se han analizado o evaluado desde que se inició el GES en nuestro país. No siempre están disponibles los recursos solicitados y esta situación tiende a ser multifactorial, es por tanto, imprescindible integrar

nuevas instancias de análisis de los procesos en la organización (2). Esto se evidencia en las fiscalizaciones realizadas por la Superintendencia de Salud, desde los años 2008 y 2009, en que se informan los resultados de la muestra a nivel nacional con 67 hospitales y 252 consultorios fiscalizados, donde se mencionan “retrasos” o incumplimientos en la atención de especialista para la Artrosis de cadera y/o rodilla del 26%, de este grupo un 40% correspondía a espera entre 1 y 60 días, el 15% entre 61 y 120 días y un 45% con más de 120 días, con un promedio de 103 días de retraso en la espera para la atención de especialidad (3, 24).

Otro dato de interés, pensando en el gasto en fármacos que consideran estas patologías crónicas, lo entrega el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en noviembre de 2013, enfatizando que nuestro país posee el mayor gasto de bolsillo en salud, seguido de México y luego Corea. Se reporta que el 4,6% del presupuesto familiar se gasta en ítem Salud, y los fármacos representan el 45% de ese gasto. Se señala además que “mientras el gasto total en salud ha caído en uno de cada tres países de la OCDE entre 2009 y 2011, producto de la crisis económica, en Chile se aprecia un aumento”. Se evidencia que del gasto total per cápita de US\$ 1.186 en el informe del 2011, llega a US\$ 1.568 en el 2013, avanzado dos lugares en el ranking, del 11º al 9º (37). Esto es preocupante, ya que ha ido aumentando la brecha entre ricos y pobres en el primer mundo. “Chile, aunque ha mejorado levemente con respecto a los años ochenta, es el país con mayor desigualdad en la distribución del ingreso, el índice de Gini en Chile bordea los 0.5”.

Es así que, los incumplimientos de garantía GES afecta directamente en la calidad de vida y el presupuesto de nuestros usuarios, que deberán comprar fármacos para aliviar sus molestias, estando tal vez estos últimos garantizados por ley.

## **2.2. Problemas de Salud GES: Artritis Reumatoidea y Artrosis de Cadera y/o Rodilla Leve o Moderada.**

La **Artritis Reumatoidea (AR)** es catalogada como una enfermedad sistémica y su principal manifestación clínica es la afección poli articular inflamatoria, con predominio en las articulaciones de las manos y pies (8,10).

A nivel epidemiológico, su importancia radica en que es la enfermedad articular crónica inflamatoria más frecuente, afectando alrededor del 1% de la población. Predomina en el sexo femenino, en relación de 3:1, con una máxima incidencia entre los 40-60 años de edad. Su etiología es desconocida aunque se considera que existe la acción de un antígeno que provoca en un individuo predispuesto genéticamente una respuesta inmune que condiciona la aparición de una reacción inflamatoria (8,10). En quienes no logran un buen resultado terapéutico, provoca incapacidad músculo esquelética, induciendo diversos grados de sufrimiento, deterioro de la calidad de vida e incapacidad (9, 11, 15).

El dolor y la discapacidad son considerados manifestaciones clínicas fundamentales de estos pacientes, no obstante, en la actualidad se acepta que la evaluación de los cambios radiológicos articulares que ocurren a través del tiempo son el patrón de referencia para evaluar la severidad y la progresión de la enfermedad, (8) especialmente cuando se estudia la eficacia de medicamentos que modifican potencialmente el curso biológico de la AR (9).

En Chile existen escasos datos referentes a esta patología, solo se estima que su prevalencia sería de 0,2 y 0,5% (8). En países desarrollados con un porcentaje importante de adultos mayores como Canadá la prevalencia es de un 65% en personas mayores de 65 años, y un 33% de ellos presenta sintomatología (9). En España su prevalencia es de un 0,5% de la población que corresponde a un 20% en personas mayores de 60 años (10,12). En Estados Unidos esta enfermedad afectaría a 1.3 millones de adultos, según estudios de prevalencia realizados (11).

En tanto, se denomina **Artrosis u Osteoartritis (OA)** a un grupo heterogéneo de padecimientos articulares que se caracterizan por el deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteraciones del hueso subcondral y variados compromisos de tejidos blandos que incluye a la membrana sinovial (4). Estos cambios reflejan el desbalance entre el daño tisular y la capacidad de reparación y suelen ocurrir gradualmente en el tiempo (14). La magnitud de los síntomas clínicos con frecuencia no se correlaciona con los hallazgos radiológicos (14). Es la enfermedad articular más frecuente, sus principales síntomas son el dolor crónico, deformación y rigidez de las articulaciones.

Se ha demostrado que las mujeres tienen un riesgo de 2,6 veces más alto que los hombres para desarrollar OA (15). Su frecuencia va aumentando con la edad y en los mayores de 60 años se estima que más del 80% presenta alteraciones radiológicas de OA en al menos una articulación (14,16). En cuanto a su impacto, la OA es la principal causante de incapacidad o invalidez de todas las enfermedades crónicas (14), la OA de rodillas es la principal causa de deterioro en la movilidad en mujeres (15, 16).

Según antecedentes, en el año 1990 se estimó que, entre las enfermedades no fatales, la OA fue la 8º principal causa de carga de enfermedad en el mundo, siendo responsable del 2.8% del total de años vividos con discapacidad (13) y además, es la causa más importante de discapacidad entre la población anciana en España y en otros países desarrollados (4). A pesar de la relevancia de la enfermedad y el impacto en la calidad de vida de las mujeres, se han realizado pocos estudios de prevalencia. En Chile un 3.8% de la población adulta refiere padecer de artrosis, siendo la frecuencia más alta entre las mujeres y es mayor en la medida que aumenta la edad de estas (4).

La Artritis Reumatoidea (AR) y la Osteoartritis (OA) son parte del grupo de patologías crónico degenerativas priorizadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), por su alto impacto social y económico (5). Dentro del LEP o canasta

de prestaciones, a las cuales tienen derechos los beneficiarios de FONASA o ISAPRE se consideran: la atención médica ambulatoria, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los medicamentos indicados para ambas patologías (6), (Anexo 2). Entre las garantías asociadas al tratamiento de estas patologías, se encuentra el manejo del dolor crónico, el que por supuesto no está exento de efectos secundarios. Los medicamentos son indicados, tanto por médicos reumatólogos de los centros de derivación de la red, como por médicos generales en los Servicios de Atención Primaria de Salud (en CES y CESFAM) (24). En los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) de los hospitales los médicos especialistas indican los medicamentos según las necesidades de sus pacientes con Artrosis y Artritis Reumatoidea y es esperable que se apliquen las respectivas Guías Clínicas del Ministerio de Salud en su tratamiento medicamentoso (4, 8) pues corresponden al arsenal farmacológico garantizado en la canasta de prestaciones. No obstante, estas últimas tienen sólo carácter de recomendación y es posible que existan variantes en la prescripción de los fármacos, los que podrían no estar garantizados por GES, significando para los pacientes un gasto de bolsillo (24).

En el Decreto Supremo N° 4 del 2013, la Artrosis de Cadera y/o Rodilla leve o moderada aparece como el problema de salud N° 41, mientras que la Artritis Reumatoidea aparece como el problema de salud N° 52 (5), en este documento se determinan sus garantías y un tratamiento terapéutico esencialmente medicamentoso para este tipo de enfermedades, sin embargo, no se incorpora el seguimiento de dichas enfermedades en la población afectada, pues son patologías crónicas. (Anexo 3). Con el propósito de fortalecer el funcionamiento del Régimen GES y obtener información relevante que sea útil para su perfeccionamiento futuro, en particular en el acceso de la población a fármacos de patologías prioritarias y cumpliendo con los tiempos establecidos para otorgar estas prestaciones, se requiere indagar respecto de los actuales procesos que intervienen en la entrega de medicamentos de estas GES.

### **2.3. La investigación Operativa en los Programas y Servicios de Salud**

Esta ciencia habría surgido durante la segunda Guerra Mundial, a petición de militares británicos. Es así como científicos e ingenieros encontraron la posibilidad de utilizar técnicas operativas matemáticas, utilizando el método científico para resolver problemas de organización militar, en sus inicios se denominó Investigación de Operaciones (26). Luego al introducirse al mundo de los negocios, se conoció como la “ciencia de la Gestión o de la Administración” (27).

En Salud se comenzó a aplicar en la década de los años 80 y en términos generales, esta disciplina identifica los problemas y luego busca un diseño efectivo para operar de mejor manera un sistema, en condiciones en las que existe asignación escasa de recursos, para lo cual se diseñan modelos matemáticos y/o programas computacionales que son de utilidad para la toma de decisiones y solución de problemas, maximizando de esta forma el rendimiento (26, 27).

La denominación de investigación “operativa” se refiere al enfoque de observación en operaciones o procesos que se realizan en los programas y servicios en Salud, destacando que no se preocupa de la “demanda” sino de la “oferta de servicios”, buscando soluciones prácticas (28, 29). Se indica que no solo resuelve problemas sino que aprovecha oportunidades, las operaciones de responsabilidad están en los directivos y en los formuladores de políticas, se deben planear las estrategias que persuadan a los directivos y tomadores de decisiones para invertir en recursos y modificar operaciones mal diseñadas (29).

La investigación operativa (IO) se define como *“un proceso continuo para identificar y analizar los problemas en las operaciones de programas, para experimentar soluciones utilizando el método científico”* (26).

Según revisión de literatura, y el estudio del IO apunta a una definición más completa, que indica: “Un enfoque científico para la toma de decisiones ejecutivas, que consiste en el arte de modelar situaciones complejas, desarrollar técnicas de solución para resolver modelos y la capacidad de comunicar efectivamente los

resultados, asignando óptimamente recursos escasos a una determinada actividad". Según Lawrence y Pasternak, 1998 (27).

Estos resultados deben estar dirigidos a mejorar la calidad, la eficiencia y efectividad de los programas y servicios de salud (28), por lo que se coordina con la Administración y se basa en cinco pasos básicos:

1. La identificación y diagnóstico del problema.
2. Selección de la estrategia de solución.
3. Experimentación y evaluación de la estrategia.
4. Divulgación de la información.
5. Utilización de la información.

Los modelos de (IO) se clasifican en:

- **Modelos de optimización:** se refiere a maximizar en cierto grado un beneficio o eficiencia, minimizar en cierta medida (costo, tiempo), teniendo en cuenta las restricciones que se pudieran manifestar, tal como son:
  - Problemas de secuenciación,
  - Problemas de localización,
  - Problemas de rutas,
  - Problemas de búsquedas.
  
- **Modelos de Predicción:** describen o predicen sucesos, dadas ciertas condiciones, ejemplos de estos modelos son:
  - Problemas de reemplazamiento,
  - Problemas de inventario,
  - Problemas de colas,
  - Problemas de competencia (26, 27)

Para identificar los factores de riesgo se utilizan técnicas cualitativas tales como: entrevistas de profundidad, entrevistas estructuradas o semi estructuradas, guías de observación, entre otras. Además se pueden utilizar herramientas de otros estudios o informes técnicos que ya hayan elaborado un análisis de los procesos u

operaciones relacionadas al factor seleccionado, la idea es profundizar el conocimiento de procesos (28).

Una vez identificados los factores de riesgo se puede seguir con el proceso de la investigación operativa que sigue tres fases:

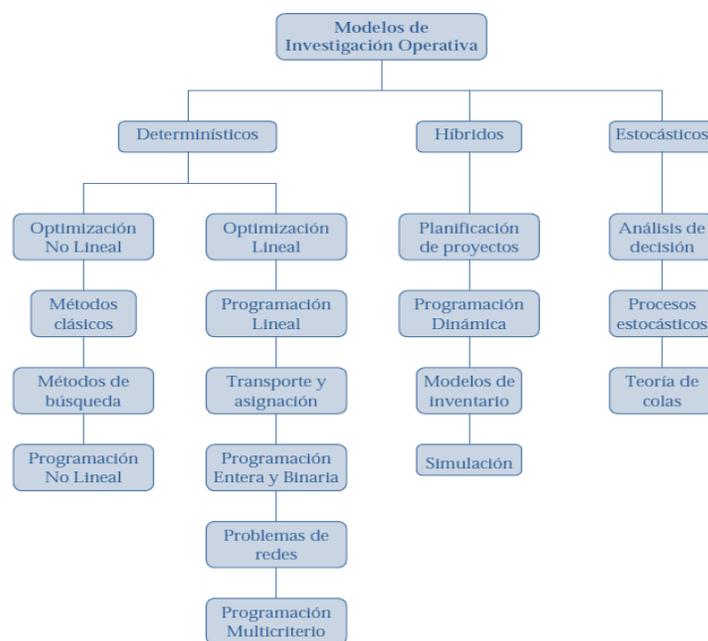
Fase I: Análisis del problema.

Fase II: Desarrollo de la solución.

Fase III: Validación de la solución. (26)

En el caso de este estudio, se evalúan los procesos que se involucran en la prescripción, entrega y distribución de medicamentos en pacientes con Artritis Reumatoidea y Artrosis leve a moderada en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, enfocado al modelo de optimización, y considerado problemas de redes según la naturaleza de los datos.

Es importante señalar que una investigación operativa está expuesta a continuos cambios en las operaciones, afectando la intervención o resultados esperados, esta situación está fuera del control del investigador (29), por tanto, se deben considerar todas las circunstancias y hechos que se presenten durante la ejecución de la investigación que podrían afectar los resultados del estudio. Clasificación de IO, modelo según naturaleza de los datos:



## 2.4. Importancia de la cadena de valor en la gestión moderna.

El valor se define como “una suma de beneficios percibidos por un sujeto”. En el contexto de salud, una **cadena de valor** puede ser definida como una serie enlazada de conocimientos, distribuciones, actividades y recursos involucrados en la generación y entrega de valor para los usuarios (18).

La cadena de valor es un modelo teórico que permite describir y analizar las actividades de una organización, o en este caso, en un establecimiento de salud y lo descompone, “en sus actividades estratégicas o partes que la componen más relevantes, para comprender el comportamiento de los costos y las fuentes de diferenciación existentes y potenciales” generando un valor final para el usuario. (19, 20). La ventaja competitiva se obtiene desempeñando estas actividades estratégicamente, de “una mejor forma” o más barato que sus competidores, o sea, con diferencias entre las cadenas de valor. Según Michael Porter: “*la base del desempeño sobre el promedio dentro de una industria es la ventaja competitiva sostenible*” (18).

La cadena de valor extiende el valor total, y se constituye de las actividades de valor y del margen. Las primeras corresponden a las actividades físicas y tecnológicas que desempeña una institución, y el margen corresponde a la diferencia entre el valor total y el costo colectivo de desempeñar las actividades de valor. (18).



Las actividades de valor se dividen en:

1. **Actividades primarias** (servicios, logística interna y externa, operaciones, marketing y ventas) estas actividades se relacionan en la creación física del producto, su venta, la transferencia al comprador, y la asistencia posterior a la venta. En Salud las actividades primarias son la atención de pacientes, las intervenciones quirúrgicas, etc.
2. **Actividades de apoyo**, como su nombre lo indica sostienen a las actividades primarias y se apoyan entre sí, suministrando insumos comprados, tecnología, recursos humanos y diversas funciones a toda la empresa. Estos son: la infraestructura de la organización (que apoya a la cadena entera), administración de recursos humanos, desarrollo tecnológico, abastecimiento, etc. En las actividades de apoyo clínica estarían: Imagenología, Anatomía Patológica, el Laboratorio, Banco de sangre, entre otros (18, 19).

Según Porter: “La composición entre las actividades de valor desempeñadas y su economía establecerán si una empresa, en este caso un Hospital, tiene un costo alto o bajo en relación con sus competidores. También fijará su contribución a las necesidades del comprador y por lo mismo a la diferenciación” (18).

Cabe señalar, que la cadena de valor es un instrumento esencial para el diagnóstico de la “ventaja competitiva” y para encontrar las formas de crearla y mantenerla (22). También es indispensable en el diseño de la “estructura organizacional”. Además proporciona una manera sistemática para dividir a una empresa en sus actividades discretas, y así puede ser usada para examinar como están y como deben ser agrupadas las actividades de una empresa (18, 20).

La necesidad de integración entre las unidades organizacionales es una manifestación de eslabones. “Existen muchos eslabones dentro de la cadena de valor, y sucede que, si la estructura organizacional falla con frecuencia en proporcionar mecanismos para coordinarlos u optimizarlos, falla toda la cadena” (17, 22). La información que se requiere para coordinar u optimizar los eslabones casi

nunca es recopilada a través de la cadena. Los eslabones verticales no se proporcionan bien con frecuencia en la estructura organizacional (23).

El Servicio de Salud Metropolitano Norte, es una Institución pública y por ende, sin fines de lucro, al desagregar esta organización tenemos ciertas distinciones en la aplicación de la cadena de valor:

- El valor se define según se estudia en esta tesis, por las “Garantías Explícitas en Salud”, o sea, el acceso oportuno al tratamiento correspondiente, definido por ley.
- Las redes asistenciales no generan margen, debido a su naturaleza y mandato público, en este caso se trata de un bien social, en el que debe existir un equilibrio económico financiero permanente, es decir, los ingresos deben ser igual a los gastos, manteniendo el equilibrio financiero de la Institución.
- Y, para el paciente la cadena de valor corresponde al cumplimiento de su garantía, o sea, la “satisfacción del usuario o beneficiario” (22, 24).

Cabe señalar, que el modelo de cadena de valor, (19) puede ser un aporte significativo para procesos en estudio, pues al descomponer una organización y al definir procesos como eslabones de producción, se descubren las actividades y sub-actividades que tal vez, no se han logrado detectar para un mejor desempeño, este sistema incluye la cadena de valor del proveedor, de la organización, del canal de distribución, del comprador, o según se defina dentro de cada Institución (22, 23)

## **2.5. Los Procesos en la Atención de Salud.**

Un proceso se define como *“una competencia en la organización que le agrega valor al cliente o usuario, a través del trabajo en equipo de personas, en una secuencia organizada de actividades, interacciones, estructura y recursos que trasciende a las áreas”* (20). En efecto, esta definición nos indica que el usuario es cardinal a todo y la institución se orienta a él, se habla se entregar competencia a la organización y no a ciertas áreas de esta, “todos en torno al paciente” de una forma organizada y coordinada; incluyendo infraestructura, recurso humano, tecnología, etc. Entendiendo que los procesos son parte de los mismos integrándose en la organización. Es así como Michael Hammer en el 2006, (quién es considerado el padre de la reingeniería moderna), también define los procesos como “una serie organizada de actividades relacionadas, que en conjunto crean un resultado que agrega valor para los pacientes” (21).

Los procesos es “todo aquello que hace la organización”, y son estos son “los que permiten entender la globalidad de la tarea que cada uno desempeña”, (20) es entonces que aquí queda sepultado el arcaico discurso de los funcionarios de salud: “no me corresponde”, “no es mi responsabilidad”, no!... “yo no me ocupo de eso”. Pues les concierne y la responsabilidad es de toda la Institución, toda tarea debe ir dirigida y centrada en el usuario con un diseño disciplinado, repetible y conocido por todos los que integran el establecimiento de salud (17).

Pero que pasa en la práctica,... ¿qué vemos a diario en las Instituciones de salud?... Los procesos en un Hospital se han establecido en torno a funciones concretas, con protocolos y/o manuales para los procedimientos que se miden mensualmente o que se denominan “trazadores” que se utilizan para cumplir un Compromiso de Gestión, una meta sanitaria, indicadores de autogestión, para la acreditación de prestadores, sin embargo, no hay un análisis, reestructura y modificación de estos y por supuesto es un tema que inquieta, pues no se entiende la importancia de los procesos (17, 23), que es el engranaje esencial de las Unidades, Centros de responsabilidad, Servicios de apoyo, Hospitalización, Urgencia, Dirección, para que funcione la máquina que llamamos establecimiento hospitalario. Los procesos deben adaptarse

a la realidad epidemiológica actual y a la demanda que tienen las Instituciones, siempre enfocado en el usuario y no solo para cumplir con un indicador (24).

Cuando se observa la dinámica de cada Servicio o Unidad de Salud se evidencia que cada uno trabaja independiente del resto, no se sabe definitivamente cómo se organizan los otros, el discurso es “se supone que la muestra está registrada, antes de enviarla a Anatomía Patológica”, “creo que hay un libro donde se registra”. El problema radica en que, “el sistema no posee mecanismos confiables para suplir estos elementos individuales en un todo conectado para lograr resolver y brindar una atención más segura y eficaz”, según plantea Spear (17). La consecuencia es siempre la misma, existe el enigma respecto de quién es el responsable. Esta situación “supone procesos” y ello conlleva a fallas en el sistema, no es una casualidad que queden pacientes sin atención clínica, o que se suspenda un pabellón por “razones imprecisas” que se terminan atribuyendo a una “causal del paciente”. También ocurre la falta de medicamentos para pacientes crónicos en la farmacia o se pesquiza la administración errónea de algún medicamento, etc. En ese momento el personal de salud “improvisa”. Se toman una serie de medidas para “salvar la situación desastrosa” que evidencia la poca organización y control que se posee (22, 23). “Una vez que se ha abordado el síntoma inmediato, todos siguen con sus deberes sin detenerse a estudiar y/o a corregir lo que fracasó en primera instancia” (17). Se mantiene la inercia y el problema volverá a surgir, al punto de “tener consecuencias irremediables” (17, 19), y el discurso es: “lo urgente no permite trabajar en lo importante”.

Los proyectos de cambios a nivel organizacional, que se basan en mejorar procesos, evidentemente son complicados en su implementación. “Diseñar nuevos procesos es mucho más arduo que retocar los flujos de trabajo existentes”. (17, 18, 19)

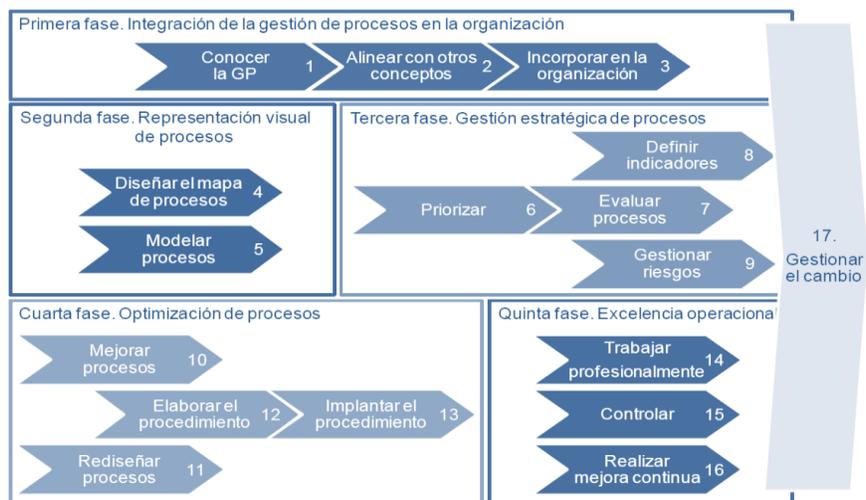
El indicar quién realizará una determinada tarea, el cómo o dónde y en qué orden, no bastará. “Se debe reducir la ambigüedad” (17), pues ocurre que como los Servicios o Unidades desconocen lo que hacen los otros; se repiten procesos, se duplican funciones, “se crean nuevos formularios” que contienen algunos datos, que

están contenidos en otros sistemas y que no sirven para otros Servicios, en fin, ineficiencias que se traducen en caos o riesgos para el paciente.

La implementación de nuevos procesos debiera significar “redefinir estrategias en la organización”, con la capacitación del personal que apoyará las nuevas labores y roles; incentivando a las jefaturas en la toma de decisiones; así como también, redirigir los sistemas de estímulos y focalizarlos en procesos y resultados (18).

Según la literatura, al introducir cambios que reconfiguren la cultura organizacional, se debe enfatizar en el trabajo en equipo, (22) se dice que “en salud se trabaja en red”, pero en la práctica, esto no se evidencia. Se debe recalcar la responsabilidad del personal de salud y la importancia de los usuarios; readecuar papeles y responsabilidades, realinear los sistemas de información para que estos ayuden a que los procesos funcionen sin problemas (17,18).

La gestión de procesos plantea un esquema de trabajo para llegar a rediseñar o gestionar cambios, (20) sin embargo, muchas Instituciones de Salud todavía se encuentran en las primeras fases o inclusive en “etapa cero” en los procesos, y se requieren líderes en los equipos de trabajo para encantar y motivar en la organización. Según se plantea desde la División de Gestión Asistencial (DIGERA) del MINSAL, los hospitales deben trabajar en la gestión de procesos para llegar a gestionar el cambio:



Fuente: Ing. J. Bravo, Gestión de los Procesos (2012)

## 2.6. Los flujos de procesos y la Herramienta “BPMN”: Bizagi

Existen varias herramientas para diseñar y modelar los procesos, confiriendo de manera gráfica la dinámica a las actividades y las inter-relaciones de las entidades involucradas. Entre estas herramientas se cuenta con Bizagi process modeler ([www.bizagi.com](http://www.bizagi.com)) (33), que entrega ventajas para poder modelar los procesos denominados BPMN o “Business Process Modeling Notation”, aparece como una fácil y buena alternativa de diagramado de flujos para esta tesis, ajustada a modelos gráficos de operación de procesos en la organización, describiendo los pasos y a la vez documentando (Manual de Procedimientos).

El uso de esta herramienta presenta las siguientes ventajas:

- Los diagramas son compatibles con la mayoría de las herramientas de desarrollo usadas en la actualidad,
- Considera el rendimiento en el trabajo de documentación de los procesos en la organización,
- Incorpora los procesos en un lenguaje claro, homogéneo y entendible para los funcionarios,
- Permite visualizar la información de los procesos en diferentes niveles de detalle de lo general hasta un nivel minucioso en cada actividad,
- Fácilmente se agregan nuevos procesos o se realizan cambios en los procesos ya existentes,
- Licencias gratuitas y puede ser descargado por cualquier profesional que lo requiera

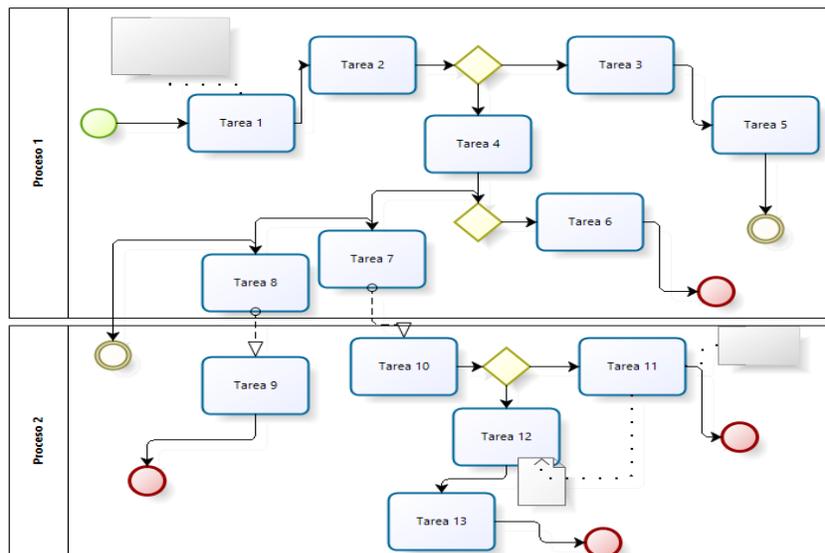
En efecto, uno de los beneficios directos de la especificación de procesos y de actividades, es que resulta ser un excelente complemento al Modelamiento de los procesos, pues los diagramas muestran en forma gráfica y sistémica el proceso que se quiere comprender y analizar, permitiendo comprender su estructura, además las especificaciones permiten complementar y expresar de forma narrativa el diagrama del proceso (24, 33).

En una Institución es fundamental la documentación, que brinda la oportunidad de poder agregar y registrar información complementaria al proceso, por ejemplo: las entradas del proceso (documentos al respecto, información, etc.), las salidas del proceso, a quienes se dirige, responsables dentro del proceso, roles de los participantes, recursos utilizados, las restricciones, las reglas y normativas que afectan, entre otros. (30)

El BPM puede ser definido mediante distintos lenguajes, es estándar, por tanto no se asocia a ningún producto específico (herramientas de software). Está diseñado para modelar procesos manuales, automáticos, físicos o virtuales. Los diagramas están formados por una serie de elementos primordiales. Clasificados en cinco categorías:

- Objetos de Flujo (tarea atómica, tarea compuesta, eventos: inicial, intermedio y fin, divergencia o convergencia)
- Datos (objeto de datos, depósito de datos)
- Conectores (flujo de secuencia, asociación o mensaje)
- Calles (pool, lane o fase)
- Artefactos (grupo, anotación, imagen, caja de encabezado, texto o personalizado)

Ejemplo de flujo por Bizagi Process Modeler:



## **2.7. Auditoría de Procesos, de Michael Hammer**

El “Modelo de Madurez de Procesos y de Empresa” (MMPE) de Hammer, expone como en una organización “que falla”, se puede lograr un desempeño de manera más eficiente y coordinada, readecuando procesos operativos. Este modelo cuenta con una tabla que establece aseveraciones que definen los niveles de fortaleza e indica los facilitadores, así como los obstáculos para que se logre un proceso, y lo que le falta a una organización, la tabla cuenta con cuatro niveles de madurez de procesos (21). “Las fortalezas de los facilitadores determinan cuán maduros están los procesos”, vale decir, la capacidad de tener un desempeño óptimo que se mantenga en el tiempo (18).

Según Michael Hammer, “Cuando una organización aplica el MMPE, adopta la gestión de procesos como un modo de vida”, situación que no se evidencia o no se conoce en Salud, pues al ser una Institución sin fines de lucro, los directivos olvidan la importancia de mirar los procesos internos como: diagnosticar, meditar los fundamentos y rediseñarlos.

Al aplicar este modelo a un Servicio de Salud es importante destacar que rediseñar nuevos procesos conlleva más que reorganizar flujos de trabajo, o “quién hace determinadas tareas, en qué lugares y con qué secuencia” (17). Para que funcionen nuevos procesos, los Hospitales deben redefinir los trabajos de sus funcionarios en forma más amplia. Aumentar la capacitación y especialización, para apoyar estos trabajos y permitir que el personal de la primera línea tome realmente las decisiones, así como redirigir los sistemas de recompensas y focalizarlos en los procesos y en los resultados (30, 31).

Esto cambia paradigmas y la propia cultura organizacional instaurada, incentivando el trabajo en equipo, la responsabilidad y compromiso con la Institución, siempre centrado en los pacientes o usuarios (31). Dentro de este marco es fundamental encausar los sistemas informáticos o Tecnologías de la Información Computacional (TIC) para que realmente se facilite el trabajo de los funcionarios y puedan contar

con la información adecuada optimizando los tiempos, la tecnología en función de los procesos y no viceversa, como muchas veces sucede en el Sistema Público (31).

El modelo de Hammer se divide en:

### ***Facilitadores de proceso:***

Se aplica a procesos individuales y determina que tan bien puede funcionar un proceso en el tiempo. Existe un conjunto de facilitadores que brindan al proceso el potencial de entregar un alto desempeño, cada uno es interdependiente del otro, o sea, si falta alguno los otros resultarán ineficaces (21).

Este conjunto de facilitadores se subdivide en cinco áreas:

- **Diseño:** La extensión de la especificación de cómo se ejecutará el proceso.
- **Ejecutores:** Las personas que realizan el proceso, particularmente sus destrezas y conocimientos.
- **Responsable:** Un alto ejecutivo (director, subdirector) que es responsable del proceso y de sus resultados.
- **Infraestructura:** Sistemas de información y gestión que apoyan el proceso en salud.
- **Indicadores:** Las mediciones que utiliza la Institución para rastrear el desempeño del proceso.

### ***Capacidades de la Institución:***

Se enfocan en la Institución o Establecimiento para desarrollar procesos de alto desempeño, ésta debe poseer capacidades organizacionales en cuatro áreas:

- **Liderazgo:** Los altos ejecutivos (altos mandos en la Institución de Salud) apoyan la creación de procesos.
- **Cultura:** Los valores de foco en el “paciente o usuario”, trabajo en equipo, responsabilidad personal y disposición al cambio.
- **Experticia:** Destrezas y conocimiento de rediseño de procesos.

- **Gobernabilidad:** Mecanismos para gestionar proyectos complejos e iniciativas de cambio.

Una de las situaciones que hace concretamente más difícil la renovación de procesos es que estos “facilitadores” están presentes en las organizaciones en distintos niveles de intensidad, por lo que el grado en que apoyan un proceso resulta ser variable. Por esto se han identificado y definido cuatro niveles de fortalezas de facilitador (P-1, P-2, P-3, P-4).

Las fortalezas de los facilitadores determinan “**cuán maduro está un proceso**”, es decir, “cuán capaz es de tener un desempeño superior que se mantenga en el tiempo” (21).

Si los cinco facilitadores de un proceso están en el nivel P-1, el proceso mismo está en el nivel P-1; si los cinco facilitadores están en el nivel P-2, el proceso está en el nivel P-2 y así sucesivamente. Sin embargo, si sólo cuatro de los cinco facilitadores suben a un determinado nivel, no se puede decir que el proceso haya logrado ese nivel; pertenece aún al nivel inferior. En exclusiva, si cualquier facilitador es tan débil que ni siquiera llega al nivel P-1, el proceso está, por omisión en P-0. “Y es el estado natural de las cosas, es decir, cuando las organizaciones no se han enfocado en desarrollar sus procesos de servicios” (18, 19).

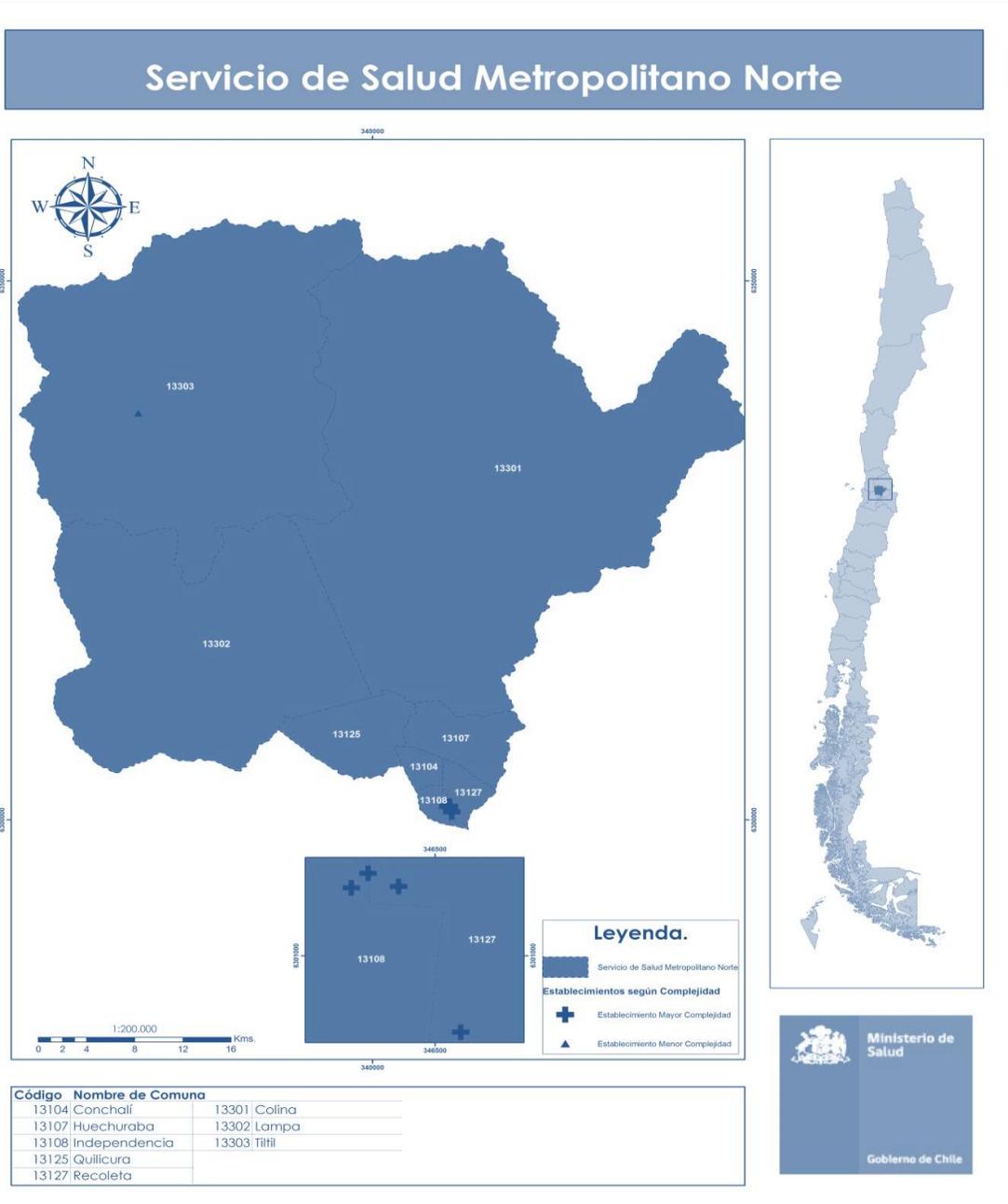
De igual forma, es esencial que las organizaciones desarrollen capacidades de liderazgo, cultura organizacional, experticia y gobernabilidad (30). A menos que todas las capacidades estén presentes a lo largo de la Institución, será imposible que la organización logre internalizar los facilitadores y mantenga el desempeño de sus procesos. Algunos directivos podrán imponer algunos facilitadores aunque no existan las capacidades, pero el desempeño de los procesos no durará. Las organizaciones necesitan competencias básicas en todas las capacidades de la Institución para iniciar proyectos de rediseño de procesos (21, 31).

Existen cuatro niveles de capacidad de una empresa o Institución (E-1, E-2, E-3, E-4). Si una Organización de Salud tiene capacidades E-1, se halla en el primer nivel de madurez corporativa y así puede ir logrando mayor madurez a medida que avanza en los niveles. Si una empresa tiene capacidades E-1, en liderazgo, cultura,

experticia y gobernabilidad, está lista para llevar todos sus procesos al nivel P-1; cuando las cuatro capacidades alcanzan el nivel E-2, la empresa puede llevar sus procesos a P-2 y así en lo sucesivo. (Anexo 8)

Es indiscutible que, cuando las Instituciones tienen capacidades organizacionales más fuertes, resultan los facilitadores más fuertes o instaurados, lo que permite un mejor desempeño del proceso, y cuando no así, esta auditoría revela los nodos en los que se debe trabajar.

## 2.8. Caracterización del Servicio de Salud Metropolitano Norte:



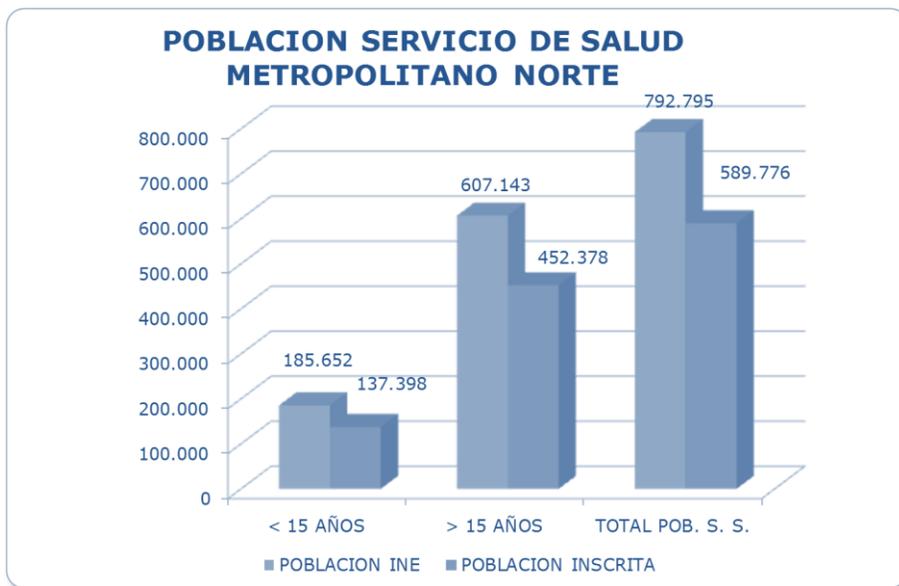
El Servicio de Salud Norte corresponde a uno de los 6 Servicios de la Región Metropolitana, posee una superficie de 2.212,7 km<sup>2</sup>, conformado por las comunas de Conchalí, Recoleta, Independencia, Huechuraba, Quilicura, ubicadas en la Provincia de Santiago y las comunas de Colina, Lampa y Til Til, estas ubicadas en la Provincia de Chacabuco. Las tres primeras comunas de carácter urbano, en el caso de Huechuraba y Quilicura muestran un predominio urbano, sin embargo, aún existe

una fracción de territorio rural y las tres últimas comunas poseen un extenso territorio de carácter rural, con algunos asentamientos urbanos de diversas características así como actividad industrial.

La ciudad de Santiago durante la década de los 80 en adelante concibe una importante expansión de la ciudad hacia la rivera Norte del río Mapocho, situación que marca un importante impacto en las redes de salud. Independencia y Recoleta congregaron la población del territorio santiaguino, constituyendo el centro histórico y cívico que concentró la mayor infraestructura de salud en la red (25).

Para el año 2013, el Servicio de Salud Metropolitano Norte cuenta con una proyección de Población según INE de 792.795 habitantes, que corresponde al 4,5% de la Población proyectada para el País (17.556.815 habitantes). La población inscrita validada FONASA en Establecimientos de Atención Primaria Municipal, Dependiente de Servicio de Salud y Delegados asciende a 589.776 personas inscritas, que corresponde al 74.3% de la Población proyectada INE para el Servicio de Salud. En el gráfico y tabla N° 1 se aprecian los totales de Población INE, e Inscrita Validada FONASA por rango etario de personas menores y mayores de 15 años.

Gráfico N°1:



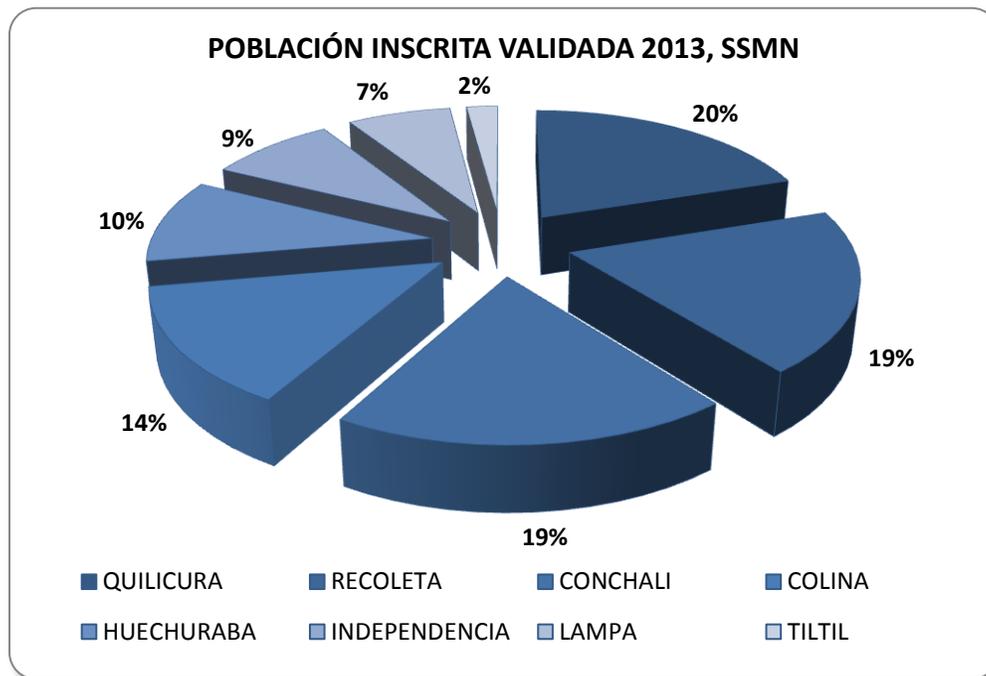
Fuente de Información: Proyección de Población 2005 – 2020, INE (Año 2013) Población Inscrita para año 2013: División de Atención Primaria, Diciembre 2012

Tabla N°1:

Nombre de Comuna	Tipo Comuna	Total Población Comunal	Población 15 a 64 años	Población 65 años y más	Población 10 a 14 años	Población Menores de 20 años	Mujeres: 45 a 64 años	Hombres: 20 a 44 años	Población de 12 años	Población de 6 años
COLINA	URBANA	<b>82.774</b>	55.898	5.655	6.985	28.470	8.763	14.828	1.357	1.450
CONCHALI	URBANA	<b>111.119</b>	70.745	17.080	8.006	32.431	13.740	16.411	1.567	1.509
HUECHURABA	URBANA	<b>59.790</b>	39.435	6.727	4.571	18.796	7.052	9.496	882	925
INDEPENDENCIA	URBANA	<b>50.317</b>	30.671	9.410	3.252	13.643	6.831	6.128	626	628
LAMPA	RURAL	<b>41.246</b>	26.633	3.010	3.797	15.439	4.324	6.340	709	739
QUILICURA	URBANA	<b>117.637</b>	80.043	7.062	10.099	41.516	13.948	18.956	1.959	2.022
RECOLETA	URBANA	<b>114.522</b>	73.972	16.260	8.360	33.118	14.727	17.114	1.663	1.557
TILTIL	RURAL	<b>12.371</b>	8.565	1.212	1.032	3.807	1.373	2.219	232	185
<b>TOTAL</b>		<b>589.776</b>	<b>385.962</b>	<b>66.416</b>	<b>46.102</b>	<b>187.220</b>	<b>70.758</b>	<b>91.492</b>	<b>8.995</b>	<b>9.015</b>

Fuente: BD de Inscritos Validados FONASA para 2013 /Procesada por Subdepto. de Información y Estudios /SDGA/SSMN

Gráfico N° 2:



Fuente: Subdepto. de Estudios e Información Sanitaria/SDGA/SSMN

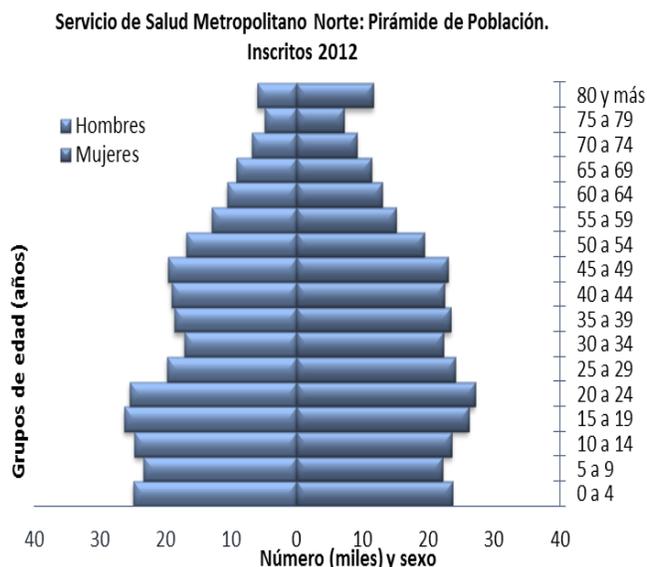
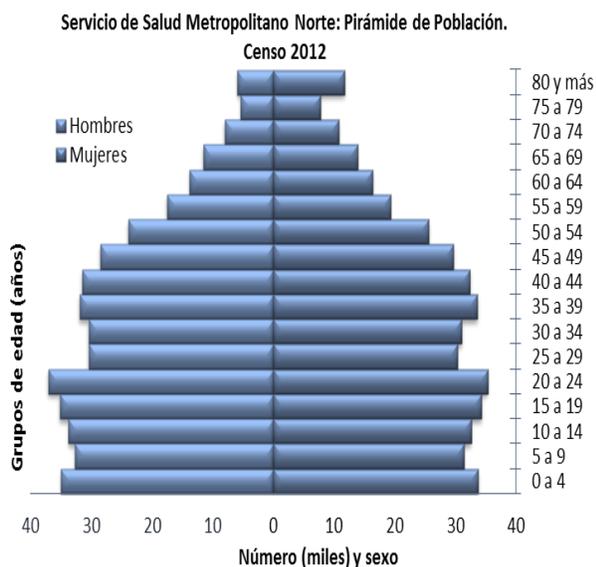
Según muestra el gráfico N° 2 las comunas con mayor población inscrita validada para el año 2013 son: Quilicura, Recoleta, Conchalí y Colina, concentrando el 72% de inscritos, de la Red Metropolitana Norte.

La densidad de población del Servicio de Salud Metropolitano Norte pertenece a un 11% de la población de la Región Metropolitana, distribuida en las 8 comunas. De acuerdo a información del INE año 2013, es Quilicura la comuna que tiene la mayor concentración de población.

Según el perfil demográfico, se observa una tendencia al envejecimiento, al igual que a nivel país. Al comparar la pirámide poblacional del total de población y la pirámide con la población inscrita y validada por FONASA para los establecimientos de la red se evidencia lo mencionado, ver en gráfico N° 3 y 4. Según antecedentes, (24) la población adulta mayor en general es beneficiaria del Sistema Público de Salud y está inscrita en las comunas del Servicio Salud Metropolitano Norte, no es el caso de la población de menor edad que en una proporción mayor se encuentra inscrita en otras comunas o no es beneficiaria del Sistema Público.

Gráfico N° 3:

Gráfico N° 4:



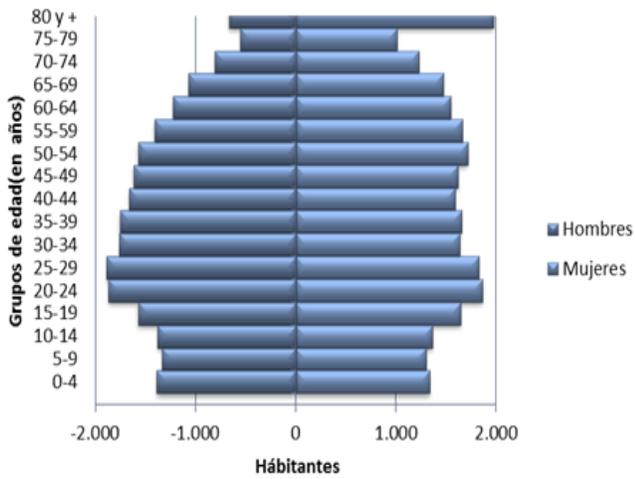
Fuente: INE 2013

Es considerable la variabilidad en la conformación demográfica de las comunas, situación que por ende se refleja en la oferta, demanda, cartera de servicios y diseño

de la red metropolitana norte. Es así, como al comparar una comuna urbana como Independencia (gráfico N° 5), de mayor densidad poblacional y un importante número de adultos mayores, con otra comuna rural como Til Til en que el envejecimiento está en una etapa más precoz (gráfico N° 6), se evidencia la versatilidad de la red asistencial en estudio.

Gráfico N° 5:

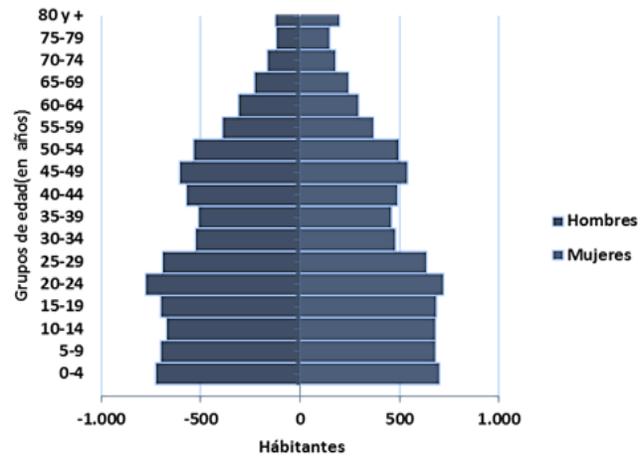
INDEPENDENCIA 2012, INE.



Fuente: INE 2013

Gráfico N° 6:

TIL-TIL 2012, INE



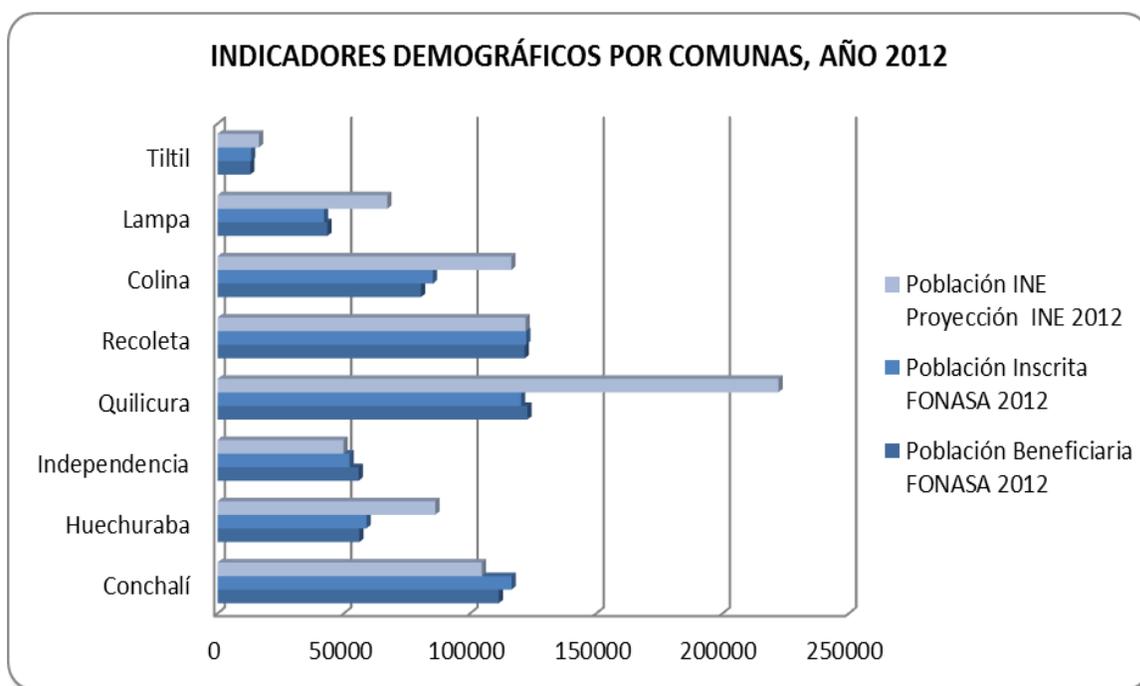
Luego, al analizar el comportamiento de la inscripción de los beneficiarios por comuna en relación al total de población según proyección INE 2012, (tabla N° 2 y en gráfico N° 7) se observa que la comuna de Quilicura tiene una proporción importante de usuarios no inscritos, por el contrario, Conchalí muestra que la mayor proporción de su población está inscrita en el Sistema Público de Salud. Además de la tabla se puede comentar que es Independencia la comuna con mayor índice de feminidad y vejez, según proyecciones 2012 y 2013, en el Servicio de Salud.

Tabla N° 2: Indicadores demográficos por comunas.

COMUNA	Población INE Proyección INE 2013	Población INE Proyección INE 2012	Población Beneficiaria FONASA 2012	Población Inscrita FONASA 2013	% Población Urbana SINIM 2011	Índice de Femenidad Proyección INE 2012*	Índice de Femenidad Proyección INE 2013*	Índice de Vejez Proyección INE 2012 **	Índice de Vejez Proyección INE 2013 **
País	17.556.815	17.402.630	13.195.232		87	102,1	102,1	62,9	65,4
RM	7.069.645	7.012.787	4.814.048		96,66	105,0	105,0	62,2	64,5
SSMN	785.045	785.045	604.741	589.776	93,56	101,5	101,5	51,2	52,5
Conchalí	101.796	104.634	111.361	111.119	100	104,4	104,6	101,4	105,9
Huechuraba	86.542	86.201	56.169	59.790	100	105,7	106,1	47,9	49,3
Independencia	48.565	49.944	55.854	50.317	100	112,8	113,0	142,5	148,7
Quilicura	230.871	222.145	122.721	117.637	100	102,8	102,8	22,7	24,1
Recoleta	119.303	122.050	121.663	114.522	100	103,3	103,4	92,8	96,8
Colina	119.557	116.410	80.565	82.774	82,44	91,8	91,9	32,6	34,2
Lampa	69.730	67.256	43.522	41.246	66,69	95,2	95,1	32,7	33,9
Tiltil	16.431	<b>16.405</b>	12.886	12.371	53,21	95,9	96,0	48,6	49,9

Fuente: BD Procesada por Subdepto. de Estudios e Información Sanitaria/SDGA/SSMN

Gráfico N° 7:

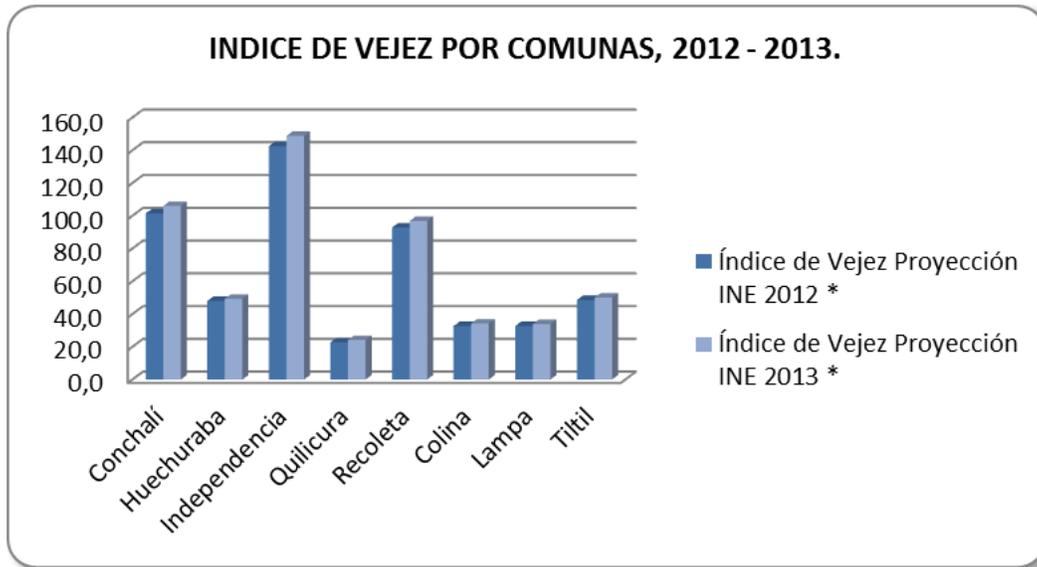


\* Elaboración propia, según base datos INE 2012.

Los indicadores básicos de carácter demográfico muestran además que las tendencias en la red, según el comportamiento del Índice de Vejez, (con comunas con elevado Índice como Independencia y Conchalí) complementan lo mencionado

anteriormente en las pirámides poblacionales, que refleja la disparidad y por tanto, requerimientos sanitarios diversos, ajustado al perfil de la población. (Tabla N°2 y gráfico N° 8).

Gráfico N° 8:



\*Elaboración propia en base datos INE, proyecciones de población. El indicador se construye por el número de adultos mayores de 60 años y más, existentes por cada 100 menores de 15 años.

Los establecimientos que constituyen la Red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte son: dos Hospitales de alta Complejidad: Complejo Hospitalario San José y Hospital de niños Roberto del Río, un Hospital de baja Complejidad: el Hospital Comunitario de Til Til y dos Institutos: el Instituto Nacional del Cáncer (ex Caupolicán Pardo) y el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, importantes centros de referencia regional y macroregional. La Atención de Salud Primaria cuenta con 21 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 10 Postas de Salud Rural (PSR), 8 Corporaciones de Salud Mental (COSAM), 6 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) y 12 Servicios de Atención de Primera Urgencia (SAPU). (Anexo 4)

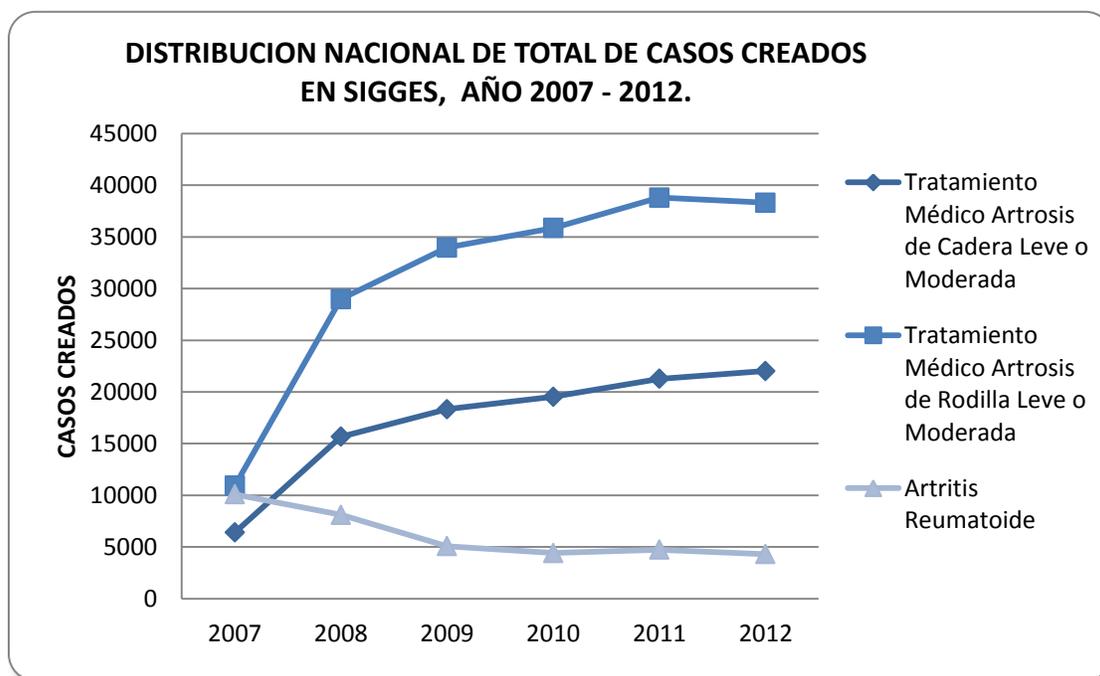
Para contextualizar, se incluyen algunos datos referentes a las patologías en estudio. A nivel país el universo de casos de pacientes creados en el Sistema

Informático de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES). Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada y artritis reumatoidea, desde 2007 según la puesta en vigencia de estas patologías, al año 2012:

Tabla N° 2:

Problema de Salud por año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Tratamiento Médico Artrosis de Cadera Leve o Moderada	6.403	15.671	18.327	19.526	21.272	22.024	<b>103.223</b>
Tratamiento Médico Artrosis de Rodilla Leve o Moderada	10.922	28.988	33.966	35.866	38.805	38.313	<b>186.860</b>
Artritis Reumatoide	10.104	8.111	5.082	4.422	4.736	4.307	<b>36.762</b>

Gráfico N° 9:



Fuente: Tabla y gráfico, SIGGES – Datamart. Junio 2013

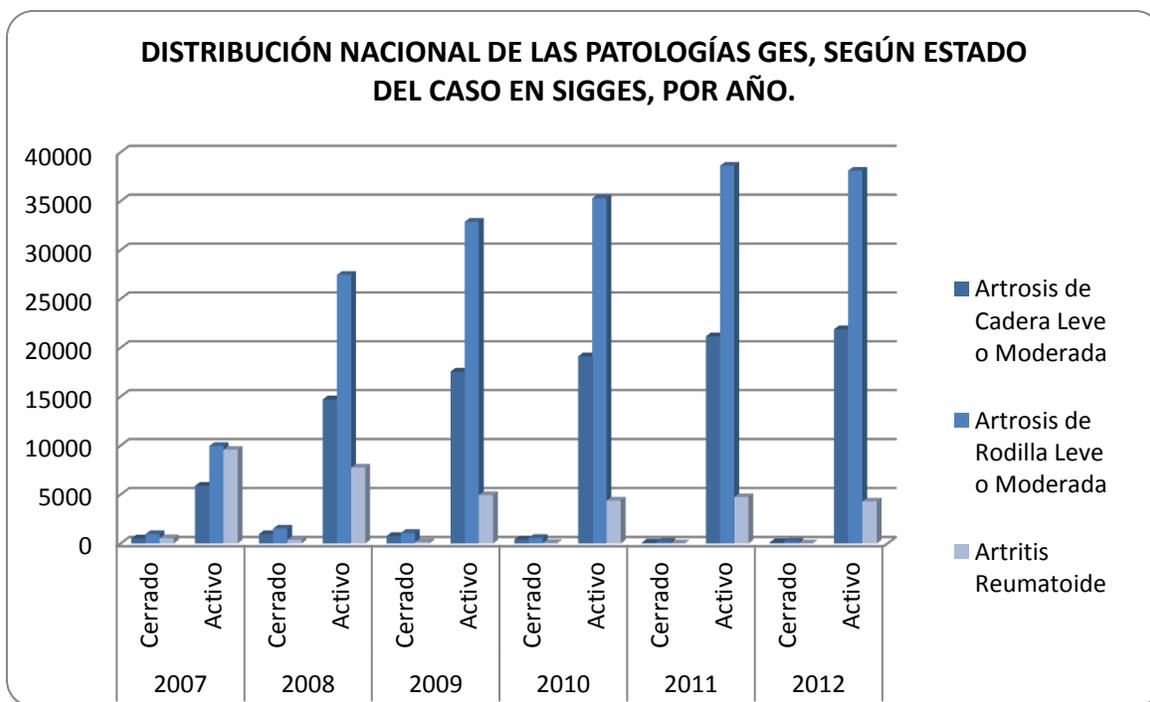
En la gráfica se puede observar como a nivel Nacional, se mantiene el crecimiento sostenido de casos de Artrosis de cadera y/o rodilla durante los últimos 6 años, según datos obtenidos desde MINSAL de casos ingresados en SIGGES - Datamart.

Este incremento corresponde a un 350% en los casos de artrosis de rodilla y un 344% en los casos de artrosis de cadera. Situación inversa ha ocurrido con la Artritis Reumatoidea que se ha mantenido estable, con un descenso de casos creados del 46,9 % entre los años 2008 a 2010, manteniéndose más bien estable al 2012.

Tabla N° 3:

Problema de salud	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Cerrado	Activo										
Artrosis de Cadera Leve o Moderada	511	5892	958	14713	773	17554	399	19127	111	21161	129	21895
Artrosis de Rodilla Leve o Moderada	962	9960	1528	27460	1076	32890	561	35305	176	38629	186	38127
Artritis Reumatoide	537	9567	361	7750	141	4941	47	4375	9	4727	21	4286

Gráfico N° 10:

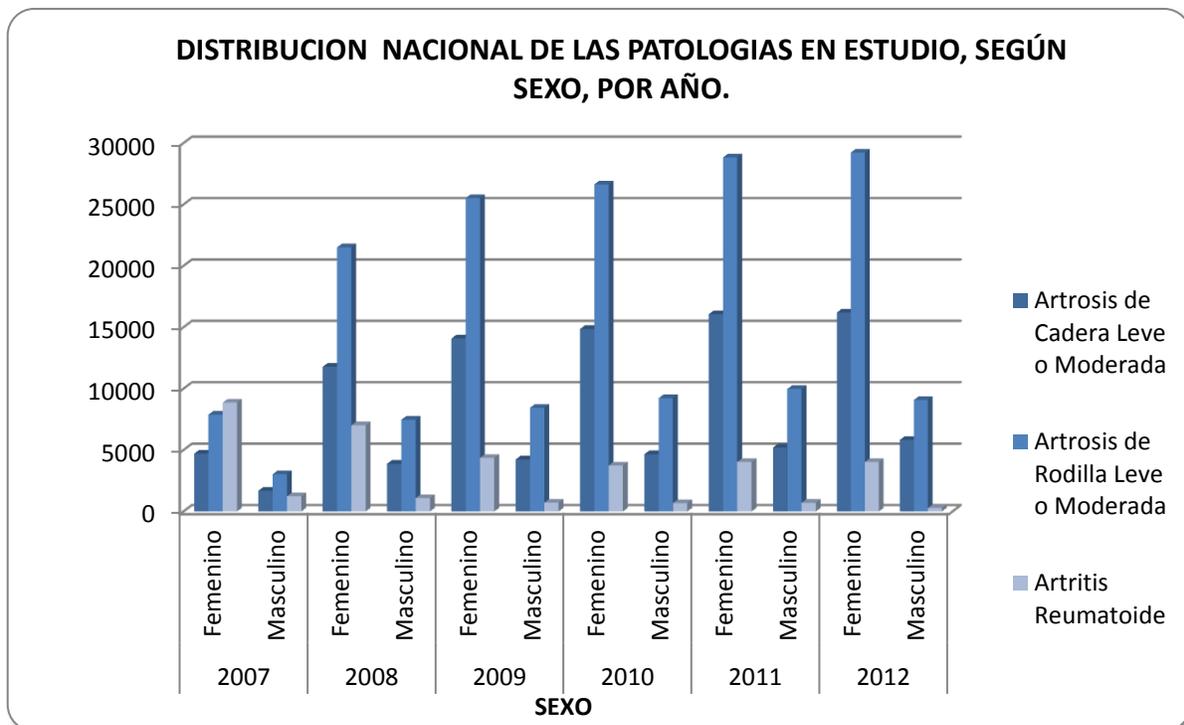


Fuente: Tabla y gráfico, SIGGES – Datamart. Junio 2013

El análisis de los casos activos de estas dos patologías evidencia que al ser dos enfermedades crónicas degenerativas los pacientes permanecen en control y se

siguen por el SIGGES, durante más de seis años y el cierre ocurre solo en los casos de fallecimiento de los pacientes. (Anexo 6)

Gráfico N° 11:



Fuente: SIGGES – Datamart. Junio 2013.

Según la distribución por sexo de estos dos problemas de salud, en nuestro país se evidencia una relación de 3:1 mujer/hombre, y se correlaciona con la literatura al respecto. Se puede apreciar en el caso de la artrosis un aumento progresivo de casos en el sexo femenino, tanto de cadera como de rodilla, respecto a los hombres. Para la artritis en cambio la tendencia es a la disminución desde el 2007 al 2009, manteniéndose estable al 2012.

Tabla N° 4:

Antecedentes según PPV para la artritis reumatoidea año 2012:

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ

PROGRAMAS DE PRESTACIONES VALORADAS	Transferencia (M\$)	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
-------------------------------------	---------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

AUGE 2012	Monto Programado	796.375	688.998	796.375	760.583	814.271	671.102	706.895	733.739	715.843	742.687	760.583	760.583	8.948.032
	Producción Ejecutada	888.719	695.070	779.431	797.226	809.483	682.590	695.562	654.338	734.034	828.717	744.336	556.053	8.865.559
	Transferencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Diferencia Prod v/s Transf.	888.719	695.070	779.431	797.226	809.483	682.590	695.562	654.338	734.034	828.717	744.336	556.053	8.865.559
	Diferencia Prog. v/s Ejecutado	92.344	6.072	16.944	36.643	4.788	11.488	11.333	79.401	18.191	86.030	16.247	204.530	82.473

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE													ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ			
PRESTACIONES 2012 ARTRITIS REUMATOIDEA													ARANCEL PPV 2012	COMPROMISO		
														PxQ (M\$)	Q	
Tratamiento Artritis Reumatoidea en Adultos													32.680	78.432	2.400	
MESES													ACTIVIDAD			
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	EJECUTADA	% CUMPLIMIENTO		
221	225	228	309	174	171	206	135	106	80	259	234	2.348	2.348	97,8%		
MESES													RECURSOS (M\$)			
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	EJECUTADOS (M\$)	% CUMPLIMIENTO		
7.222	7.353	7.451	10.098	5.686	5.588	6.732	4.412	3.464	2.614	8.464	7.647	76.731	76.731	97,8%		

Fuente: Subdepto. de Recursos Físicos y Financieros /SSMN

En relación a las Prestaciones por Pago Valorado (PPV), lo programado versus lo ejecutado por el CDT Eloísa Díaz, del Complejo Hospitalario San José para la Artritis reumatoidea, figura un 97,8% de prestaciones GES cumplidas en el año 2012, se detalla mensualmente. En SIGGES se evidencian 221 casos activos de pacientes, siendo el 4º Servicio de Salud con más casos en la Región Metropolitana. (Anexo 6)

En el caso de la Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada el pago está dentro del Per Cápita de las comunas.

### **III. PLANTEAMIENTO DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Son adecuados los procesos y mecanismos utilizados en la prescripción, entrega y distribución de medicamentos para los problemas de salud Artritis Reumatoidea y Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, para optimizar el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES), en el Servicio de Salud Metropolitano Norte?

## **IV. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Evaluar los procesos que se involucran en la prescripción, entrega y distribución de medicamentos en pacientes con Artritis Reumatoidea y Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, para proponer mejoras al cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir los procesos operativos en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, identificando actividades y sub-actividades en relación a las GES en estudio, en las diferentes áreas o entidades funcionales, mediante entrevista semi estructurada a los involucrados.
2. Identificar cadenas de valor y flujos de procesos en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, asociados a la prescripción, entrega y distribución de medicamentos en pacientes con Artritis Reumatoidea y Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada.
3. Evaluar el grado de madurez de los procesos asistenciales y en la organización del Servicio de Salud Metropolitano Norte mediante encuesta estructurada, modelo de Hammer.
4. Realizar un análisis respecto a las necesidades de redefinición de los procesos y proponer mejoras en la prescripción, entrega y distribución de medicamentos, facilitando el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.

## V. METODOLOGÍA

### 5.1. Diseño de estudio:

Este estudio corresponde a una **Investigación Operacional**, orientada a la evaluación de procesos, con enfoque cuantitativo y cualitativo en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, para la mejora de las operaciones del proceso productivo.

Esta disciplina se caracteriza por la aplicación de teoría, métodos y técnicas que buscan dar solución a problemas de organización, administración y control. Su objetivo primordial es apoyar en la toma de decisiones, en los sistemas y en la planificación de las actividades.

### 5.2. Universo:

Servicio de Salud Metropolitano Norte, el que está conformado por: 2 Hospitales con CDT, 2 Institutos, 17 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 4 Centros de Salud (CES), 10 Postas de Salud Rural (PSR), 8 Corporaciones de Salud Mental (COSAM), 6 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) y 12 Servicios de Atención de Primera Urgencia (SAPU).

### 5.3. Selección de la muestra:

Se realizó un muestreo por conveniencia. La muestra correspondió a la información obtenida del Servicio de Salud Metropolitano Norte, con su respectiva Dirección de Servicio. Para el caso de la **Artritis reumatoidea**, se trabajó con el CDT Eloísa Díaz del Complejo Hospitalario San José, único Centro de atención que recibe las interconsultas por esta patología en la red y para el caso de la **Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada**, los consultorios de cada comuna que contaban con más del 10% de pacientes activos creados en SIGGES, según Datamart y REM P 03

a diciembre de 2012, de esta forma el análisis es de aquellos Centros en que esta patología es parte de su quehacer y arsenal farmacológico GES, constituyendo una muestra del 87% de casos en control en las comunas, tal como se ilustra en el gráfico N° 12.

Las comunas seleccionadas fueron: **Conchalí (31%), Recoleta (28%), Colina (17%) y Quilicura (11%)**. Se consultó además al referente de los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) existente uno por cada comuna y que atienden a pacientes con estas patologías.

Gráfico N° 12:

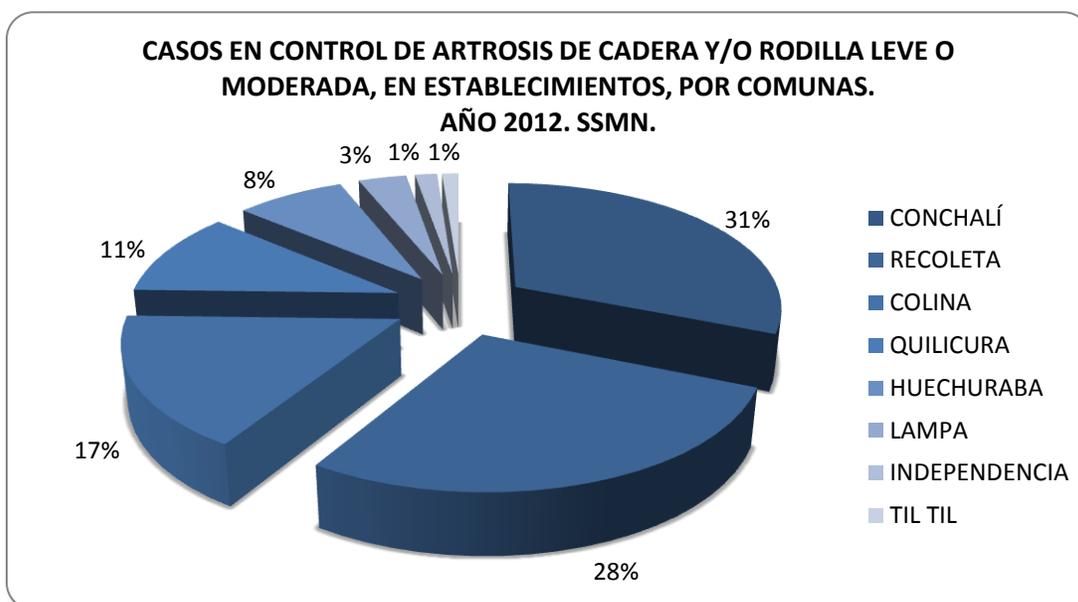


Tabla N°5 Casos de pacientes según REM P03:

ARTROSIS CADERA Y/O RODILLA	TOTAL 2012	RANGO ETAREO		35 – 44		45 – 54		55 – 64		65-69		70 y más años	
		CASOS	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
COMUNAS													
<b>CONCHALÍ</b>	<b>1521</b>	<b>393</b>	<b>1128</b>	0	4	25	45	55	178	75	150	238	749
<b>RECOLETA</b>	<b>1355</b>	<b>504</b>	<b>851</b>	9	20	19	63	131	230	120	150	225	386
<b>COLINA</b>	<b>811</b>	<b>490</b>	<b>321</b>	2	0	21	0	185	115	137	68	145	137
<b>QUILICURA</b>	<b>526</b>	<b>197</b>	<b>329</b>	0	0	0	0	29	122	27	88	141	119
HUECHURABA	376	64	312	0	3	0	13	13	74	14	84	37	138
LAMPA	166	57	109	0	0	1	2	4	12	10	15	42	80
INDEPENDENCIA	76	12	64	0	0	0	3	3	14	3	19	6	28
TIL TIL	57	5	52	0	2	0	8	2	12	1	9	2	21
<b>TOTAL</b>	<b>4888</b>	<b>1722</b>	<b>3166</b>	11	29	66	134	422	757	387	583	836	1658

Fuente REM P 03. Procesada por Subdepartamento de Información y Estudios / SDGA/DSSMN

#### 5.4. Variables o tópicos de estudio:

- ✓ **Unidad de observación:** Los eslabones o procesos en los establecimientos de la red, que reflejen la prescripción, compra y distribución de medicamentos para la artrosis leve a moderada y artritis reumatoidea.
- ✓ **Unidad de análisis:** La gestión o valor asignado en los establecimientos para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) para la entrega de medicamentos.

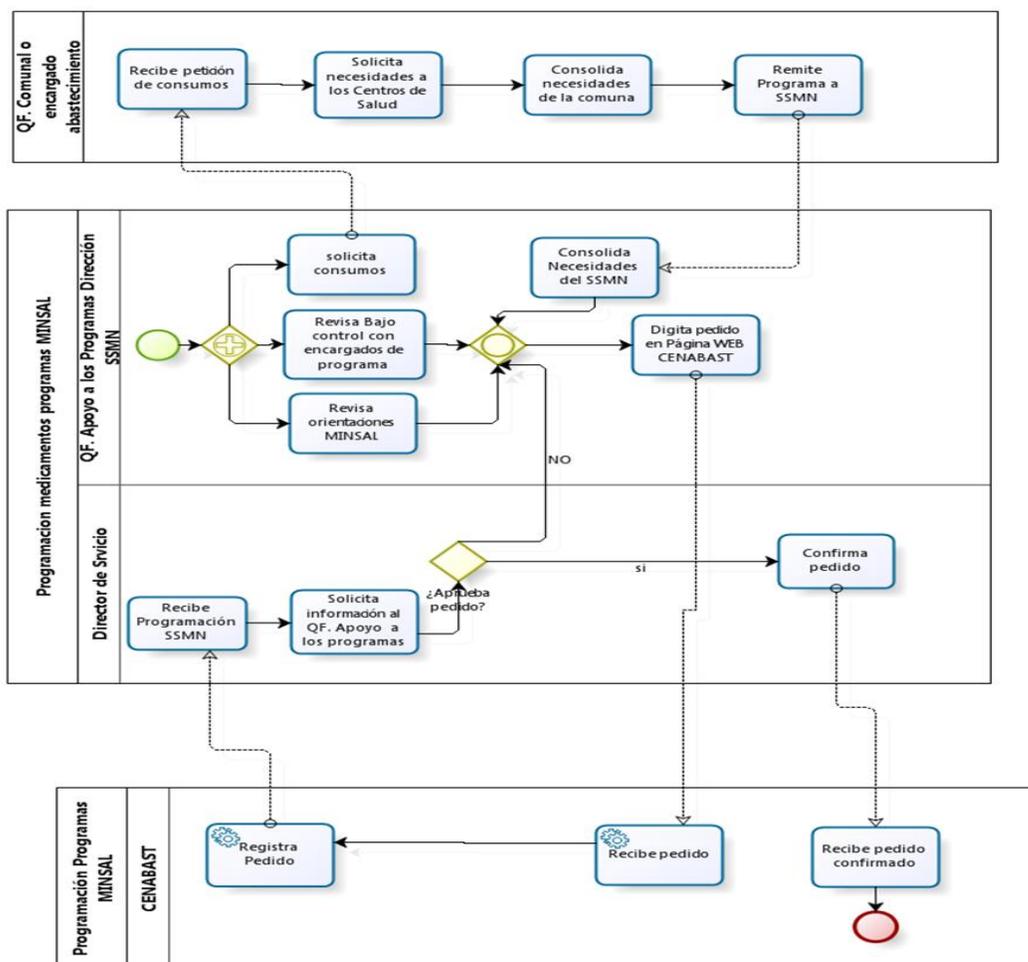
#### 5.5. Recolección y análisis de la información:

Previo a la aplicación de las herramientas, se realizó una entrevista informal a la referente Químico Farmacéutico y encargada de la programación de fármacos del Servicio de Salud involucrada en los procesos, para tener un insumo inicial y la descripción preliminar del flujo operativo, fundamentando la entrevista semi estructurada y la consecución de las actividades a realizar, se crea una cadena de valor inicial con las actividades primarias y se trabaja con el flujo que se especifica por la profesional.

Los eslabones de la cadena de valor, con las actividades primarias son:



Proceso de Programación medicamentos de APS, desde Servicio de Salud Metropolitano Norte, flujo creado por Químico Farmacéutico referente del Programa:



El proceso de la Investigación Operativa se basó en el trabajo en terreno, se utilizaron 3 herramientas de recolección de información en forma paralela correspondiendo a:

- ✓ **Entrevistas semi estructuradas a los Involucrados en los procesos del Servicio de Salud Metropolitano Norte**, el levantamiento de procesos tuvo un análisis cualitativo de los flujos internos, entendiendo y conceptualizando la dinámica de cada establecimiento o Centro de Salud, identificando las principales etapas o eslabones de la **cadena de valor**: proceso de entrega, compra,

distribución interna, indicación médica, dispensación de medicamentos a los pacientes, entre otros. A modo de validación de la entrevista, se remite vía correo electrónico la matriz con preguntas a profesionales considerados expertos por la investigadora. La validez, según indica la literatura, no se expresa cuantitativamente, por índice o coeficiente; es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva. El procedimiento comúnmente empleado se conoce con el nombre de **“juicios de Expertos”** (32, 34), se pretende tener una segunda opinión o visión, tratando de acotar las preguntas al objetivo del estudio, para ello se realizaron los siguientes pasos:

1. Selección de jueces o expertos, (en la literatura se sugiere al menos dos) a fin de juzgar de manera independiente, la “bondad” de los ítems del instrumento, en términos de la “relevancia y presentación de las preguntas”, evaluando la claridad en la redacción y la imparcialidad o sesgo en la formulación de los ítems.
2. Cada experto recibió por correo electrónico el instrumento de validación, que contenía el propósito del estudio, conceptualización de la cadena de valor y la tabla de especificaciones con un apartado para observaciones si se estimaba necesario.
3. Se recogieron y analizaron los instrumentos de validación y se tomaron las decisiones siguientes: Las preguntas donde había un 100 por ciento de coincidencia favorable entre los jueces (los ítems son relevantes y la presentación es clara quedaron incluidas en el instrumento; las preguntas donde había un 100 por ciento de coincidencia desfavorable entre los jueces, quedaron excluidas del instrumento; y los ítems donde sólo había coincidencia parcial entre los jueces se revisaron, reformularon y se validaron nuevamente. (Anexo N° 5).

Finalmente, las entrevistas semi estructuradas se plantearon con las preguntas validadas por los expertos (35,36). Sin embargo, el orden cronológico en el que se abordaron y formulación de las preguntas fueron decisión y valoración de la entrevistadora. De acuerdo al ámbito de un determinado tema, se planteó la conversación según el contexto, efectuando

las preguntas que se estimaron oportunas y convenientes, explicando o solicitando aclaraciones cuando no se entendía algún punto y se requería profundizar.

Grupo de expertos que evalúan la entrevista semi estructurada:

- Dra. Isabel Abarca, Magíster en Salud Pública. Jefa de Subdepto. de Estadística e Información Sanitaria. SSMN.
  - Dr. Jaime Farfán, Magíster en Salud Pública. Subdepto. de Estadística e Información Sanitaria. SSMN.
  - Dr. Mauro Orsini, Magíster en Salud Pública. Jefe Unidad de Calidad, Subdepto. De Redes. SSMN.
- 
- ✓ **Metodología de Cadena de Valor de Michael Porter**, análisis de los flujos luego del levantamiento de procesos, incorporando las actividades y sub-actividades en la cadena de valor primaria y de apoyo. Se obtiene un cruce de datos en los tres niveles de atención involucrados: Dirección de Servicio de Salud, Hospital y CESFAM, para los procesos de compra, distribución, dispensación y prescripción de los medicamentos para la Artritis Reumatoide y Artrosis leve a moderada en pacientes de 55 años y más.
  
  - ✓ **Diagrama de flujos de las entidades:** Diferenciando los flujos operativos y financieros. La herramienta que permitió representar de manera precisa los procesos y los resultados de uno o más procesos dentro del sistema fué “Bizagi Process Modeler” (2.5 año 2013) para diagramar según las dos patologías en estudio y a nivel de Servicio de Salud, los procesos que se llevan a cabo durante la compra, distribución, dispensación y prescripción de los medicamentos.
  
  - ✓ **Aplicación de Encuestas Estructuradas**, basadas en la Auditoría de Procesos, “Modelo de Madurez de Procesos y Empresa” (MMPE) de Michael Hammer, para advertir el grado de desarrollo de los actuales procesos, se aplicó luego de la entrevista a los involucrados, evaluando la Organización y

los Procesos relacionados con los problemas de salud en estudio con enfoque cuali – cuantitativo (35, 36).

- **Lugar a utilizar para aplicar los instrumentos:** Salas de reunión en el Servicio de Salud Metropolitano Norte y en terreno espacio físico o lugar que se estimó pertinente en el MINSAL, Cenabast, las respectivas Corporaciones de Salud, CESFAM seleccionados y Complejo Hospitalario San José.
- **Perfil de Entidades involucradas:**
  - MINSAL, referente del Departamento de Gestión de Información, GES - SIGGES, División de gestión de redes Asistenciales,
  - FONASA, (comercialización),
  - CENABAST (referente técnico),
  - Servicio de Salud, (Referentes de Farmacia, Programas y GES),
  - Hospital, (Jefe de Farmacia y profesionales clínicos),
  - Corporaciones de Salud Comunal (profesional referente y jefe de bodega),
  - Consultorios o Centros de Salud Familiar (Jefe de Farmacia, Técnicos de Nivel Superior y profesionales clínicos).
- **Registro de los datos:** Transcripción textual y/o grabadora (según consentimiento de o los entrevistados).
- **Material a utilizar:** Durante las entrevistas semi - estructuradas y luego en reunión ampliada se utilizó apoyo audiovisual PPT. Se expone en detalle la entrevista, presentación de objetivos y alcances del estudio, aplicando posteriormente la Encuesta de Madurez de Proceso (Modelo de Hammer aplicada a la Organización y a los Procesos relacionados a la AR y OA). La segunda citación de los involucrados correspondió a reunión ampliada, invitando a los entrevistados del Servicio de Salud para presentar un análisis completo y consensuando del grado de madurez de procesos y la organización.

## **5.6. Aspectos éticos:**

- El proyecto no contempla participación de pacientes, tampoco utilización de datos personales o fichas clínicas. El levantamiento de proceso cuenta con la colaboración y apoyo de los profesionales responsables en cada área o departamentos involucrados en el proceso de compra, distribución y dispensación de los medicamentos GES, para las patologías estudiadas.
- Se cuenta con la autorización del Servicio de Salud Metropolitano Norte para recopilar la información requerida.

## VI. RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos:

- Entrevistas semi estructuradas, aplicadas a 30 involucrados en los procesos, de compra entrega y distribución de fármacos,
- Cadenas de valor de las entidades participantes,
- Los respectivos flujos de procesos y
- Encuesta de Auditoría de Procesos de Hammer,

Sobre la entrevista semi estructurada, las aseveraciones entregadas por los involucrados son textuales (se detallan en anexo 7), por tanto, sólo se indicó a qué entidad correspondía y no el nombre o cargo del involucrado, que acomodó su tiempo y disponibilidad para participar en este estudio. Las entidades entrevistadas fueron:



## 6.1. Entrevistas semi estructuradas a involucrados:

- **PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO DESDE FONASA**



### 1. ¿Cómo se constituye el presupuesto en el Servicio de Salud para los fármacos GES?

Esta pregunta sólo es contestada con fundamento y certeza por los involucrados que están a cargo del proceso directamente, el resto ignora cómo se constituye el presupuesto, sólo se presume que es en base al “consumo histórico anual”.

Para la artritis reumatoidea el establecimiento hospitalario realiza y envía directamente a Cenabast su pedido vía web por una intermediación, en el caso de los fármacos para la artrosis la atención primaria desde las Corporaciones de salud considera algunos fármacos en el per cápita y los fármacos que están en las orientaciones programáticas se proyectan desde el Servicio de Salud. “Los Medicamentos que se programan de acuerdo al flujograma para la Artrosis, en la Dirección de Servicio son por compra centralizada”... “son: Celecoxib 200 mg. Cápsulas, Tramadol 100 mg/ml. gotas. Tramadol 100 mg. Comprimidos”. Y de acuerdo a la disponibilidad de la Cenabast se entregan al Servicio de Salud o a los establecimientos de atención primaria. Fonasa transfiere el presupuesto a los Servicios de Salud y a las Corporaciones por el per cápita.

## 2. ¿La actividad programada mensual se ajusta al presupuesto asignado?

Se repite situación de pregunta anterior, los involucrados directamente en el proceso tienen claridad, el resto supone, y los referentes indican que depende siempre de la organización y el trabajo en equipo de las comunas o los establecimientos...*“Depende de la comuna ya que hay municipalidades más organizadas y es una ventaja y se puede trabajar con el equipo de adquisiciones”....“En junio se programa con la Cenabast para el año siguiente y nos han dado durante estos años ese presupuesto solicitado a diferencia de otros Servicios en que se ha recortado desde MINSAL”,* la actividad de programación es anual, sin embargo, mensualmente existe ajustes tanto en APS como en Hospital, para ello llevan planillas en Excel con los fármacos en cuestión.

*“No lo sé... es tema del Servicio, pero te puedo decir que nosotros estimamos el 5% del bajo control para fármacos como el celecoxib, según la guía clínica”....,* No existen protocolos de programación o análisis del tema, cada establecimiento tiene su estilo propio según sus competencias o experticia.

## 3. ¿Cómo es el flujo o proceso de financiamiento en el Servicio de Salud para fármacos GES: transferencias o remesas?

Según plantean los entrevistados, en el Hospital para la artritis reumatoidea se realiza una intermediación y según la prestación ingresada en SIGGES se paga por PPV mensualmente realizando una transferencia desde el Servicio de Salud. Este flujo es entendido e internalizado por los involucrados, pero para el caso de la artrosis no está claro el flujo, la programación es por remesas según la mayoría de las aseveraciones...*“Dentro de la compra habitual están programados los fármacos en el Servicio y van llegando las remesas mensuales, de acuerdo a lo que llega de Cenabast pero depende de las bodegas, porque ese es el problema...Se aclara que “Remesa es igual una transferencia mensual, pero la transferencia está asociada a producción”... sin embargo, la gran mayoría*

de los involucrados duda al respecto... “No sé si será remesa o transferencia...Yo creo que son transferencias más que remesas, porque son programados de un año a otro, porque remesas es más modelo de programas.”  
“mmm,... no lo sé!... cómo es un tema del Servicio de Salud, me interesa que lleguen los fármacos como se compran lo ignoro.”...

**Para este eslabón de la cadena se deben internalizar conceptos, definir flujos y difundir la información para conocimiento general de toda la red, la comprensión es imprecisa, ambigua, limitada y falta interrelación entre las unidades participantes.**

#### • PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS PATOLOGIAS GES



#### 4. ¿Qué criterios se utilizan para programar los fármacos GES?

En general se evidencia que los criterios son individuales, dependiendo del centro de salud o establecimiento, concuerdan en que depende del bajo control de pacientes y porque es Ley, y se evidencia que desde el nivel central los lineamientos no son claros o bien definidos... “Hay temas que han quedado en el aire, por las definiciones de las funciones. En el MINSAL hay una Unidad en Salud Pública que es de Ciclo Vital, pero no existe un Programa del Adulto, las actividades del adulto están en el programa de Salud Cardiovascular y está en la Unidad de Crónicas no transmisibles, pero por otro lado en Redes esta la visión de la APS Modelo de Salud Familiar enfoque Ciclo Vital y está el decreto per cápita que define control de patología crónica....

“Se programan las Orientaciones Programáticas Ministeriales, da la casualidad que las patologías son GES”,... “El mismo de todos, no hay preferencia por ser

GES, por el bajo control, pero hay comunas que son más organizadas y tiene claro su bajo control, otras no”

## 5. ¿Qué entidades, Centros de Responsabilidad o Unidades participan en el proceso de programación?

Los involucrados son capaces de describir las entidades participantes: *“Participan el Servicio de Salud, la bodega del Servicio, en las Corporaciones las Bodegas comunales de farmacia y los botiquines farmacológicos en los respectivos CESFAM”*... Pero la falta de profesionales en la APS es crítica, carecen de un químico farmacéutico por centro de salud el profesional es comunal, por ende, no hay un control riguroso y son los técnicos paramédicos o auxiliares quienes asumen funciones de profesionales... *“Importante aclarar que no hay Químico Farmacéutico en los CESFAM, en comuna solo hay uno, sólo Huechuraba tiene dos y que ayuda bastante para el tema del seguimiento el resto solo tiene uno comunal”*... Los médicos rotan constantemente, con ingreso de profesionales extranjeros que deben capacitarse o recibir una inducción adecuada, situación que no ocurre actualmente.

**En general la programación es asumida por las diversas entidades y se suman al proceso y flujos respectivos, sin embargo, no están los profesionales adecuados en cantidad para mantener un mayor control en los procesos.**

### • MERCADO PÚBLICO COMPRA A PROVEEDOR O A CENABAST



## 6. ¿Cómo funciona el abastecimiento de medicamentos y dispositivos para la red de APS y Hospital?

Referente a esta interrogante, los involucrados tienen bastante claro el proceso: Cenabast es el proveedor directo para fármacos de ambos problemas de salud...”*casi en un 100% la compra es a través del siguiente mecanismo: Licitaciones efectuadas por Cenabast y Proveedores adjudicados despachan a un Operador Logístico contratado*”... Se efectúa el pedido por la web de Cenabast y esta actúa como intermediadora cobrando una comisión del 6%.

Los medicamentos solicitados son todos los correspondientes a la Artritis reumatoidea intermediado por el Complejo Hospitalario San José y algunos de Artrosis como celecoxib y tramadol (gotas y comprimidos) son solicitados desde el Servicio de Salud, el resto de fármacos considerado en la canasta, vienen en el per cápita, y en este caso, la compra puede ser directa a otros proveedores privados, por parte de las Corporaciones de Salud Comunal.

## 7. ¿Qué problemas se detectan en la compra, disponibilidad y distribución de medicamentos por CENABAST?

Las versiones son diversas dependiendo si se consulta a Cenabast o a los establecimientos, sin embargo se reconocen problemas en común afectando a la cadena de valor:

**Compra:** Programación de todos los artículos en la misma fecha, aumentando la carga de trabajo en un mismo período, esto implica descoordinación, recurso humano insuficiente y atrasos en los procesos que involucran la compra.

**Disponibilidad:** si se atrasa el proceso de compra afecta directamente en la disponibilidad, los proveedores reciben las órdenes de compra tardíamente. *“Hay que pensar que todo finalmente es prácticamente importado, ya sea producto terminado o las drogas y excipientes para su fabricación nacional. A su vez los fabricantes extranjeros tienen su cadena de producción de acuerdo a las fechas*

*en que les llegue el pedido de compra; no tienen tampoco stock por si les hacen pedidos”.*

**Distribución:** Falta eficiencia en el flujo del proceso, los proveedores como los operadores logísticos que se utilizan actualmente (nuevo modelo Cenabast) no han demostrado ser más eficientes para mejorar los nodos que se presentan por años en la Cenabast. *“Proveedores no despachan al Operador Logístico con la debida antelación para que este a su vez envíe la carga con el tiempo suficiente para llegar en la fecha comprometido con el Establecimiento o llega menos mercadería de la declarada en la guía”. “No trabajamos con Cenabast solo con privados, se abre el mercado, se cotiza el mejor precio y se compra, se negocian políticas de canje, es más eficiente, pero lo de artrosis lo ve el Servicio”*

**8. ¿Se compran a otros proveedores si CENABAST no cuenta con los medicamentos?**

Debido a los problemas con Cenabast los establecimientos se ven en la obligación de comprar a proveedores privados, sin embargo es ocasional en el caso de los fármacos GES, la situación es frecuente cuando son medicamentos no garantizados por ley...*“Si así es, pero los medicamentos son más caros, pero es más rápida la entrega, cuentan con todos los medicamentos no tienes problemas en general, es más eficiente”... “Los centros no podemos estar sin medicamentos si faltan se realiza una compra a farmacias privadas o droguerías, en el caso de los fármacos GES, nos ha pasado poco, porque está bien controlado.”*

*“Hay comunas que han optado por no comprar a la Cenabast por el tema de cumplimiento y prefieren comprar directamente a un proveedor privado,...”*

## 9. ¿Existe deuda a proveedores?

Los problemas logísticos detectados en la Cenabast provocan que los establecimientos tengan deudas con proveedores privados, obviamente los medicamentos son más caros... *“Si, hay deudas y altísimas,... y solo en fármacos e insumos la deuda es de 800 millones de pesos”. Pero para la artrosis como la licitación viene del Servicio, no tenemos mayores problemas”...* Los fármacos para las patologías en estudio son trazadores, es decir, se fiscaliza la disponibilidad en las droguerías o farmacias, sin embargo, cuando falla el sistema se ven obligados a realizar compras directas a proveedores privados.

## 10. ¿Se negocian los plazos y despacho de medicamentos al Servicio de Salud o establecimientos?

La Cenabast es conveniente para los establecimientos, pues la compra es por gran volumen a menor precio, sin embargo, al distribuir a las Instituciones se genera el problema: *“es imposible negociar plazos y despacho,... los tiempos de ellos no son los nuestros, en general se demoran bastante pero como se sabe que funciona así, tenemos que comprar a privados si están con poco stock o retrasados”.*

**Problemas frecuentes con Cenabast, el flujo del proceso actual no permite solucionar la necesidad individual de los establecimientos, ocurre para ambas patologías que la cadena falla y se termina comprando a privados en forma directa a mayor precio, ocasionando desequilibrio financiero en los Centros de Salud y Hospital.**

- **DISTRIBUCIÓN A FARMACIAS DE CADA INSTITUCIÓN**



**11. ¿Qué criterios se utilizan para la distribución de los fármacos GES a los establecimientos o Centros de Salud?**

Se conocen los flujos de la distribución y los criterios para distribuir es siempre el bajo control que indica cada establecimiento... *“Consumos históricos nada más, y faltan muchas veces si sube en un año el número de pacientes”*... *“El medicamento llega al establecimiento y se debe enviar la guía de despacho o factura para que el Servicio de Salud pague,... esta parte a costado mucho, porque las comunas no responden y si no hay señal de recepción no se paga o se demora el pago”*. Los sistemas de registro de las distribuciones de fármacos es planillas Excel, sistemas locales implementados en cada establecimiento y en algunos Rayen.

... *“hay un container de paso, llegan los medicamentos y se distribuyen en el mismo día y la persona de almacenamiento me pide a mí las distribuciones, ellos emiten las guías de salida, la ingresan al Rayen, y se distribuye a los Centros, ellos vienen a retirar... y cuando hay vehículo distribuimos nosotros. La mercadería la retiramos desde el Servicio y se deja en este container”*.

**12. ¿Es oportuna la distribución a la red?**

Hay acuerdo en que la distribución no es oportuna y afecta los tiempos en toda la cadena: *“No está siendo Oportuna, se demoran mucho en la entrega de los medicamentos,... Las demoras es más de 30 días muchas veces”*... *“Yo presiono y presiono!, pero al Depto. De Adquisición y Finanzas,... al Servicio se avisa en el caso de la Artrosis y se hace presión pero se entiende que suceda, pero*

*grandes quiebres de bodega no hemos tenido”... “Depende, es oportuna la distribución desde el Servicio de Salud a las Corporaciones y de ellos a nosotros pero no sé honestamente qué pasa con la Cenabast, creo que eso no funciona muy bien y no es oportuna”.*

**13. Si no llega algún medicamento ¿a quién se informa o cuál es el procedimiento a seguir?**

El flujo no tiene mayores problemas y está identificado con quién o a qué departamento se deben contactar oportunamente.

*“Se avisa al Servicio de Salud a la referente,... por correo basta, pero en general es raro que suceda son casos puntuales”... “Se avisa a Servicio de Salud cuando no llegan los medicamentos, dan aviso de su pedido por correo electrónico y desde Servicio de Salud se informa a bodega que no llegó”.*

**Los flujos en la distribución y criterios están claros en la red, sin embargo, la demora desde la Cenabast afecta a toda la cadena de distribución, por demorar plazos establecidos, es por ello, que el Servicio de Salud se coordina en línea directa con los establecimientos previendo los problemas en la distribución o falta de medicamentos. Por su parte, el Hospital hace lo mismo e informa con anterioridad, sin embargo, como es un establecimiento con una gran farmacia central y cinco farmacias al interior, impacta la falta de algún fármaco ocasionando mayores desajustes, por tanto, existen las compras de urgencia.**

• **ALMACENAMIENTO:**



**14. ¿En los establecimientos están las condiciones adecuadas para el almacenamiento de los fármacos?**

Los involucrados concuerdan en que han mejorado notablemente las condiciones de las farmacias o botiquines, por autorización sanitaria y regularización de las brechas de Norma Técnica Básica, pero aún existen problemas por espacio físico e infraestructura, lo que es más complejo de solucionar.

*“En las corporaciones de salud sí, en general son bastante preocupados por un tema de Autorización Sanitaria”... “Yo creo que falta porque tiene que ver con la infraestructura, requiere un tiempo para presentar proyectos y que te envíen las platas, no es fácil tener todo para que funcione como se quiere, siempre hay que demostrar, demostrar”*

**15. ¿Cómo se organizan los medicamentos en la Farmacia: por Programas, Crónicos, Patologías GES, otros?**

No existe un acuerdo de cómo se deben organizar los medicamentos en las farmacias, cada centro y en el hospital tiene su propio sistema adaptado a sus necesidades: *“Generalmente no hay una organización. La mayoría de las veces es por patologías o por orden alfabético pero no hay procesos operativos, tendremos que hacerlo para la acreditación de prestadores.”*

**16. ¿Con qué documentos o en qué sistema se registra la recepción de los medicamentos?**

Dependiendo de los establecimientos y sus sistemas informáticos adaptados, será la forma de registro, todos concuerdan en las guías de despacho respectivas para llevar un control, pero es variada la forma de registrar y llevar un seguimiento: *“Con guía de despacho de medicamentos, desde las bodegas, ellos llevan el control y también en un sistema local informático conocido como Anita”.*

*“El Registro es de bodega, los fármacos que llegan a la bodega del Servicio de Salud son de los programas de IRA, ERA y Artrosis, se registran en bodega en el Sistema ANITA (es un sistema SAG),... las QF del CHSJ pueden sacar reportes e interactuar con el sistema, la jefe de farmacia tengo entendido que pueden ingresar datos”.*

*“Se registra en Rayen y además se guarda un registro físico,... Rayen te los descuenta en línea los medicamentos, pero tiene falencias y oscilaciones no tiene una robustez como programa, por lo mismo, se hacen inventarios mensuales por políticas internas.*

**En este eslabón de la cadena existen todavía falencias organizacionales, no existen acuerdos de red, los establecimientos han tenido avances por el trabajo realizado desde el Servicio de Salud en Autorización Sanitaria y Acreditación de prestadores, sin embargo aún falta documentación de los procesos... En la APS: *“Importante destacar que no existe autorización sanitaria expresa en los establecimientos para botiquín, pues “no son farmacias” al no contar con un químico farmacéutico en el establecimiento, se debe formalizar el funcionamiento de los botiquines,... Los establecimientos anterior al año 2006, no requieren Autorización Sanitaria, y son autorizados por el Servicio de Salud, sin embargo en la mayoría de nuestros establecimientos corresponde establecer un sistema de Droguería.”***

- **STOCK EN ABASTECIMIENTO O BODEGA:**



**17. ¿Cómo se realiza el inventario físico de los medicamentos y su periodicidad?**

El inventario físico está instaurado en APS y Hospital, no existen mayores dificultades y es conocido por los involucrados: *“Existe un Sistema de dispensación con “bodega activa” que es lo que te entrega bodega para la semana o 15 días, depende del volumen de medicamentos o la cantidad de recetas que despachen en la farmacia y tiene un sistema de dispensación con Kardex.”*

**18. ¿Quiénes tienen acceso a datos de bodega y se encarga del stock crítico?**

El acceso a estos datos se limita a los sistemas manuales con que se trabaja pues no hay nada informatizado al respecto en toda la red, la definición de stock crítico no es muy manejada, existen diversas definiciones: *“Estos datos están a disposición del referente de farmacia, para la programación, el bodeguero que me informa y el stock crítico lo vemos según los datos del bajo control”...*

**19. ¿A quiénes se informa en caso de desabastecimiento y cuál es el flujo?**

En general se conoce el flujo y funciona eficazmente tanto en APS como en el Hospital para el desabastecimiento, concuerdan con que el desabastecimiento es poco habitual: *“Se informa al Servicio de Salud, vía correo electrónico. Pero en los fármacos GES es raro es más bien el fármacos de otros programas”...“Yo llamo a la Cenabast, aviso a jefaturas, y Finanzas por si se requerirá una compra urgente”...“En el caso de los fármacos GES es muy extraño un desabastecimiento, si sucediera se avisa al Químico que es el encargado, él llama a la referente del Servicio o por correo electrónico y es ella quién evalúa el tema con la Cenabast, se avisa a los Centros de salud y bueno,... esperamos nos den indicaciones y se compra a proveedores si se requiere”.*

En síntesis, el seguimiento del stock en abastecimiento y bodega sería mucho más eficiente con un sistema informatizado que consolidara y entregara la información requerida actualizada y oportuna.

## VALORACIÓN DEL PACIENTE Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA:



### 20. ¿Cómo es el flujo desde la valoración médica, prescripción y entrega de medicamentos en farmacia?

Esta pregunta presenta flujos establecidos, los que son conocidos por los involucrados, pero no hay documentación de ellos, se requiere armar un manual con todas las actividades y los flujos para formalizar los procesos, así como disminuir tiempos de espera para entrega de los fármacos: *“Desde que se prescribe el medicamento, el paciente se dirige con su receta al botiquín o dispensador de medicamentos... Los fármacos llegan desde bodega comunal de los Departamentos de Salud generalmente o llega desde el Servicio de Salud”,...* *“El médico lo prescribe lo envía por Rayen el paciente llega al botiquín del Centro de Salud y es dispensado mensualmente por el TENS, queda registrado en un carnet de control que lleva el mismo paciente”...* *“Es un proceso que todavía le falta tiene errores.... hay dos farmacias en el CDT y las dos operan distinto y le dicen si está el medicamento o hay limitación en el arsenal, si está todo en regla, revisan receta y al paciente se le da un número y espera,... hay un servicio externo que digita y si hay que preparar el medicamento o hay que explicar las indicaciones, luego se hecha en bolsitas y luego se llama al paciente para entregar sus fármacos, se demora como media hora por paciente,... a veces tenemos largas filas, pero se ha intentado acortar los tiempos”.*

**21. ¿Se conocen las cantidades de pacientes atendidos por AR y OA en los establecimientos?**

Es muy vaga la respuesta de los involucrados ya que en general indican que las cifras las maneja la Unidad GES o según bajo control REM, pero no se responsabilizan por las cifras o tratan de indagar al respecto:

*“Por el bajo control, yo en lo personal no lo he visto en SIGGES cuantos casos activos hay sería interesante saber si concuerdan, si tienes el bajo control, pero por lo menos acá no se ha hecho, en estricto rigor se calculan todos los pacientes de artrosis por tanto irían los GES y no GES”... “Cuando era insostenible y la cantidad de pacientes a los que se les tenía que entregar fármacos era demasiado, le preguntamos a los médicos, pero Reumatología no tiene claro cuántos pacientes atienden con artritis reumatoidea y de artrosis tampoco!...”*

**22. ¿Cómo es la forma de registro: REM, pacientes GES, otro?**

Existe consenso entre los entrevistados, pero falta mayor compromiso con el registro siempre es responsabilidad de otros... *“En el caso de la artritis es contrastado mensualmente con las PPV lo programado versus lo ejecutado, y de ello dependerá el pago desde MINSAL al Servicio de Salud”... “Para la artrosis el registro es en el P03, en el SIGGES los casos que corresponden a GES como activos, desconozco si hay otra forma”... “La forma de registro es REM, los GES en el SIGGES y tarjeteros en los CESFAM la mayoría todavía las mantiene, pero desconozco los registros... Se supone que el SIDRA iba a solucionar estos problemas, pero aún no tenemos el Sistema instalado como debiera”.*

**23. ¿Qué medicamentos prescriben los médicos, conocen el arsenal farmacológico GES o canasta?**

La mayoría de los médicos no tiene un conocimiento acabado del tema, se argumenta que es por la constante rotación médica, sin embargo, al entrevistarlos no se visualiza un mayor compromiso o interés por interiorizar conceptos a pesar que ambas patologías ingresan al GES en el 2007: *“Por el tema de la rotación médica hay un deficiente conocimiento del arsenal farmacológico, y menos conocer los fármacos GES específicamente”...“Una de las debilidades de los Centros es que los médicos rotan demasiado, hay muchos médicos extranjeros o de diversas escuelas y desconocen los fármacos que están en las canastas GES, tampoco se evidencia una actitud proactiva de conocer las Guías, canastas o arsenal propiamente”.*

**24. ¿Se cumple con información al paciente GES por profesional médico: consentimiento, IPD, otro?**

Falta mayor compromiso y responsabilidad del equipo médico en los procesos del GES, se repite en todas las actividades mencionadas: *“Se ha informado mucho a los médicos, pero es tanta la rotación que es un cuento de nunca acabar tampoco se interesan en estudiar o leer las guías clínicas, es desalentador”... “Nosotros hemos solicitado que se cumpla con el IPD, el consentimiento informado y el ingresos al SIGGES, pero es un cuento de nunca acabar”.*

**Se redunda en la necesidad de trabajar y rediseñar los flujos que son actualmente confusos para los pacientes y burocratizan el sistema, el documentar lo revisado y sin duda, incentivar a los médicos a participar de los procesos, es la invitación. La percepción es que permanecen siempre al margen en los establecimientos, falta la instrucción de directivos que se responsabilicen por incluir la gestión de procesos en la Institución incitando a la colaboración.**

## DISPENSACIÓN DE FARMACIA:



### 25. ¿Con qué documentos o sistema se registra la dispensación de los medicamentos?

Nuevamente, impacta el no contar con sistemas informáticos adecuados que permitan mantener registros eficientes: entradas y salidas de medicamentos actualizados, sin perder el control de los stock: *“En Rayen se registra y se puede filtrar y se pueden solucionar casos puntuales y llevar un seguimiento, pero 100% confiable no es”... “En la receta médica y un registro implementado manual hace muchos años donde está todo el arsenal farmacológico y donde están todos los días del mes para registrar el Arsenal al día,... “Se registra en Rayen y no tenemos bincard,...”*

### 26. ¿Qué mecanismos se utilizan para el control y seguimiento de los medicamentos?

Los sistemas de control son manuales, planillas excel o por sistemas locales instalados recientemente, junto con inventarios a fin de mes en algunos centros: *“La planilla de medicamentos es igual para todos los CESFAM, es de control, no sé si cada colega tiene su propio sistema de control,...“lo más probable es que se utilice un inventario selectivo cada cierto tiempo para ver si está el stock que debiera ser mensualmente evaluar si cuadra con la bodega”,... “Los inventarios que se solicitan, a fin de mes con el cierre”.*

**La dispensación, control y seguimiento de los medicamentos es más bien precaria en toda la red, falta un sistema único informático que permita mantener un control exhaustivo y riguroso.**

- **CONTROLES Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE:**



**27. ¿Cómo se controla la periodicidad en la entrega de los medicamentos a estos pacientes crónicos?**

No existe un control de periodicidad instaurado en la red, solo un carnet del paciente que registra su “próximo control”, sin embargo, si el paciente no se presenta o abandona tratamiento, no se sabe... no hay sistemas de alerta de pacientes crónicos, tampoco se llaman a los pacientes, se cumple su garantía GES con la atención médica pero no hay un sistema para saber si efectivamente se le entregó el tratamiento farmacológico indicado: ...*“Rayen indica el despacho y en su carnet de registro, donde se indica lo que se despachó,... y sale las fechas de sus controles”... “Se debiera entregar para un mes y dejar registrado en la fecha que debe volver a buscar ese medicamento, pero eso no lo sé”.*

**28. ¿Se registra el seguimiento del paciente y existe un mecanismo para alertar inasistencias?**

En la guía Clínica de tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, referente al seguimiento y rehabilitación sólo se señala que en el Centro de Salud de APS se agregarán al tarjetero de población bajo control de adultos mayores, y cada paciente tendrá “a lo menos dos controles médicos y dos controles de enfermera al año”.

*“Me da la impresión que solo los CESFAM que tienen informatizado pueden saber de las inasistencias o seguimiento, el sistema de alerta lo debe dar el sistema informático local, yo no lo tengo claro,”... “No hay mayor control todavía,*

*se puede filtrar por recetas en este sistema local, pero no tenemos como hacer seguimiento de los pacientes, no tenemos como ver la perdida de pacientes...”*

*“El sistema Rayen no te entrega una alerta para saber si los pacientes han abandonado sus controles, de hecho ese tema tenemos que trabajarlo, ni las inasistencias ni los abandonos de tratamiento”,...*

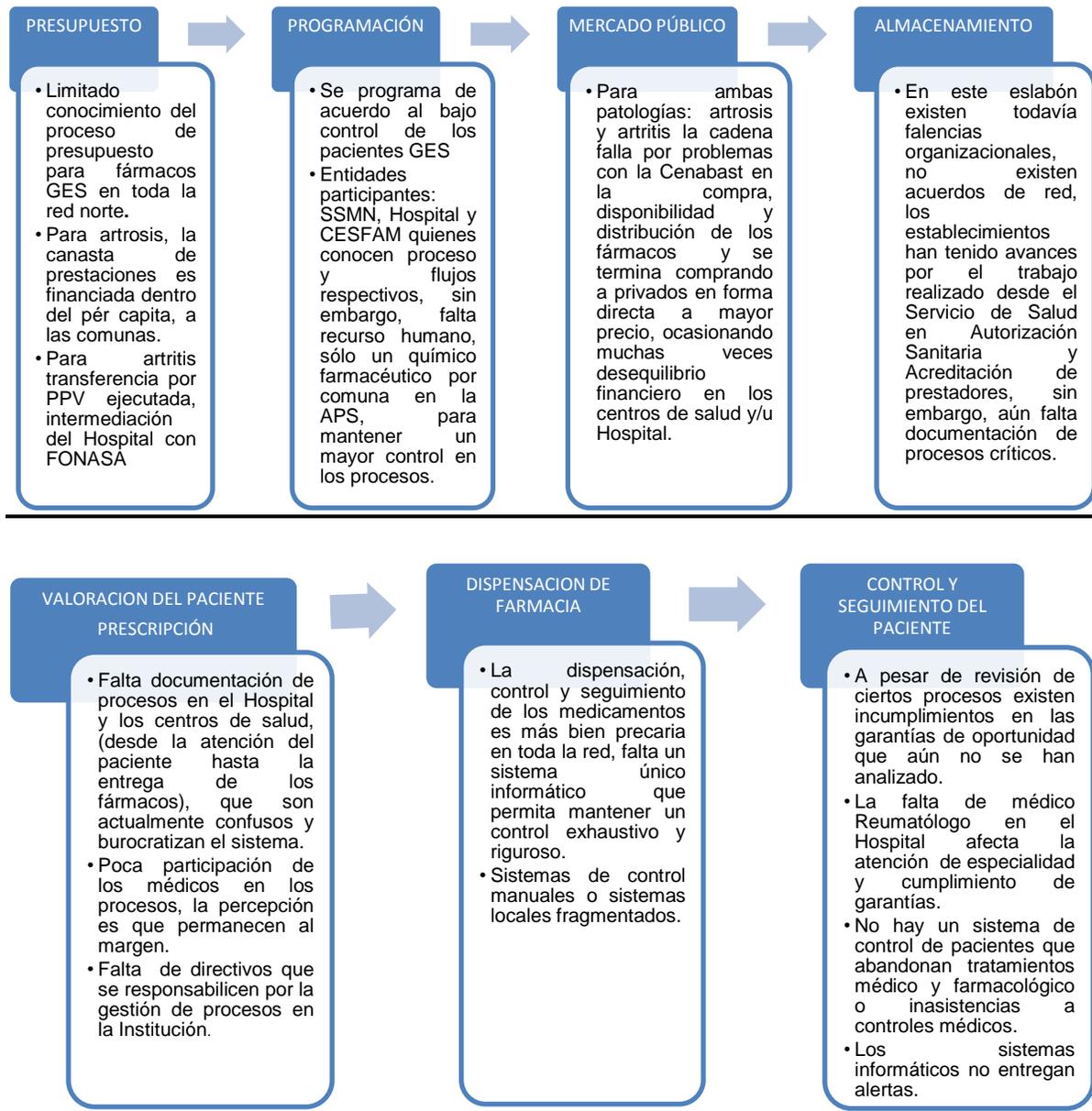
En el caso de la artritis reumatoidea: *“Cómo médico y según la realidad del Hospital puedo decir que los especialistas siempre serán escasos y no se cuenta con el recurso adecuado de especialistas para la demanda existente, actualmente no hay Reumatólogo en el CHSJ, lo que dificulta toda coordinación... Se está trabajando con médicos becados de Medicina Interna que suplen las horas de especialista, pero no se da abasto, imposible el seguimiento.*

**No basta con prescribir un medicamento, se requiere llevar un sistema organizado de: los pacientes crónicos, dosis y frecuencia de fármacos indicados, sus controles con especialistas, evaluaciones, etc. Según lo observado, a pesar de la revisión de algunos procesos clínicos para cumplir con las exigencias establecidas por las GES, existen incumplimientos en las garantías de oportunidad que aún no se han analizado desde que se inició la Ley e incorporación de estas patologías, pues no siempre está la disponibilidad de los recursos solicitados y esta situación podría ser multifactorial, es por tanto, imprescindible integrar nuevas instancias de análisis y rediseño de los procesos en la organización.**

## 6.2. Metodología de Cadena de Valor de Michael Porter:



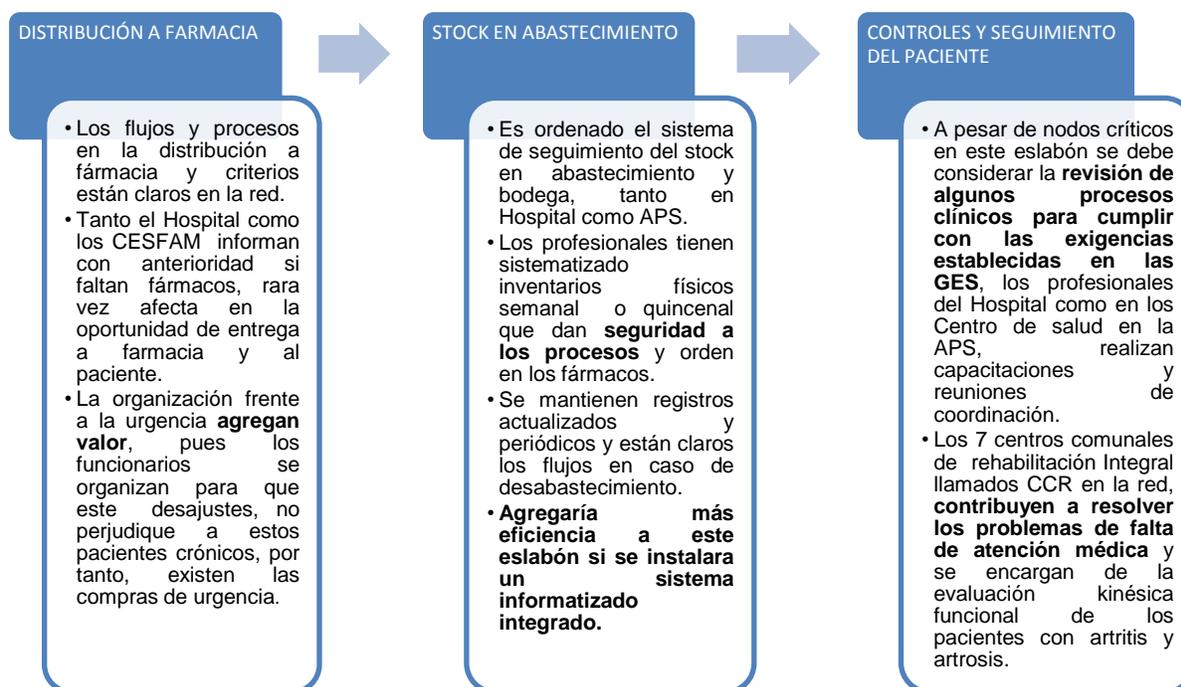
➤ En efecto, luego de analizar **las actividades primarias**, según indican los entrevistados, los elementos críticos en la cadena de valor identificados son:



Por tanto, según muestra la cadena de valor, 7 de los 9 eslabones (77%), presenta nodos o elementos críticos a trabajar en la organización, existen actividades de mayor relevancia y que impactan en varios eslabones mientras que existen otras, que sólo con una simple reestructuración de flujos se puede facilitar el proceso.

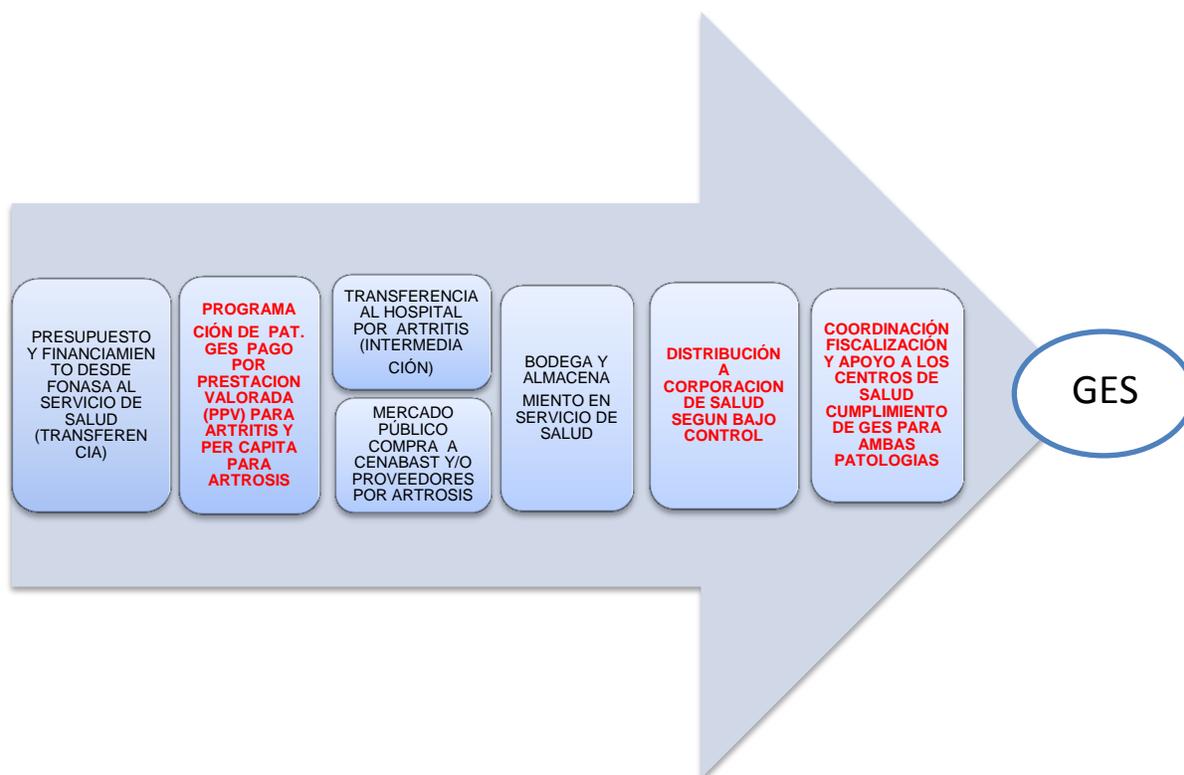
Cabe señalar, que existen además dentro de estos eslabones actividades y sub-actividades que facilitan y fortalecen procesos y que son un aporte o valor agregado de los Centros de Salud, tratando de suplir al instante a otras actividades que fallan, evitando que se generen mayores trastornos en los eslabones, y con ello se facilita el cumplimiento de la garantía de oportunidad de las GES en estudio.

- Las actividades específicas que agregan el valor al Servicio de Salud y que se identifican en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital, como en la Atención Primaria son:



➤ **Con respecto a las actividades de apoyo**, en los establecimientos existen problemas de infraestructura (espacios reducidos, sin ventilación adecuada, cumpliendo al límite con la normalización), a pesar de trabajos realizados por brechas de Normas Técnica Básica durante el 2011 y 2012, (Autorización Sanitaria) esto continua siendo un nodo a resolver en toda la red norte, así como la administración del recurso humano, tema que preocupa a los involucrados pues la falta de profesionales y un desarrollo tecnológico deficiente y fragmentado con sistemas que no interactúan entre sí,

1. Cadena de valor en el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, de actividades primarias, según procesos para obtención de medicamentos para Artritis Reumatoidea y Artrosis de cadera y/o rodilla leve a moderada:

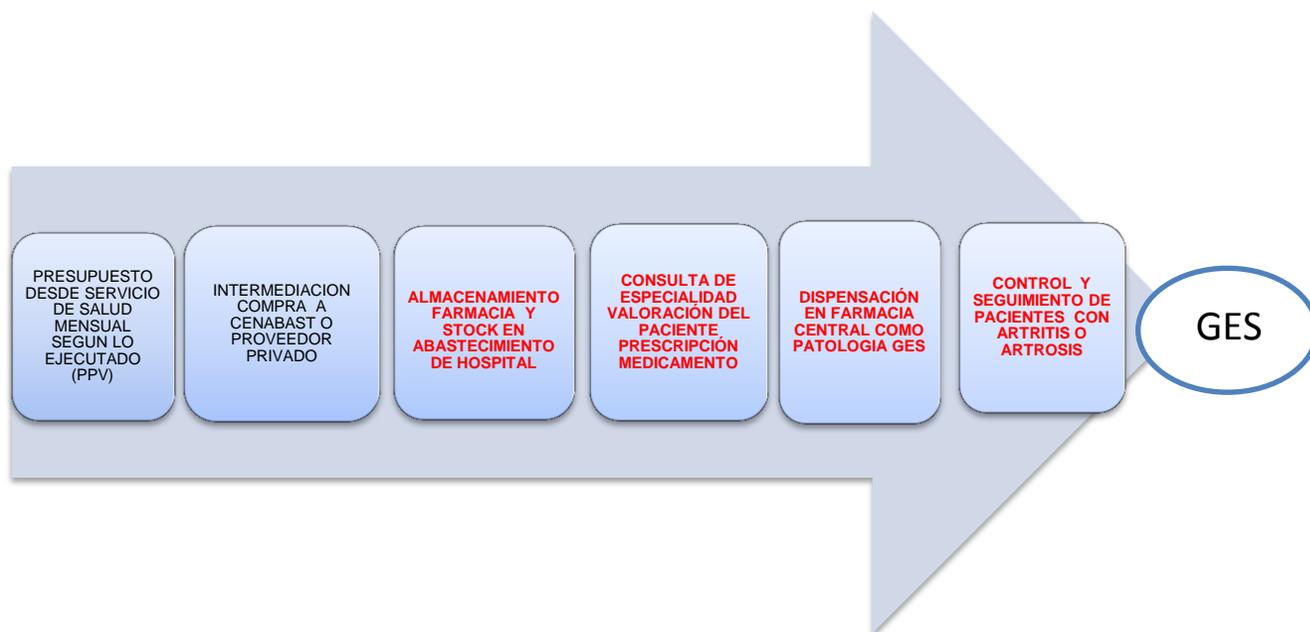


Específicamente en el Servicio de Salud, se identifica una “falta de trabajo en equipo” entre los integrantes de la Unidad GES y los referentes de los Programas, esto provoca descoordinación y falta de solidez como entes fiscalizadores y coordinadores de procesos, afectando a los eslabones de Programación de

Patologías GES y en la distribución de los fármacos a las Corporaciones de Salud. Cabe señalar que orientaciones vienen desde el Ministerio de Salud, que a su vez entregan los lineamientos para pacientes crónicos, en las llamadas Orientaciones Programáticas y recíprocamente están las guías clínicas para pacientes GES, por tanto, la división entre paciente GES y no GES crea confusión, desorganización y flujos que siguen en paralelo, fraccionando a los equipos de trabajo.

La fortaleza del Servicio de Salud o valor es la relación y validación que tienen los referentes de los Programas en las Corporaciones y en el Hospital.

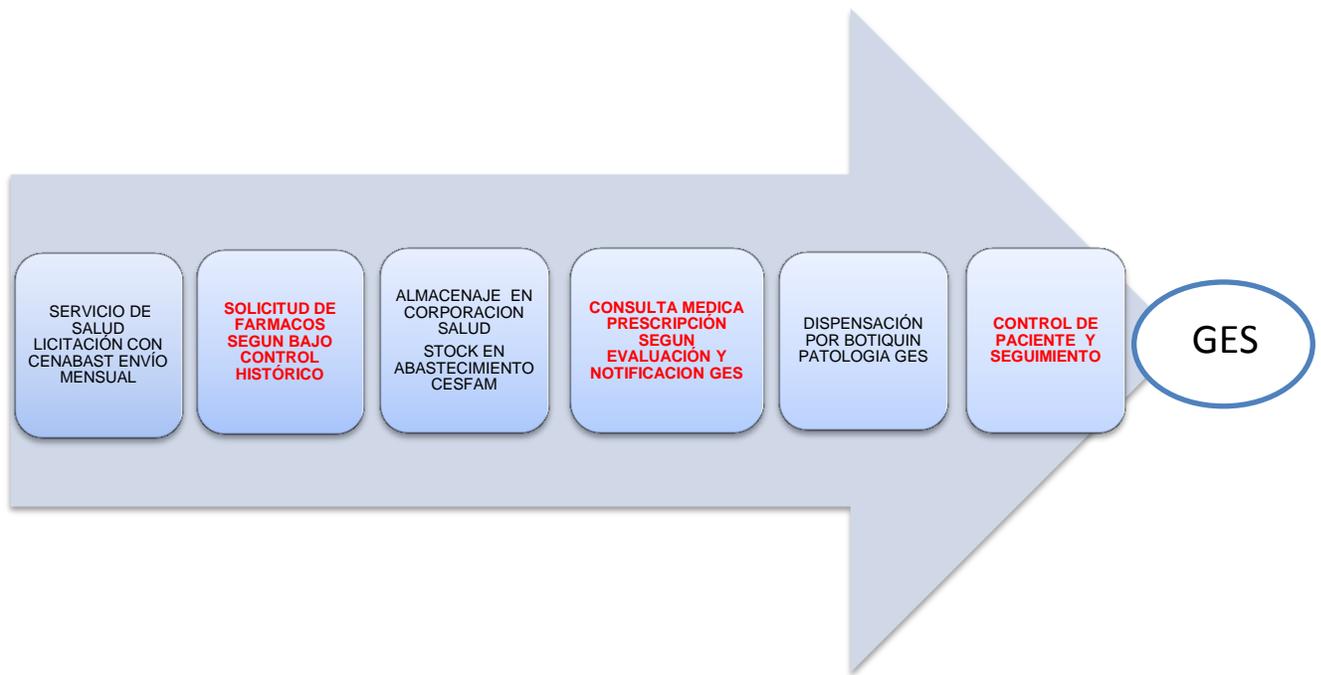
2. Cadena de valor en el **CDT del Complejo Hospitalario San José**, de actividades primarias, según procesos para obtención de medicamentos para Artritis Reumatoidea:



Con el presupuesto y la intermediación con Cenabast, el Hospital advierte poseer conocimiento y transa según su bajo control, cuidando no llegar al desabastecimiento, existen situaciones puntuales en que se requiere comprar a privados de urgencia, sin embargo, el stock crítico tiene diversas definiciones dentro de los involucrados, así como la canasta de fármacos GES a los pacientes con artritis reumatoidea. Referente a prescripción, control, dispensación y seguimiento

de los pacientes son eslabones críticos según lo mencionado anteriormente y se debe trabajar en ellos, un sistema informático adecuado facilitaría los procesos.

3. Cadena de valor en el **Centros de Salud Familiar (CESFAM)**, de actividades primarias, según procesos para obtención de medicamentos para Artrosis:

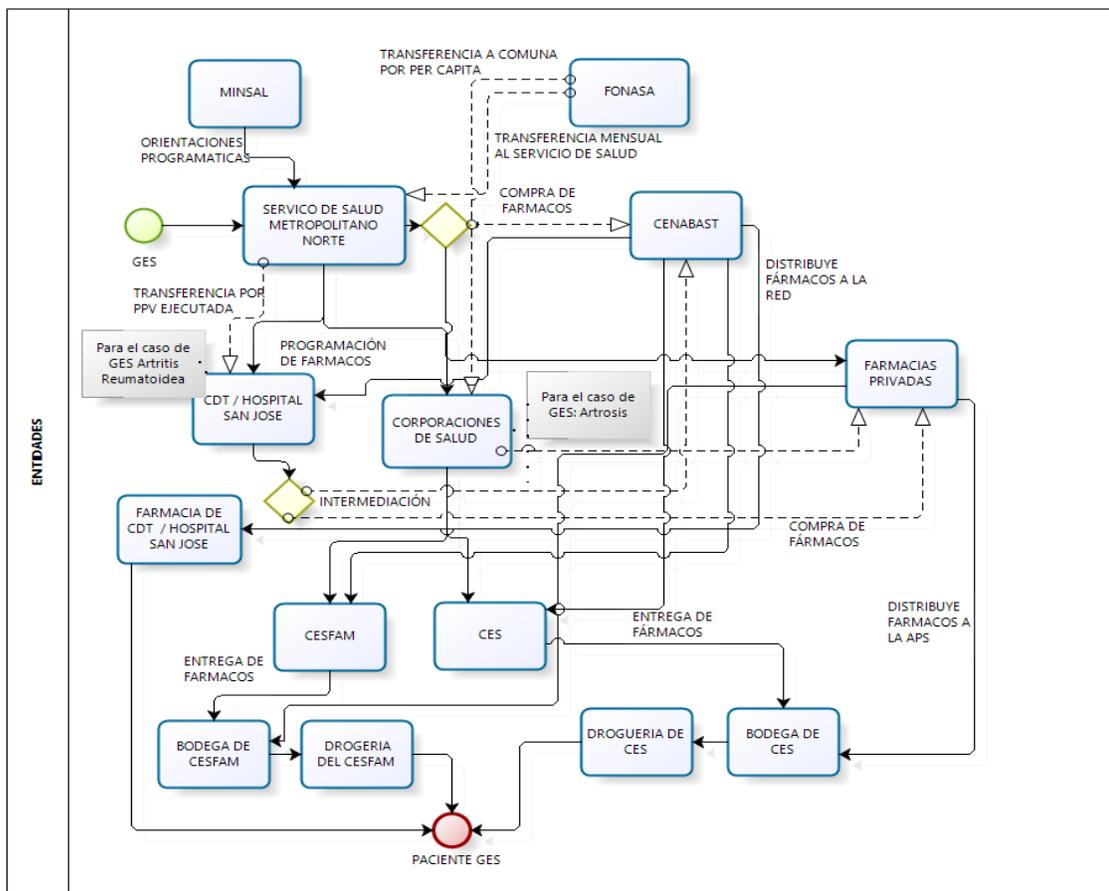


En el caso de la artrosis, los “pacientes activos en SIGGES”, están insertos en la población de “pacientes crónicos bajo control”, se trabaja en paralelo y no con la población completa de pacientes con artrosis, ya que el GES identifica a un grupo de pacientes no a todos (de 55 años y más).

El Servicio de Salud envía el pedido de fármacos mensualmente no existen mayores nodos en este eslabón, si se identifica durante el proceso analizado, que el Arsenal Farmacológico no está actualizado y se cuenta con medicamentos que ya no se prescriben y no aparecen otros, se debe convocar al comité de Farmacia desde Subdirección médica del Servicio de Salud para trabajar en ello. Al igual que en la cadena de valor del CDT/ CHSJ la prescripción, control y seguimiento son eslabones críticos según lo mencionado anteriormente.

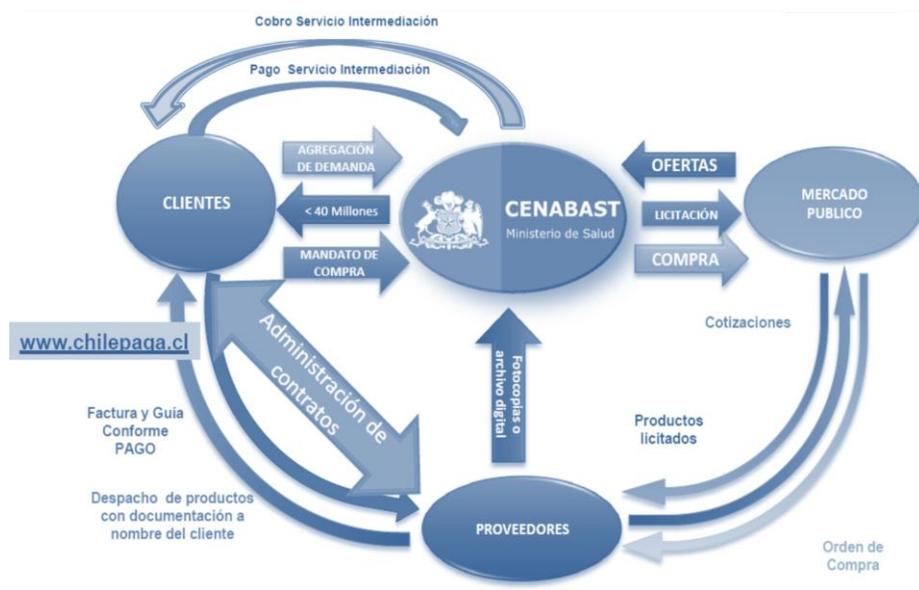
### 6.3. Diagramas de Flujos de Procesos:

Según señalan los entrevistados, existen en los procesos detectados dos líneas que fluyen paralelas en lo financiero y lo operativo, en el Servicio de Salud y los establecimientos seleccionados de la red de salud. Las entidades participantes en el proceso de compra, distribución y dispensación de medicamentos para las patologías: Artritis Reumatoidea y Artrosis de Cadera y Rodilla en mayores de 55 años son: MINSAL, FONASA, CENABAST, Laboratorios o Droguerías privadas, Servicio de Salud, Hospital, Departamentos de Salud o Corporaciones Municipales y los Centros de Salud Familiar.



Entidad	Flujo Financiero	Flujo Físico

## Flujo de la Cenabast enviado a los Servicios de Salud:



Fuente Cenabast. Junio. 2013

Según las orientaciones técnicas ministeriales, en la Política Nacional de Medicamentos (Res. Ex. MINSAL N° 512/2004) se establece el concepto de “Uso Racional de Medicamentos”. La evaluación de los fármacos se realiza en base a criterios de eficacia, seguridad y costo, teniendo en cuenta dos aspectos claves: La relación beneficio-riesgo y la relación de costo-efectividad.

El MINSAL establece Compromisos de Gestión con el Servicio de Salud y los establecimientos validando la compra centralizada, que implica el concepto de eficiencia en el gasto relacionado con la agregación de demanda y utilización de los beneficios de las economías de escala, por lo tanto, cualquier mecanismo que agrega demanda de uno o más de un establecimiento para obtener beneficios expresados en la disminución de los precios de los productos, se materializa en un convenio de suministro con el proveedor.

Compromiso de Gestión: Porcentaje del gasto de Farmacia planificado a través de CENABAST o compra centralizada	
<b>Forma de cálculo</b>	Monto de las compras de fármacos e insumos realizadas a través de CENABAST o compra centralizada en un tiempo t / Monto Total de las compras de Fármacos e Insumos planificadas en un tiempo t por 100

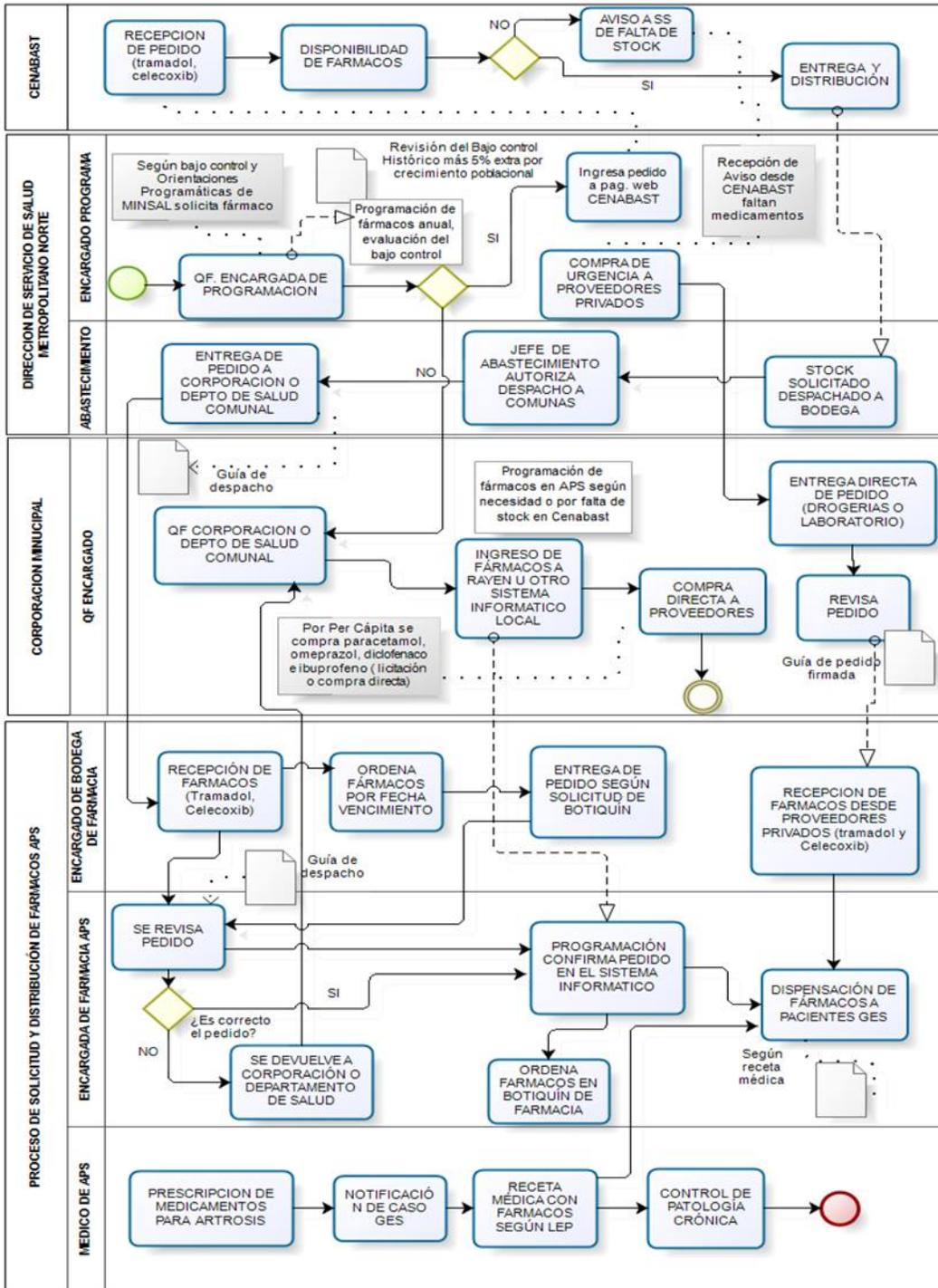
Uno de las primeras acciones para controlar o reducir los gastos es clarificar los productos y las cantidades requeridas de acuerdo a producción, protocolos, actividades, stock y consumos. Fundamental en ello es la conformación y funcionamiento periódico de los Comités de Farmacia y Terapéutica de los establecimientos de Salud (NT N° 113), también se deben abordar todas las áreas y los lineamientos enviados desde el Ministerio de Salud. Sin embargo, los problemas mencionados por los establecimientos con la Cenabast no se analizan y la optimización del gasto no es tal, pues los establecimientos deben acudir a la compra directa a proveedores privados.

El MINSAL plantea bajo su perspectiva las siguientes acciones para la optimización del gasto:

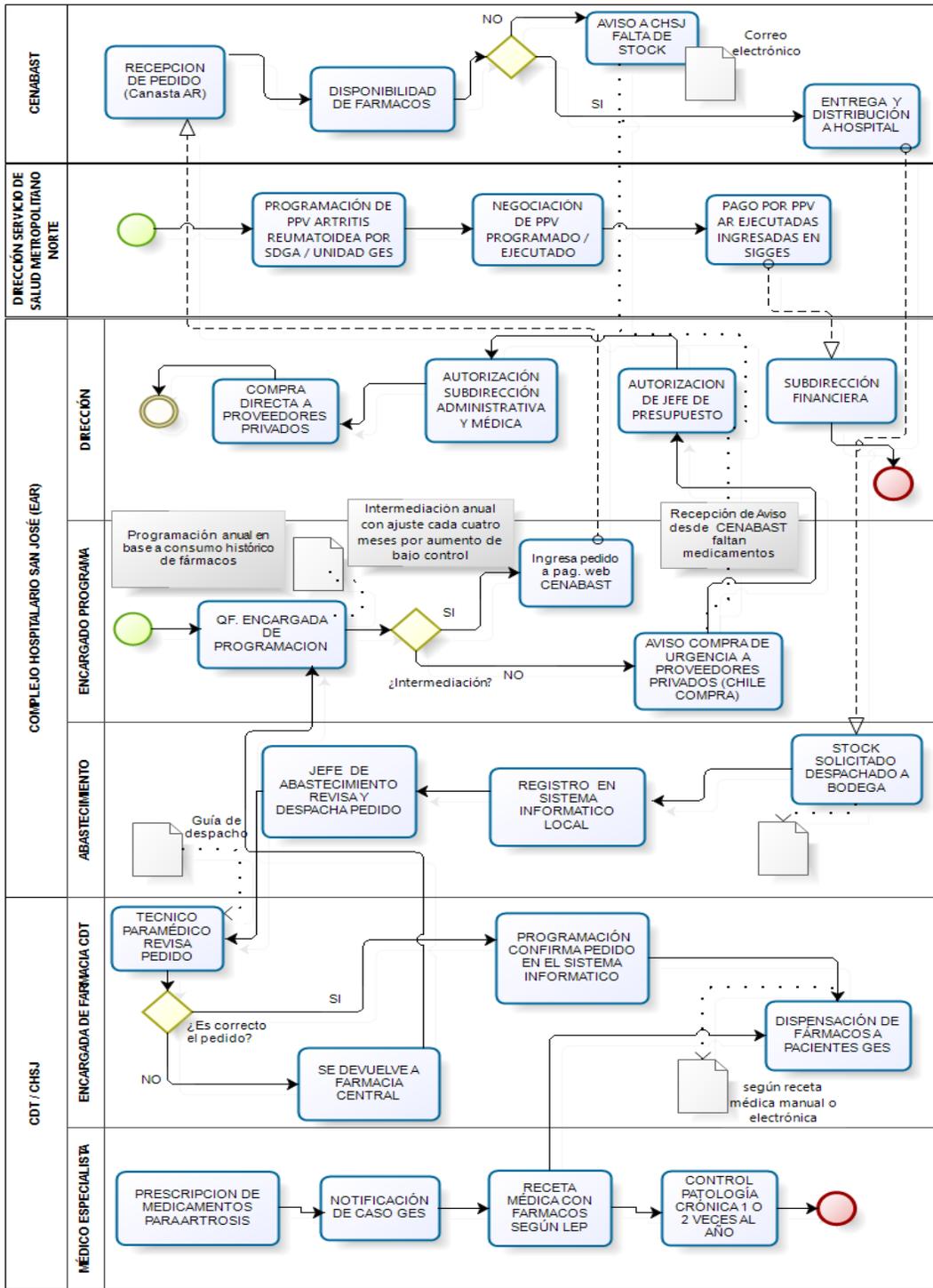
- Funcionamiento periódico de los Comités de Farmacia
- Revisión de los arsenales terapéuticos con una mirada integradora de la red asistencial (niveles de complejidad) y de continuidad de la atención para el usuario (referencia/contra referencia).
- Definir procedimientos para los fármacos GES
- Definir Protocolos de Tratamiento sancionados en comité de farmacia para medicamentos de alto costo
- Generar procesos que permitan distribuciones dentro de la red
- Definir programa de compra revisando bases de licitación, procesos de evaluación de antecedentes y adjudicaciones.
- Definición de Stock Crítico
- Control de compras portal Chile Compra
- Control de Compras Directas

- Control de compras casos excepción
- Aumentar paulatinamente la compra a través de la Cenabast o Compra Centralizada.
- Revisión permanente de las programaciones de compra
- Evaluar implementación Farmacia 24 horas
- Evaluar ampliación de camas con dosis diaria
- Evaluación de los medicamentos entregados al alta
- Revisión Botiquines existentes: responsables, stock, rotaciones
- Evaluación de la información de garantías de tratamiento retrasadas
- Revisión tratamientos entregados en APS y que se compran aún en hospitales
- Auditoria de prescripciones
- Revisión compras PRAIS
- Visitas a terreno para cuantificar medicamentos en domicilio

1. Flujo de proceso para problema de salud GES: Artrosis de cadera y/o rodilla leve a moderada en pacientes de 55 años y más.



## 2. Flujo de procesos para el problema de salud GES: Artritis reumatoidea.



## 6.4. Encuestas Estructuradas, Auditoría de Procesos “Modelo de Madurez de Procesos y Empresa” (MMPE), Hammer :

Modelo de Madurez de Procesos - Madurez de la Organización: Servicio de Salud Metropolitano Norte							
Clasificación para evaluación de los procesos:			(Cierta en gran medida) 3	(Cierta en algún grado) 2	(En gran medida no cierta) 1		
Capacidades	Clasificación	NIVELES					
		E1	E2	E3	E4		
Liderazgo	Conciencia	La dirección del Servicio de Salud (SS) reconoce la necesidad de mejorar el desempeño operativo pero tiene sólo una comprensión limitada del poder de los procesos a nivel estratégico	2	Al menos un directivo entiende profundamente el concepto de proceso a nivel estratégico, cómo puede utilizarlo el SS para mejorar el desempeño y qué implica implementarlo	1	La dirección ve al SS en términos de procesos y ha desarrollado una visión del SS y de sus procesos	La dirección ve su propio trabajo en términos de procesos y percibe la gestión de procesos no como un proyecto sino como una forma de gestionar el SS
	Alineamiento	Los líderes del proceso de atención no pertenecen al comité directivo		Un directivo ha tomado el liderazgo y la responsabilidad del programa de procesos	1	Hay un fuerte alineamiento en el equipo de directivos respecto al programa de procesos. También hay una red de personas en el SS que ayuda a promover las iniciativas de proceso	Las personas en todo el SS muestran entusiasmo por procesos y desempeña papeles de liderazgo en las iniciativas de procesos
	Conducta	Un directivo respalda e invierte en una mejora operativa	2	Un directivo ha fijado públicamente metas de desempeño y está dispuesto a comprometer recursos, hacer cambios profundos y eliminar obstáculos para lograr esas metas		Los directivos trabajan como equipo, gestionan el SS mediante sus procesos y trabajan activamente en programas de procesos	La dirección realiza sus propios trabajos como procesos, centran la planificación estratégica en procesos y desarrollan nuevas oportunidades de negocio (alanzas, actividades) basándose en procesos de alto desempeño
	Estilo	La dirección ha empezado a pasar desde un estilo jerárquico, de arriba hacia abajo, hacia un estilo abierto y cooperativo	1	El directivo que dirige el programa de procesos es apasionado por la necesidad de cambio y por el proceso como herramienta clave para el cambio		La dirección ha delegado control y autoridad a los responsables y al recurso humano de los procesos.	La dirección ejerce liderazgo mediante visión e influencia, no por mandato y control.
Cultura	Trabajo en equipo	El trabajo en equipo es enfocado en proyectos, ocasional y atípico		El SS usa comúnmente equipos interfuncionales y proyecto para esfuerzos de mejora	3	El trabajo en equipo es la norma entre el recurso humano de los procesos y es corriente entre los directores.	El trabajo en equipo con otros establecimientos de la Red, pacientes y proveedores es habitual.
	Foco en el paciente	Existe creencia generalizada de que el foco en el paciente es importante, pero una limitada percepción de lo que eso significa. También hay incertidumbre y conflicto respecto a cómo satisfacer las necesidades del paciente	3	Los empleados se percatan que el propósito de su trabajo es importante para brindar valor al paciente		Los empleados entienden que los pacientes demandan excelencia uniforme y experiencia	Los empleados se enfocan en colaborar con la Red para satisfacer las necesidades del paciente
	Responsabilidad	Los directivos tienen responsabilidad por los resultados		El personal de primera línea empieza a asumir responsabilidad por los resultados	3	Los empleados se sienten responsables por los resultados del SS	Los empleados experimentan un sentido de misión en servir a los pacientes y lograr un mejor desempeño
	Actitud hacia el cambio	El SS acepta cada vez más que se deben hacer cambios modestos		Los empleados están listos para un cambio significativo en la forma de hacer el trabajo	2	Los empleados están listos para el cambio multidimensional	Los empleados reconocen el cambio como inevitable y lo adoptan como fenómeno regular.
Experticia	Gente	Un reducido grupo de personas tiene un profundo aprecio por el poder de los procesos	3	Un grupo de expertos tiene destrezas de rediseño e implementación de proceso, gestión de proyectos, comunicaciones y gestión del cambio		Un grupo de expertos tiene destrezas de gestión de cambio en gran escala y transformación operativa	Muchas personas con destrezas en rediseño e implementación de procesos, gestión de proyectos, gestión de programas y gestión del cambio, se encuentran en todo el SS. También existe un proceso formal para desarrollar esa base de destrezas
	Metodologías	El SS usa una o más metodologías para resolver problemas de ejecución y hacer mejoras incrementales del proceso	3	Los equipos de rediseño de proceso tienen acceso a metodología básica para rediseñar procesos		El SS ha desarrollado y estandarizado un sistema formal para rediseñar procesos y lo ha integrado a un sistema de mejora de procesos	La gestión de procesos y el rediseño de procesos de han convertido en competencias básicas, y forman parte de un sistema formal que incluye examen del ambiente, la planificación del cambio, implementación e innovación centrada en procesos
Gobernabilidad	Modelo de procesos	El SS ha identificado algunos procesos a nivel estratégico	3	El SS ha desarrollado un modelo completo de proceso y la dirección lo ha aceptado		El modelo de procesos del SS se ha comunicado en todo el SS se usa para impulsar la priorización de proyectos y está vinculado con tecnologías y arquitecturas de datos a nivel de empresa	El SS ha extendido el modelo de proceso a nivel estratégico para conectarlo con otros establecimientos de la Red, pacientes y proveedores. También usa el modelo para desarrollo de la estrategia
	Responsabilización	Los jefes de unidad son responsables por el desempeño, y las jefaturas de proyecto por los proyectos de mejora		Los responsables de proceso se responsabilizan por los procesos individuales y un comité ejecutivo es responsable por el progreso general en sus procesos del SS	2	Los responsables de procesos comparten la responsabilización por el desempeño del SS	Un consejo de proceso funciona como el más alto ente directivo, las jefaturas comparten responsabilidades por el desempeño del SS, el que ha establecido comités ejecutivos con otros establecimiento de la Red, pacientes y proveedores para impulsar el cambio de proceso de la Red
	Integración	Uno o más grupos promueven y apoyan diferentes técnicas de mejora continua	3	Un grupo coordinador informal proporciona la necesaria gestión de programas mientras que un comité ejecutivo asigna recursos para proyectos de rediseño de procesos		Existe una oficina formal de gestión de programas, dirigida por un jefe de proceso, coordina e integra todos los proyectos de proceso y un consejo de proceso gestiona los problemas de integración entre procesos. El hospital gestiona y despliega en forma integrada todas las técnicas y herramientas de mejora de procesos	Los responsables de procesos trabajan con sus contrapartes en los otros establecimiento de la red, pacientes y proveedores para impulsar la integración de procesos de la Red

## **1. Organización del Servicio de Salud Metropolitano Norte:**

**Al analizar la organización del Servicio de Salud Metropolitano Norte, según percepción de los involucrados, se puede indicar que el 69% de las capacidades se encuentra en una etapa inicial: E1.**

**En el 31% restante de capacidades no se cumple con la aseveración: un 23% es cierta en algún grado y un 8% en gran medida no es cierto, los involucrados concuerdan con que el liderazgo es la capacidad más débil en la organización.**

### **Liderazgo:**

La percepción que se tiene de la Organización es que se encuentra en un nivel de madurez de capacidades muy inicial, el 25% de las capacidades están en Etapa 1. Se reconoce en la conciencia Institucional que se requieren cambios, sin embargo, los procesos están demasiado incipientes a nivel estratégico. Los líderes no se encuentran alineados con el equipo directivo y las iniciativas de procesos sólo quedan en un directivo, que no logra promoverlas, pues el estilo de liderazgo es jerárquico fundamentalmente. Para alcanzar estándares más exigentes de desarrollo organizacional en este ámbito, se requiere un trabajo colaborativo y comprometido pues el mandato y control de la dirección no permite avanzar.

### **Cultura:**

En estas capacidades se evidencia un trabajo en equipo es habitual e inter-funcional y con proyectos de mejora, además se comienza a asumir responsabilidad en el personal de primera línea por los resultados, no obstante, la falta de disposición de los empleados para enfrentar procesos de cambio, es un impedimento para que la organización avance hacia el siguiente nivel de madurez en términos de cultura organizacional, hay conciencia en los empleados de la importancia de su trabajo, para lograr una mejor calidad en la atención al paciente, pero no se logra entender la importancia de “agregar valor” y trabajar en red para satisfacer las necesidades de los usuarios, existe incertidumbre y conflicto.

**Experticia:**

En este nivel se logra identificar experticia en gestión de procesos en un pequeño grupo de profesionales que entienden la gestión del cambio y manejan metodología básica en el área de rediseño. Pero la organización carece de destrezas para enfrentar cambios en gran escala y una transformación operativa. Aún se debe trabajar como organización para nivelar a los profesionales antes de pasar a una Etapa más avanzada.

**Gobernabilidad:**

Existen acuerdos en que se identifican procesos a nivel estratégico, pero la Organización debe trabajar en un Modelo Estructurado por escrito de procesos con pilares estratégicos Institucionales. Los directivos estiman que el nivel de madurez es incipiente y se requiere el trabajo de los procesos a nivel de la red. Grupos pequeños apoyan diferentes técnicas de mejora continua. No se logra avanzar a una Etapa 2.

**En resumen: el nodo crítico pesquisado por los involucrados se encuentra en el “estilo de liderazgo”, pues la conducta para invertir en una mejora continua y la limitada visualización de los procesos a nivel estratégico impiden avances en la Organización. El estilo de dirección jerárquico se percibe en todos los entrevistados, afectando además la actitud hacia el cambio, pues los empleados no se encuentran preparados para cambios significativos en la forma de trabajar, más bien se muestran escépticos. (Anexo 8: Auditorias iniciales según capacidades en atención primaria y secundaria)**

Modelo de Madurez de Procesos - Madurez de los Procesos: Servicio de Salud Metropolitano Norte							
Clasificación para evaluación de los procesos:			(Cierta en gran medida) 3	(Cierta en algún grado) 2	(En gran medida no cierta) 1		
Facilitador	Clasificación	NIVELES					
		P1	P2	P3	P4		
Diseño	Propósito	El proceso no se ha diseñado de punta a cabo. Las jefaturas utilizan el diseño que venía rigiendo como contexto para la mejora del desempeño funcional	3	El proceso se ha rediseñado completamente para mejorar su desempeño	3	El proceso se ha diseñado para ajustarse a otros procesos el hospital y a sus sistemas de TI a fin de optimizar el desempeño del SS	El proceso se ha diseñado para ajustarse a los procesos de los pacientes y proveedores para optimizar el desempeño de la Red
	Contexto	Se han identificado los insumos, servicios, proveedores y clientes internos	3	Las necesidades de los clientes internos del proceso son conocidas y hay acuerdo sobre ellas	3	El responsable del proceso y los responsables de otros procesos con los que interactúa el proceso han definido sus expectativas mutuas de desempeño	El responsable del proceso y los responsables de los procesos de los pacientes y proveedores con que interactúa el proceso han definido sus expectativas de desempeño
	Documentación	La documentación del proceso es principalmente funcional, pero identifica las interconexiones entre las unidades involucradas en ejecutar el proceso	3	Hay documentación completa del diseño del proceso	3	La documentación del proceso describe las interacciones del proceso con otros procesos, y sus expectativas respecto a éstos, y vincula al proceso con el sistema y con la arquitectura de datos del SS.	Una representación electrónica (archivo digital) del diseño del proceso apoya su desempeño y gestión del proceso, permite analizar los cambios ambientales y las reconfiguraciones del proceso.
Ejecutores	Conocimiento	El recurso humano puede dar nombre al proceso que ejecutan e identificar los indicadores clave de su desempeño	3	El recurso humano puede describir el flujo global del proceso; como su trabajo afecta a los pacientes, a los otros empleados del proceso y el desempeño del proceso; y los niveles de desempeño reales y requeridos.	3	El recurso humano esta familiarizado con los conceptos fundamentales de la actividad como los impulsores del desempeño del SS, y pueden describir cómo afecta su trabajo a otros procesos y desempeño del SS.	El recurso humano está familiarizado con las tendencias en el sector salud y pueden describir cómo afecta su trabajo al desempeño de la Red.
	Destrezas	El recurso humano es diestro en técnicas de resolución de problemas y de mejora de procesos.	3	El recurso humano es diestro en trabajo en equipo y en gestionarse personalmente.	3	El recurso humano es diestro en la toma de decisiones de atención	El recurso humano tiene capacidad de gestión e implementación de cambio.
	Conducta	El recurso humano profesa cierta lealtad al proceso pero deben máxima lealtad a su función	3	El recurso humano trata de seguir el diseño del proceso, ejecutarlo correctamente y trabajar en formas que permita a otras personas que ejecutan el proceso hacer eficazmente su trabajo	3	El recurso humano se esfuerza por asegurarse de que el proceso entregue los resultados necesarios para lograr las metas del hospital.	El recurso humano busca señales de que el proceso debería cambiar y proponer mejoras a él.
Responsable	Identidad	El responsable del proceso es una persona o grupo encargado informalmente de mejorar el desempeño del proceso	3	Los líderes del SS han creado un papel oficial de responsable del proceso y han colocado en ese puesto a un jefe con influencia y credibilidad.	3	El responsable da máxima prioridad al proceso en términos de asignación de tiempos, preocupación y metas personales	El responsable es miembro de la unidad de más alto rango de toma de decisiones del SS.
	Actividades	El responsable identifica y documenta el proceso, lo comunica a todo el recurso humano y patrocina pequeños proyectos de cambios	3	El responsable comunica las metas del proceso y visión de su futuro, patrocina esfuerzos de rediseño y mejora, planifica su implementación y se asegura que se cumpla el diseño del proceso.	3	El responsable colabora con otros responsables de proceso para integrar procesos y lograr las metas del SS	El responsable desarrolla un plan estratégico de extensión del proceso, participa en planificación estratégica a nivel SS y colabora con sus contrapartes que trabajan con pacientes y proveedores para patrocinar iniciativas en la Red de rediseño de procesos.
	Autoridad	El responsable hace lobby por el proceso, pero solamente puede alentar a las jefaturas funcionales a hacer cambios	2	El responsable puede reunir a un equipo de rediseño de proceso e implementar el nuevo diseño y tiene cierto control sobre el presupuesto informático para el proceso.	2	El responsable controla los sistemas de TI que apoyan el proceso y cualquier proyecto que cambie el proceso, y tiene cierta influencia sobre las asignaciones y evaluaciones de personal así como sobre el presupuesto del proyecto	El responsable controla el presupuesto del proceso y ejerce fuerte influencia sobre las asignaciones y la evaluación del personal
Infraestructura	Sistemas de información	El proceso es apoyado por sistemas fragmentados de TI	2	El proceso es apoyado por un sistema de TI creado a partir de componentes funcionales	2	El proceso es apoyado por un sistema integrado de TI, diseñado teniendo en mente el proceso y adhiriendo a los estándares del SS	El proceso es apoyado por un sistema de TI con arquitectura modular, que se adhiere a los estándares del sector para la comunicación de la Red
	Sistemas de recursos humanos	Los jefes de unidad recompensan el logro de excelencia funcional y la resolución de problemas funcionales en un contexto de proceso	2	El diseño del proceso impulsa los roles, descripción de cargos y perfiles de competencia. La capacitación se basa en documentación de proceso	2	Los sistemas de contratación, desarrollo, reconocimiento y recompensa enfatizan las necesidades y los resultados del proceso, y los equilibran con las necesidades del SS	Los sistemas de contratación, desarrollo, recompensa y reconocimiento refuerzan la importancia de la colaboración intra e inter SS (de la Red), el aprendizaje personal y el cambio organizacional
Indicadores	Definición	El proceso tiene ciertos indicadores básicos de bajo costo y calidad	3	El proceso tiene indicadores de extremo a extremo derivados de los requerimientos de los pacientes y el MINSAL	3	Los indicadores del proceso, así como indicadores entre procesos se han derivado de las metas estratégicas del SS	Los indicadores del proceso se han derivado de metas de la Red
	Usos	Las jefaturas usan los indicadores del proceso para monitorear su desempeño, identificar las causas fundamentales de desempeño defectuoso e impulsar mejoras funcionales	3	Las jefaturas usan los indicadores del proceso para comparar su desempeño con los benchmarks o patrones de referencia, el desempeño mejor de su clase, y las necesidades de los pacientes, y para fijar objetivos de desempeño	3	Las jefaturas presentan los indicadores al recurso humano del proceso para motivar y crear conciencia. Usan tableros basados en indicadores para la gestión cotidiana del proceso	Las jefaturas revisan y actualizan regularmente los indicadores y objetivos del proceso y los usan al planificar la estrategia del SS

## **2. Los procesos en los problemas de salud estudiados:**

**Al analizar los procesos con el equipo entrevistado, a grandes rasgos se puede indicar que el 77% de los facilitadores se encuentran en un proceso inicial: P1. En el 23% restante de facilitadores no se cumple con la aseveración; pues es “cierto en algún grado”, los involucrados concuerdan con que la autoridad es responsable de los procesos, los sistemas informáticos y el sistema de recurso humano deben trabajarse para afirmar que se está en un proceso 1.**

### **Diseño:**

Se señala que el proceso podría avanzar a P2 si se logra una documentación completa del diseño de los procesos, tanto para la artrosis leve a moderada como para la artritis reumatoidea, proveer de medios de comunicación objetivables facilita el intercambio entre los servicios y las entidades involucradas disminuyendo la incertidumbre en la Organización y las ambigüedades en la cadena de valor, los flujos ordenan y acuerdan estrategias. El rol de las UGRL se debe potenciar para concretar protocolos de derivación y contra derivación de la Red en estas patologías GES, con una comunicación más fluida entre los equipos GES y las orientaciones Programáticas definiendo expectativas mutuas de desempeño. Se evidencian procesos antiguos no rediseñados, sin flujos, sin denominación de involucrados, por tanto, esta falencia impide ajustes y optimización.

### **Ejecutores:**

Para avanzar a una nivel P2 es necesario trabajar en la conducta de los ejecutores, pues el recurso humano se limita al trabajo de su Unidad, “su función” y no interactúa con la red, conoce los procesos y puede describir el flujo global y como esto afecta a los pacientes y a los propios funcionarios, sin embargo, el trabajo en equipo es limitado no hay destrezas en la toma de decisiones por tanto, implementar el cambio es complejo.

### **Responsables:**

La percepción es que el responsable que es un grupo informal, comunica metas del proceso patrocina esfuerzos de rediseño, sin embargo, no logra encantar ni interactuar con otros responsables, pues se requiere un grupo de líderes con credibilidad e influencias, la Autoridad es el nodo de este facilitador, pues falta alentar los cambios a nivel de red. Se encuentra en Nivel P1, se requiere mayor nivel de compromiso de los responsables y oficializar al o los responsables del proceso.

### **Infraestructura:**

Los sistemas de información están fragmentados, los componentes funcionales se agregan a los sistemas pero aún no se logra la integración de sistemas que faciliten los procesos. Los sistemas de recursos humanos tienen falencias importantes: roles, descripción de cargos y perfiles de competencias no son consistentes con la necesidad del proceso. En una etapa muy inicial en P1 cuestionable, P0 sería la definición más adecuada.

### **Indicadores:**

El uso de indicadores es consistente, es habitual el trabajo con ellos, no obstante, estos indicadores no se han derivado de metas estratégicas en la Organización y se utilizan para identificar problemas primarios, sin lograr comparaciones con estándares u otros Servicios, no se logra planificar estrategias o abordar en un trabajo en red con la información que los indicadores arrojan. Aún en nivel P1.

**En resumen: el nodo crítico que se debe trabajar es la autoridad del o los responsables de los procesos, así como en los sistemas informáticos y de recurso humano, pues la resolución de problemas funcionales en un contexto de proceso aún no es tal.**

(Anexo 8: Auditorías iniciales realizadas a los involucrados por los problemas de salud estudiados, atención primaria y secundaria).

## VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Estas dos patologías crónico – degenerativas: **Artritis Reumatoidea y la Artrosis de Cadera y/o Rodilla leve a moderada en personas de 55 años y más**, provocan discapacidad por los síntomas asociados, así como deterioro en la calidad de vida de mujeres, con un importante impacto social y económico, ambas incorporadas en el Régimen de Garantías Explícitas de Salud desde el año 2007, sin embargo, a la fecha no existe en el Servicio de Salud Metropolitano Norte un diagnóstico y evaluación de los procesos operativos que identifique la gestión o valor agregado, para el cumplimiento de las garantías de acceso y oportunidad.

Del análisis de las actividades primarias de la cadena de valor, según prioridad o relevancia a intervenir para mejorar los procesos, se detalla que:

- **Con la introducción del Régimen de Garantías Explícitas en Salud**, se generan nuevas pautas establecidas en las dependencias de cada Institución, lo que obliga a los establecimientos a reacomodar sus procesos, sin embargo, a la fecha no existe integración del GES con las Orientaciones Programáticas definidas por el mismo MINSAL para estas dos patologías, existen directrices en trabajo paralelo desde el nivel central. La oferta de “oportunidad en la atención” no se cumple a cabalidad, la sugerencia es entablar mesas de trabajo con el nivel central, el servicio de salud y los establecimientos aunando criterios y reacomodando los flujos en beneficio de todos los pacientes.
- **Los sistemas informáticos de la Red Metropolitana Norte, están fragmentados y no son compatibles unos con otros.** Se trabaja con “SIGGES” para ingreso de los casos GES, sistemas locales en el Hospital como “Anita” (sistema Informix o Sistema de Agenda médica “SAM”) y otros creados por programadores, como es el caso de los CESFAM en Conchalí, así como en algunos CESFAM de Recoleta usan Rayen, etc. Lo que se convierte en un “doble registro”, pues los sistemas carecen de potencia o confiabilidad y colapsan, es

imposible el seguimiento o control de procesos en forma integral, sólo pequeños filtros de datos básicos. Algunos CESFAM como Colina tiene precarios “sistemas de alerta”. Se espera la instalación del SIDRA (Sistema Informático de Red Asistencial) que pretende integrar todos los sistemas utilizados actualmente, esto liderado por el MINSAL, no obstante, en la red este sistema recién se está integrando con la agenda médica en algunos establecimientos, pero la implementación y uso de la herramienta es aún incierto, se sugiere potenciar los sistemas locales, es el caso del sistema informático del Hospital de niños Roberto del Río que opera aportando al trabajo de los funcionarios y en beneficio directo de los pacientes.

- **El recurso humano en el Servicio de Salud.** En el país la falta de especialistas es un problema que mantiene altas listas de espera. En el caso de estas dos patologías GES se intenta priorizar para la primera atención médica, sin embargo, hay incumplimientos o retrasos. La falta de Reumatólogos es preocupante, los médicos que atienden son becados de Medicina Interna, que no tienen un compromiso con la Institución, sólo cumplen con algunas horas programadas para la atención directa de pacientes.

El escaso número de Químicos Farmacéuticos en la Atención Primaria, (uno por comuna, sólo Huechuraba cuenta con dos) no permite un control técnico en cada CESFAM, son los Técnicos de nivel superior (TENS) entrenados en cada Centro los que administran, dispensan y controlan el stock de los botiquines. En el caso del CDT del Hospital San José, se cuenta con trece cargos de Químico Farmacéutico, con cinco farmacias que no interactúan funcionalmente, se justifican los cargos por el volumen de Servicios, sin embargo, si existiese un flujo definido y conocido por los profesionales sería mucho más expedito y organizado el trabajo de las farmacias.

- **En la programación y presupuesto.** Existe deficiencia en la programación de los fármacos, no se conoce el presupuesto con el que se cuenta, esta es función de la Unidad de Presupuesto. Existe una subestimación de la programación

ordinaria GES, sin considerar la completitud de los fármacos de la canasta, falta además el stock crítico. El desconocimiento de la composición de las canasta GES, provoca dificultades para determinar si los montos transferidos financian o se ajustan a las compras de fármacos programados, este eslabón se debe trabajar desde las autoridades del Servicio de Salud, participando a los referentes y técnicos encargados de estas patologías GES.

- **Con respecto a la compra de fármacos.** La “fórmula de compra” de medicamentos está basada en el cálculo histórico del “bajo control” de pacientes y no en la frecuencia de atención diaria realizada. Según lineamientos se realiza compra centralizada con la CENABAST, la que no es oportuna y no entrega con antelación la información referente a los medicamentos que no serán despachados en los pedidos, ocasionando desabastecimiento en los arsenales, situación que consideran sólo algunos Centros, que se programan pensando en que no se contará con la cantidad solicitada en el mes (falta además una definición de stock crítico institucional). Existen problemas de disponibilidad y calidad en algunos medicamentos, y se termina recurriendo a la compra directa a proveedores privados.
- **Para el almacenamiento y stock.** El sistema utilizado en las Unidades de Farmacia del CDT del Complejo Hospitalario San José, alimentan a los sistemas de control de stock con un procesamiento manual y no en línea, esto genera un gran desbarajuste por no tener stock actualizado, considerando además la gran cantidad de público que atienden a diario y la falta personal permanente, ocurre un desfase de información de 15 días o más, promoviendo la creación de mecanismos alternativos de control: tarjetones, cuadernillos, planillas anexas, etc. Se redunda la necesidad de sistemas informáticos que faciliten el trabajo en las farmacias.

- **La dispensación de farmacias o droguerías.** Los pacientes esperan más de 30 minutos para que se dispensen los fármacos desde las farmacias, existen demasiados procesos poco eficientes que demoran la entrega. Las bodegas de farmacia no están acondicionadas adecuadamente para mantener los medicamentos, se está trabajando en proyectos para cumplir con la acreditación de prestadores, sin embargo, falta apoyo Institucional, se trabaja solo en equipos pequeños. Se insiste en trabajar en documentación: manuales, identificación de actividades, diseño de flujogramas, que sean conocidos por todos los funcionarios.
- **La prescripción, control y seguimiento de pacientes.** No se involucra al personal médico, se le considera conflictivo y poco cooperador en los procesos, por tanto, las prescripciones de los fármacos se analizan y se rechazan si no se enmarca en el bajo control GES para Artritis Reumatoidea o Artrosis. Todo el bajo control de pacientes con Artritis Reumatoidea se encuentra en el CDT Eloísa Díaz del Hospital, dado que no se ha definido un sistema adecuado de contra referencia a la APS para esta patología. Tampoco está claro cuántos pacientes se atienden de Artrosis leve a moderada que se debieran contra derivar a la APS y controlar la artrosis severa. Son insuficientes los mecanismos de control en la prescripción de medicamentos GES, demasiada rotación médica en los CESFAM, desconocimiento de fármacos con los que cuenta y dispensan los botiquines. El SIGGES contabiliza pacientes con “garantía cumplida” (son los llamados casos activos), en base a la primera consulta médica, lo cual dificulta el seguimiento posterior del paciente, pues hablamos de pacientes crónicos que requieren consultas habituales, “no está garantizado el seguimiento” como tal, por tanto, no existen mecanismos que controlen cuántos son efectivamente los pacientes, sólo se conoce aquellos que retiran medicamentos según registros en tarjetones o carnet del paciente, pero no hay registros de inasistencias o abandonos de tratamientos.

- Un aporte al seguimiento o evaluación de los pacientes son los CCR, Centros de Rehabilitación integrados funcionalmente a la atención primaria de salud, que poseen un enfoque biopsicosocial y familiar, con una visión integral de abordaje de los planes de rehabilitación incluyendo a los pacientes con Artritis Reumatoídea y artrosis de cadera y/o rodilla leve a moderada en adultos.

## VIII. CONCLUSIONES

Luego de finalizar esta Investigación Operativa, es alentador confirmar que lentamente las organizaciones públicas se interesan por los procesos asistenciales, sin embargo, ha costado internalizar en los clínicos y en los equipos de trabajo institucionales, el detenerse y analizar sus procesos para mejorar en el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.

Se comprobó el desconocimiento y ambigüedad en las respuestas de muchos involucrados en los procesos, que evidencia un trabajo poco colaborativo y desintegrado con los equipos de trabajo y la red asistencial.

Falencias o elementos críticos que impactan en el cumplimiento del GES de las patologías estudiadas son: la falta de recurso humano, la poca claridad en el funcionamiento de los procesos al interior del establecimiento, flujos que se desconocen en el eslabón del presupuesto, la programación, prescripción, entrega y distribución de medicamentos a los pacientes, (tanto en la Atención Primaria como en la Secundaria) con sistemas informáticos fragmentados y locales en su mayoría.

La organización del Servicio de Salud, según la auditoría de Hammer se encuentra en una etapa inicial: E1 en el 69% de sus capacidades, en el 31% restante no se cumple con las aseveraciones pues, en un 23% es cierta en algún grado y en un 8% en gran medida no es cierto que alcance a esta etapa, los involucrados concuerdan con que el liderazgo es la capacidad más débil en la organización. El estilo de dirección jerárquico afecta a los funcionarios, que no se encuentran preparados para cambios significativos en la forma de trabajar, muestran una actitud escéptica y desconfiada.

Al evaluar la madurez de los procesos el 77% de los facilitadores se encuentra en un proceso inicial o P1, el 23% restante de facilitadores no se cumple, pues sólo es cierta en algún grado la aseveración. Los involucrados concuerdan con que la autoridad asume poca responsabilidad en los procesos, los sistemas informáticos y

el sistema de recurso humano deben modificarse a cabalidad, pues son una debilidad importante en los procesos.

Se propone a modo de mejora en la red de salud, comenzar a documentar los procesos con diagramas de flujos y cadenas de valor que logren internalizar y reflejar las actividades en cada establecimiento, lo que disminuirá la incertidumbre o imprecisión, disminuyendo los riesgos para el paciente, pues está demostrado que procesos más eficientes se traducen en menores costos y mejores servicios en Salud, esto es la base de la ventaja competitiva planteada.

Capacitar a todos los funcionarios es clave para cumplir con las GES, con los programas ministeriales, las listas de espera GES y no GES y la demanda en general. Con el conocimiento adecuado de los procesos en salud se pueden lograr resultados de calidad para los usuarios, este es el valor agregado que puede aportar la Institución.

Como evidencia este estudio, confirma la importancia del rediseño en todos los procesos, que con un fin académico y más acotado se planteó con patologías GES, sin embargo, la gestión de procesos es aplicable a todas las organizaciones, identificando brechas pero también fortalezas que contribuyen a que el establecimiento revise su quehacer: cartera de servicios, adecuada programación de actividades asistenciales e identifique nuevas áreas de actividad o polos de desarrollo.

En nuestra sociedad los problemas de salud ya no son los mismos que hace décadas, es así que, para las patologías GES estudiadas: Artritis Reumatoidea y Artrosis de Cadera y/o rodilla leve a moderada, se lograron identificar aquellos nodos en la cadena de valor que requieren una transformación. Por tanto, los hallazgos identificados servirán como base para un trabajo de rediseño de procesos que se propone al Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Esta es una invitación al equipo directivo para que se motive en primera instancia, entendiendo la relevancia de los procesos, de la cadena de valor y empodere a los involucrados entregando las herramientas de gestión necesarias para rediseñar.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. República de Chile. Ministerio de Salud. Ley 19.966. "Régimen General de Garantías en Salud." Promulgada 25 de agosto de 2004.
2. Román, O. Muñoz, F. "Una mirada crítica en torno al plan AUGE". Algunos aspectos generales y valóricos. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago de Chile.
3. Informes de Fiscalización nº 14, del 23 de febrero de 2009 y nº 65, del 10 de septiembre de 2009. Boletín de FONASA.
4. Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o rodilla, Leve o Moderada. 2007. P 2-40.
5. Ministerio de Salud. Ministerio de Hacienda Decreto Nº 4, que modifica decreto Nº1. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del régimen general de garantías en salud. 05 de febrero de 2013. Entra en vigencia 01 de julio de 2013.
6. Listado Específico de Prestaciones. Anexo al Decreto Supremo Nº44 de 9 enero de 2007, de los Ministerios de Salud y Hacienda que establece garantías explícitas en salud. P. 156, 197.
7. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, Ministerio de Salud, Chile, 2002. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud: <http://epi.minsal.cl>.
8. Ministerio de Salud. Guía Clínica Artritis Reumatoidea. Santiago, 2007. P. 2-41.
9. Zabinski, R.A. An economic model for determining the cost and consequences of using various treatment alternatives for the management of arthritis in Canada. Pharmacoeconomics, 2001. 19 suppl 1: 49-58.

10. Carmona, L. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology (Oxford)*, 2002. 41: 88-95.
11. Helmick, C.G. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I Arthritis Rheumatoid, 2008. 58: 15-25.
12. Pincus T: Assessment of long-term outcomes of rheumatoid arthritis. How choices of measures and study designs may lead to apparently different conclusions *Rheum Dis Clin North Am.* 1995; 21:619-54.
13. Jordan, KM. Arden, NK. Doherty, M. et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 1145-55.
14. Lawrence, JS. Bremner, JM. Bier, F. Osteo-arthritis: prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes *Ann Rheum Dis* 1066; 25:1-24.
15. Murray, C. López, AD editors. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge. Harvard School of Public Health on behalf of the WHO and the World Bank, 1996. P. 201, 220.
16. Espallargues M., Alonso J., Ruiz Gómez, A., et al. Los trastornos osteoarticulares en ancianos: una aproximación a su impacto poblacional. *Med Clin (Barcelona)*. 1996. P. 106, 601-606.
17. Spear, S. Mejorar la atención de salud desde dentro, hoy. *Harvard Business Review*. Septiembre 2005. P. 3, 15.

18. Porter, M. Ventaja Competitiva. 2ª Edición. CECSA 1987. P. 51, 78.
19. Stabell, C. Fjeldstad, O. Strategic Management Journal, Ajuste de valores para ventaja competitiva: en cadena, servicios especializados y redes. Vol. 19, P. 413 - 437. 1998. Norwegian School of Management, Sandvika, Norway.
20. Bravo, J. "Gestión de procesos Valorando la práctica". Editorial Evolución. 5ª Edición. 2013 P. 29, 64 - 86, 101 - 109, 121 - 245, 253.
21. Hammer, M. La Auditoría de proceso. Harvard Business Review. Abril 2007. P. 114 - 127.
22. Pankaj, G. Estrategia y el Panorama Empresarial. 2ª Edición. P. 61, 90.
23. Collis, D. Rukstad, M. ¿Puede usted decir cuál es su estrategia? Harvard Business Review. Abril 2008. P. 3 - 9.
24. Lenz, R. Compra, distribución y entrega de medicamentos en pacientes del Régimen de Garantías en Salud, en el Sistema Público de Salud. Tomo I Octubre 2010. P. 3 - 8, 11 - 35, 77 - 83.
25. Infante, A. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Estudio de la Red Asistencial. Epidemiología y Gestión. P. 15,41
26. Velásquez, A. La Investigación Operativa y la Epidemiología. Artículo de Revisión. Rev. Peruana de Epidemiología. Vol 12 N°1 abril 2008. P. 1, 4.
27. Azcárate, M. La investigación Operativa en las Ciencias de la Salud: ¿Reconocemos estas técnicas en la literatura actual? Artículo de Revisión. Universidad Pública de Navarra. Pamplona 2006. P. 1, 9
28. Rosenhead, J. Operational Research. Edición 2010. Cap.10. P. 154, 168.

29. Noonan, V. Soril, L. Atkins, D. and cols. The Application of Operations Research Methodologies to the Delivery of Care Model for Traumatic Spinal Cord Injury: The Access to Care and Timing Project Neurotrauma. 2012 September 1; 29(13): 2272–2282.
30. Goss, T. and cols. Gestión del Cambio. Harvard Business Review. P. 95-111. Ediciones Deusto.
31. Waissbluth, M. Gestión del Cambio en el Sector Público. Diciembre 2008. [www.mariowaissbluth.com](http://www.mariowaissbluth.com), Sección Publicaciones. P. 5 - 23.
32. Ruiz, C. Validez y Confiabilidad PhD Profesor Titular UPEL / PID Programa Interinstitucional Doctorado en Educación [cruizbol@intercable.net.ve](mailto:cruizbol@intercable.net.ve), P. 1 - 14.
33. Bizagi Process Modeler “BPMN 2.5 Poster” <http://www.bizagi.com> Julio - octubre 2013.
34. Pineda, E. Alvarado, E. Canales, F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2° Edición. 1994. P.124 - 147. Organización Panamericana de la salud.
35. Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. Metodología de la investigación 4° Edición año 2008. Mc Graw Hill Interamericana. P. 34, 198 - 200, 273.
36. Ulin, P. Robinson, E. Tolley, E. Investigación Aplicada en Salud. Métodos cualitativos. año 2006. Organización Panamericana de la Salud. P. 4 - 15, 216 - 220.
37. Informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), “Going for Growth 2013”.

## **X. ANEXOS**

## ANEXO 1: Glosario de Términos

**Hospital:** Establecimiento destinado a proporcionar prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Dentro de su ámbito de competencia, entrega las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigna de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

**Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT):** Establecimientos de atención abierta, con procesos de alta complejidad, adosados o no a hospitales. Atienden en forma ambulatoria fundamentalmente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual está adosado. Cuentan con Laboratorios y pabellones quirúrgicos que les permiten resolver de forma ambulatoria las derivaciones de sus redes.

**Centros de Salud Familiar (CESFAM):** Consultorios que han adquirido la certificación como Centros de Salud Integral, con enfoque familiar y comunitario. Éstos, son certificados periódicamente mediante instrumentos de medición formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas. Entre sus estrategias cuenta el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; programación sectorizada, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial fomentando el auto cuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia apoyada en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, hospitalizaciones y daños a las familias.

**Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF):** Estos no son establecimientos por sí mismos. Corresponde a estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan parcialidad de prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y ejecutan esencialmente acciones de tipo “promocional y preventivo”.

**Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR):** Corresponden a salas o Centros de Rehabilitación de base Comunitaria, se encuentran insertos en un CESFAM, entregando servicios integrales con evaluación kinésica funcional y elaboración de plan de intervención individual o grupal para usuarios con diversos requerimientos entre ellos pacientes con artrosis y artritis.

**Pago Per Cápita:** Corresponde al aporte fiscal entregado a la Atención Primaria Municipalizada, es un Sistema de asignación de recursos destinado al pago de las atenciones prestadas, un 68,7% se transfiere vía per cápita. Para el cálculo del plan de salud familiar, se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley Nº 19.378, Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, contemplan grupo objetivo y coberturas; se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con esta base y anteriores costos, se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

**Proceso:** Corresponde a una competencia o capacidad en la organización, se refiere a una serie organizada de actividades relacionadas que entregan un resultado de valor para los usuarios. Representan el hacer de la organización. Sin

embargo para que un proceso refleje su potencial máximo, todos los que participan en su realización (funcionarios o integrantes del proceso) deben conocer la totalidad del proceso y la forma en que su esfuerzo individual contribuye al éxito general.

**Organización:** Sistema social con identidad y propósito, sus integrantes colaboran para desarrollarla y al mismo tiempo satisfacen sus necesidades individuales. Las interacciones son clave lo que les suceda a algunos, les afectará a todos.

**Gestión de procesos:** Los procesos son realizados por las personas, que pueden dar lo mejor de sí, cuando se les entregan las condiciones adecuadas. Es el esfuerzo que se enfoca en cambiar la manera en la cual los encargados de un proceso miden y controlan los procesos. Usualmente requiere una mejora o rediseño en la forma en que se administra el proceso.

**Ventaja competitiva:** se refiere a una o más características en la Institución, que se pueden manifestar de diversas formas: una buena imagen, prestación adicional, ubicación privilegiada o simplemente un valor agregado que entrega características diferenciales respecto de sus contendientes. Esta ventaja confiere la capacidad para alcanzar mejores rendimientos sostenibles en el tiempo.

**Visión sistémica:** “Ver el todo”, apreciar las interacciones, descubrir características distintivas propias del conjunto, el sistema en su naturaleza acepta la complejidad e inteligencia de los sistemas y la responsabilidad que nos atañe con el bien común. Es el avance a una organización o institución participativa. Disciplina denominada “Teoría de sistemas” en la década de los cuarenta.

**Cadena de valor:** Se refiere a la ruta dentro de un mapa de procesos proporcionado el valor que se agrega al usuario o paciente. Todo cuanto se haga en una organización se distribuirá en una actividad primaria o de soporte.

**Valor agregado:** Se refiere a determinar si cada actividad realizada dentro del proceso agrega valor, habilita a que otras lo hagan o simplemente no agrega valor

por lo que debe ser eliminada. La aplicación de este patrón generalmente resulta en mejoras en eficiencia y productividad. La magnitud de la mejora depende del nivel de trabajo que no agrega valor en el proceso.

**Madurez de procesos:** Modo en que una organización logre mantener institucionalizadas todas sus prácticas, incluidas en un nivel y avanzando desde etapas inferiores, se considera que ha alcanzado un nivel de madurez.

**Resultados:** Proporciona un enfoque que abarca la evaluación de objetivos, así como la evaluación de los clientes o pacientes en este caso, sobre los productos y servicios de la organización, y con actividades de mejora que responden a la necesidad de mantener una visión integral de los indicadores, para asegurar su sentido de dirección, evaluar su desempeño para la toma de decisiones que soporten la eficiencia y crecimiento en la organización.

**Rediseño:** Llamado antiguamente “reingeniería”. Se refiere al análisis profundo que se realiza en los procesos existentes, para redefinir y conseguir una mejora significativa. O de otro modo, conlleva a repensar los fundamentos y efectuar rediseños radicales de los procesos en una organización, este esfuerzo traerá como resultado un cambio en los procedimientos de trabajo y cierto grado de automatización.

**Mejoramiento:** Esfuerzo que inscribe a una mejora incremental de un proceso existente, puede ser emprendido por un administrador o un grupo de trabajo de manera informal o con procedimientos más formales.

**Externalización:** Existen ciertos procesos de alta complejidad que no pueden ser automatizados o mejorados, en estos casos es recomendable subcontratar a una organización especializada en su realización.

**ANEXO 2: Listado Específico de Prestaciones, anexo al Decreto de los  
Ministros de Salud y Hacienda. Régimen de Garantías Explícitas en Salud, año  
2013.**

Listado Específico de Prestaciones – Anexo Decreto AUGE

**41. TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA**

**41.1. TRATAMIENTO**

**41.1.1. Tratamiento Artrosis Nivel Primario**

Código	Glosa	Observaciones
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	
0102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	enfermera, nutricionista
	Diclofenaco	
	Ibuprofeno	
	Tramadol	gotas
	Tramadol	comprimidos
	Celecoxib	
	Paracetamol	
	Omeprazol	

**41.1.2. Tratamiento Artrosis Nivel Especialidad**

Código	Glosa	Observaciones
0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en Hospitales tipo 1 y 2)	Reumatólogo/internista/traumatólogo/fisiatra
0102006	Atención kinesiológica integral ambulatoria	
	Betametasona Fosfato Disódico- Acetato Betametasona	
	Acetonida de Triamcinolona	
2101001	Infiltración local medicamentos (bursas, tendones, yuxtaarticulares y/o intraarticulares), y/o punción evacuadora c/s toma de muestra (en interfalángicas comprende hasta dos por sesión)	

## 52. ARTRITIS REUMATOIDEA

### 52.1. TRATAMIENTO

#### 52.1.1. Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea

Código	Glosa	Observaciones
0101112	Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en Hospitales tipo 1 y 2)	Fisiatra
0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en Hospitales tipo 1 y 2)	Reumatólogo y/o oftalmólogo y/o fisiatría
0102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	
0102006	Atención kinesiológica integral ambulatoria	
0102007	Atención integral por terapeuta ocupacional	
0301045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)	
0302023	Creatinina	
0302047	Glucosa	
0302063	Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), Pirúvica (GPT/ALT), c/u	
0305020	Factor reumatoideo por técnica Scat, Waaler Rose, nefelométricas y/o turbidimétricas	
0401054	Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar (frontal y lateral) c/u, (2 exp.)	
0401070	Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.)	
2101001	Infiltración local medicamentos (bursas, tendones, yuxtaarticulares y/o intraarticulares), y/o punción evacuadora c/s toma de muestra (en interfalángicas comprende hasta dos por sesión)	
2301002	Órtesis cervical	
2301034	Órtesis palmar activa (UCLA)	
2301072	Plantillas ortopédicas (par)	
	Ácido Fólico	
	Anticuerpo Antipeptido Cíclico de la Citrulina	
	Azatioprina	
	Betametasona Fosfato Disódico- Acetato	
	Betametasona	
	Calcio y Vitamina D	
	Celecoxib	
	Diclofenaco	
	Hidroxicloroquina	
	Ibuprofeno	
	Leflunomida	
	Metotrexato	
	Omeprazol	
	Paracetamol	
	Prednisona	
	Sulfasalazina	
	Tramadol	

### ANEXO 3: Problemas de Salud en estudio

➤ ***Tratamiento Médico en Personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, leve o moderada:***

Corresponde a un grupo de enfermedades distintas que tienen diferentes etiologías, pero con un pronóstico biológico, morfológico y clínico común. El proceso de la enfermedad afecta al cartílago articular y la articulación completa, incluyendo el hueso subcondral, ligamentos, cápsula, membrana sinovial y músculo periarticulares. Finalmente degenera el cartílago articular con fibrilación, fisuras y ulceraciones en toda la superficie articular.

Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Los términos artrosis de (la) cadera o coxartrosis pueden ir acompañados de calificativos como: primaria, displásica, debida a displasia, secundaria o postraumática.
- Artrosis de (la) cadera
- Artrosis de (la) cadera bilateral
- Artrosis de (la) cadera izquierda
- Artrosis de (la) cadera derecha
- Artrosis de (la) cadera leve
- Artrosis de (la) cadera moderada
- Artrosis de (la) cadera bilateral leve
- Artrosis de (la) cadera bilateral moderada
- Artrosis de (la) cadera izquierda leve
- Artrosis de (la) cadera izquierda moderada
- Artrosis de (la) cadera derecha leve
- Artrosis de (la) cadera derecha moderada
- Coxartrosis
- Coxartrosis bilateral
- Coxartrosis izquierda

- Coxartrosis derecha
  - Coxartrosis leve
  - Coxartrosis moderada
  - Coxartrosis bilateral leve
  - Coxartrosis bilateral moderada
  - Coxartrosis izquierda leve
  - Coxartrosis izquierda moderada
  - Coxartrosis derecha leve
  - Coxartrosis derecha moderada
- Los términos artrosis de (la) rodilla o gonartrosis pueden ir acompañados de calificativos como: primaria, secundaria, o postraumática.
    - Artrosis de (la) rodilla
    - Artrosis de (la) rodilla bilateral
    - Artrosis de (la) rodilla izquierda
    - Artrosis de (la) rodilla derecha
    - Artrosis de (la) rodilla leve
    - Artrosis de (la) rodilla moderada
    - Artrosis de (la) rodilla bilateral leve
    - Artrosis de (la) rodilla bilateral moderada
    - Artrosis de (la) rodilla izquierda leve
    - Artrosis de (la) rodilla izquierda moderada
    - Artrosis de (la) rodilla derecha leve
    - Artrosis de (la) rodilla derecha moderada
    - Gonartrosis
    - Gonartrosis bilateral
    - Gonartrosis izquierda
    - Gonartrosis derecha
    - Gonartrosis leve
    - Gonartrosis moderada

- Gonartrosis bilateral leve
- Gonartrosis bilateral moderada
- Gonartrosis izquierda leve
- Gonartrosis izquierda moderada
- Gonartrosis derecha leve
- Gonartrosis derecha moderada

### **Garantías Explícitas en Salud:**

i. **Acceso.** Todo beneficiario de 55 años o más:

- Con confirmación diagnóstica de Artrosis de Cadera leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

ii. **Oportunidad:** Tratamiento a:

- Inicio dentro de 24 hrs. desde confirmación diagnóstica.
- Atención por especialista: dentro de 120 días desde la derivación según indicación médica

iii. **Protección Financiera:**

N°	Problema de Salud	Tipo de intervención sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel \$	Copago %	Copago \$
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada	Tratamiento	Tratamiento artrosis nivel especialidad	Cada vez	56.480	20%	11.300
Tratamiento artrosis nivel primario			Mensual	3.280	20%	660	

#### ➤ **Artritis Reumatoidea:**

Es una enfermedad articular inflamatoria crónica, autoinmune, multifactorial y sistémica, de etiología desconocida que puede evolucionar hacia la destrucción y

deformidad articular causando grados variables de discapacidad. También puede comprometer a órganos y tejidos extraarticulares.

Quedan incluidas las siguientes definiciones y sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Los términos que siguen podrán aparecer sin calificativos o con especificación de localización anatómica (hombro, brazo, antebrazo, mano, región pelviana, muslo, pierna, tobillo, pie u otro lugar anatómico).
- Artritis reumatoidea seropositiva
- Artritis reumatoidea seronegativa
- Poliartritis inflamatoria
- Artritis reumatoidea
- Poliartritis inflamatoria

### Garantías Explícitas en Salud:

**i. Acceso:** Todo beneficiario de 15 años y más,

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

**ii. Oportunidad:** Tratamiento,

- Inicio desde la confirmación diagnóstica por especialista

**iii. Protección Financiera:**

N°	Problema de Salud	Tipo de intervención sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel \$	Copago %	Copago \$
52	Artritis Reumatoidea	Tratamiento	Tratamiento farmacológico tradicional artritis reumatoidea	Mensual	30.770	20%	6.150

## Redes de Atención Ges y no Ges

Departamento de Gestión de Garantías Explícitas en Salud

División de Gestión de Redes Asistenciales

Subsecretaría de Redes Asistenciales

### AUGE 41 ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA

Servicio de Salud	Confirmación	Tratamiento	
		APS	Atención especialista
Arica	Todos los establecimientos de la red de Atención Primaria y hospitales tipo 4	Todos los establecimientos de la red de Atención Primaria y hospitales tipo 4	Todos los establecimientos de la red que cuenten con traumatólogo, internista, reumatólogo o fisiatra
Iquique			
Antofagasta			
Atacama			
Coquimbo			
Valparaíso - San Antonio			
Viña del Mar - Quillota			
Aconcagua			
Metropolitano Norte			
Metropolitano Occidente			
Metropolitano Central			
Metropolitano Oriente			
Metropolitano Sur			
Metropolitano Sur Oriente			
O'Higgins			
Maule			
Ñuble			
Concepción			
Arauco			
Talcahuano			
Bío Bío			
Araucanía Norte			
Araucanía Sur			
Valdivia			
Osorno			
Reloncaví			
Chiloé			
Aysén			
Magallanes			

**AUGE 52**  
**ARTRITIS REUMATOIDEA**

Servicio de Salud	Confirmación	TRATAMIENTO
		Atención especialista
Arica	Todos los establecimientos de la red que cuenten con Médico Internista o Reumatólogo	Todos los establecimientos de la red que cuenten con Médico Internista o Reumatólogo
Iquique		
Antofagasta		
Atacama		
Coquimbo		
Valparaíso San - Antonio		
Viña del Mar - Quillota		
Aconcagua		
Metropolitano Norte		
Metropolitano Occidente		
Metropolitano Central		
Metropolitano Oriente		
Metropolitano Sur		
Metropolitano Sur Oriente		
O'Higgins		
Maule		
Ñuble		
Concepción		
Arauco		
Talcahuano		
Bio Bio		
Araucanía Norte		
Araucanía Sur		
Valdivia		
Osorno		
Reloncaví		
Chiloé		
Aysén		
Magallanes		

**ANEXO 4: Diagrama de las Comunas y Centros de Salud, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte:**

Comuna	Dependencia	Tipo	Nombre
<b>Colina</b>	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Colina
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Esmeralda
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Colorado
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Los Ingleses
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Las Canteras
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Santa Marta de Liray
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Chacabuco (Colina)
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Colina
	Municipal	Centro Comunitario de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar Esmeralda
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-Colina
<b>Conchalí</b>	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Lucas Sierra
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Alberto Bachelet Martínez
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar José Symon Ojeda
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Juanita Aguirre
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Conchalí

	Municipal	Centro Comunitario de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar Dr. José Symón Ojeda
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-Lucas Sierra
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU Alberto Bachelet Martínez
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-Symon Ojeda
<b>Huechuraba</b>	Municipal	Centro de Salud Urbano	Consultorio La Pincoya
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar El Barrero
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Dr. Salvador Allende Gossens (Huechuraba)
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Huechuraba
	Municipal	Centro Comunitario de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar Los Libertadores
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-La Pincoya
<b>Independencia</b>	Servicio	Establecimiento Alta Complejidad	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)
	Servicio	Establecimiento Alta Complejidad	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)
	Autogestionado (AU)	Establecimiento Alta Complejidad	Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta)
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Juan Antonio Ríos
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Independencia

	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-Juan Antonio Rios
<b>Lampa</b>	Municipal	Centro de Salud Rural	Consultorio José Bauzá Frau
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Batuco
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Juan Pablo II de Lampa
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Lampa
	Municipal	Centro Comunitario de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar Sol de Septiembre
	Municipal	Centro Comunitario de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar Batuco
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-José Bauzá Frau
<b>Quilicura</b>	Municipal	Centro de Salud Urbano	Consultorio Irene Frei de Cid
	Municipal	Centro de Salud Urbano	Consultorio Manuel Bustos de Quilicura
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Presidente Salvador Allende Gossens (Quilicura)
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Quilicura
	Municipal	Centro Comunitario de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar La Foresta
	Municipal	Centro Comunitario de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar Pucara de Lasana
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU N° 2-Irene Frei de Cid
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU N° 1- Rodrigo Rojas Denegri
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU Presidente Salvador Allende Gossens
<b>Recoleta</b>	Autogestionado (AU)	Establecimiento Alta Complejidad	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Santiago,

			Recoleta)
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Recoleta
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Quinta Bella
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Valdivieso
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Dr. Juan Petrinovic (Ex Scroggie)
	Delegado	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Cristo Vive (ONG)
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Recoleta
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-Recoleta
	Municipal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-Valdivieso
	Delegado	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU-Cristo Vive
<b>Til-til</b>	Servicio	Clínica Dental Móvil	Clínica Dental Móvil Simple. Pat. PW4082 (TiITil)
	Servicio	Establecimiento Baja Complejidad	Hospital de Til Til
	Municipal	Centro de Salud Familiar	Centro de Salud Familiar Huertos Familiares
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural La Capilla de Caleu
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Montenegro
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Rungue
	Municipal	Posta de Salud Rural	Posta de Salud Rural Polpaico
	Municipal	Consultorio de Salud Mental	COSAM Til-Til

Fuente de información: Departamento Estadísticas en Salud (DEIS) Diciembre 2012

## **ANEXO 5: Grupo para análisis de “juicio de expertos” y validación de entrevista a involucrados**

### **Validación de Entrevista a involucrados**

Estimado/a:

Solicito a usted evaluar las siguientes preguntas, las que serán aplicadas en forma presencial como entrevista semi estructurada a los profesionales involucrados y responsables en los procesos de entrega, compra, distribución interna, indicación médica y dispensación de medicamentos GES para la Artritis reumatoidea y Artrosis de cadera y/o rodilla leve a moderada, del SSMNorte.

#### **El Objetivo General de esta Investigación Operativa es:**

Evaluar los procesos que se involucran en la prescripción, entrega y distribución de medicamentos en pacientes con Artritis Reumatoidea y Artrosis en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, mediante la aplicación del enfoque de cadena de valor y madurez de procesos para proponer mejoras al cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

#### **La siguiente entrevista pretende:**

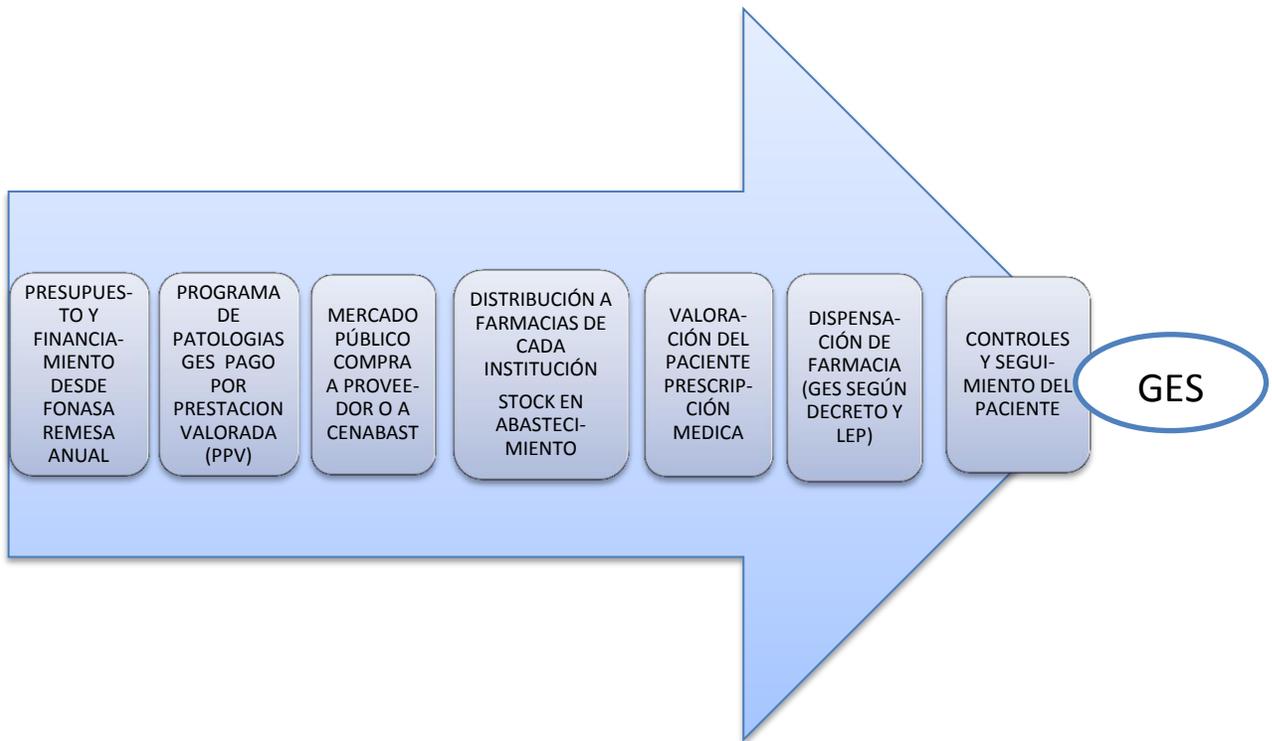
Revisar los procesos operativos en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, identificando actividades y sub-actividades en las diferentes áreas o entidades funcionales, mediante entrevista a los involucrados.

Las preguntas están organizadas según las etapas o eslabones participantes en el proceso (Cadena de Valor), a fin de ordenar y guiar las respuestas evitando cambiar el foco de la investigación.

Luego de las preguntas, encontrará un cuestionario. Sus aportes serán de gran utilidad para abordar concretamente los temas que se requieren estudiar y el uso de

la información recopilada será exclusivo para los fines académicos que se persiguen. Agradezco su valiosa participación.

Cadena de Valor del Proceso a estudiar, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte:



Los procesos en salud se han establecido en torno a funciones concretas, con protocolos o manuales para cada procedimiento. Sin embargo, el análisis, reestructura y modificación de estos, es un tema que inquieta, pues sino se evalúan constantemente no aportan en la cadena de valor. Estos deben además adaptarse a la realidad epidemiológica actual.

El valor se define como una suma de beneficios percibidos por un sujeto. En el contexto de salud, una **cadena de valor** puede ser definida como un modelo teórico o una serie enlazada de conocimientos, distribuciones, actividades y recursos involucrados en la generación y entrega de valor final “para los usuarios”. Permite describir y analizar las actividades de una organización y la descompone, en sus “actividades estratégicas”.

## **Entrevista a los Involucrados en el Servicio de Salud Metropolitano Norte:**

### **• PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO DESDE FONASA REMESA ANUAL**

1. ¿Cómo se organiza el presupuesto en el Servicio de Salud para los fármacos GES?
2. ¿La actividad programada mensual se ajusta al presupuesto asignado?
3. ¿Cómo es el flujo o proceso de financiamiento en el Servicio de Salud para fármacos GES: transferencias, remesas?

### **• PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS PATOLOGIAS GES PAGO POR (PPV)**

4. ¿Qué criterios se utilizan para programar los fármacos GES?
5. ¿Qué entidades, Centros de Responsabilidad o Unidades participan en el proceso de programación?
6. ¿El stock programado es mensual, y cumple con las necesidades?

### **• MERCADO PÚBLICO COMPRA A PROVEEDOR O A CENABAST**

7. ¿Cómo funciona el abastecimiento de medicamentos y dispositivos para la red de APS y Hospital?
8. ¿Qué problemas se detectan en la compra, disponibilidad y distribución de medicamentos por CENABAST?
9. ¿Se compran a otros proveedores si CENABAST no cuenta con los medicamentos?
10. ¿Existe deuda a proveedores?
11. ¿Se negocian los plazos y despacho de medicamentos al Servicio de Salud o establecimientos?

- **DISTRIBUCIÓN A FARMACIAS DE CADA INSTITUCIÓN**

12. ¿Qué criterios se utilizan para la distribución de los fármacos GES a los establecimientos?
13. ¿Es oportuna la distribución a la red?
14. Si no llega algún medicamento ¿a quién se informa o cuál es el procedimiento a seguir?
15. ¿Cómo se registra la distribución en las diversas entidades: Servicio de Salud, Hospital, APS?

- **ALMACENAMIENTO (en los hospitales y APS)**

16. ¿En los establecimientos están las condiciones adecuadas para el almacenamiento de los fármacos?
17. ¿Cómo se organizan los medicamentos en la Farmacia: por Programas, Crónicos, Patologías GES, otros?
18. ¿Con qué documentos o en qué sistema se registra la recepción de los medicamentos?

- **STOCK EN ABASTECIMIENTO DE HOSPITAL/APS**

19. ¿Qué sistema de inventario se utiliza en el establecimiento para los fármacos?
20. ¿Cómo se realiza el inventario físico de los medicamentos y su periodicidad?
21. ¿Quiénes tienen acceso a datos de bodega y se encarga del stock crítico?
22. ¿A quiénes se informa en caso de desabastecimiento y cuál es el flujo?

- **VALORACIÓN DEL PACIENTE Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

23. ¿Cómo es el flujo desde la valoración médica, prescripción y entrega de medicamentos en farmacia?
24. ¿Se conocen las cantidades de pacientes atendidos por AR y OA en los establecimientos?
25. ¿Cómo es la forma de registro: REM, pacientes GES, otro?
26. ¿Qué medicamentos prescriben los médicos, conocen el arsenal farmacológico GES o canasta?

27. ¿Se cumple con información al paciente GES por profesional médico: consentimiento, IPD, otro?

- **DISPENSACIÓN DE FARMACIA (PATOLOGIA GES SEGUN LEP)**

28. ¿Con qué documentos o sistema se registra la dispensación de los medicamentos?

29. ¿Qué mecanismos se utilizan para el control y seguimiento de los medicamentos?

- **CONTROLES Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE**

30. ¿Cómo se controla la periodicidad en la entrega de los medicamentos a estos pacientes crónicos?

31. ¿Se registra el seguimiento del paciente y existe un mecanismo para alertar inasistencias?

### **Evaluación de Preguntas para Entrevista a involucrados**

Fecha: mayo 2013.

Una vez leídas las preguntas del cuestionario, se solicita marcar con una “x” la aseveración que considere más adecuada en relación a las dimensiones abordadas por este Estudio para alcanzar el objetivo final de la Investigación, en términos de su “relevancia y presentación”.

Podrá hacer comentarios adicionales si considera pertinente en la sección de observaciones.

A continuación, se presentan los criterios de calificación para cada una de las categorías de evaluación propuestas.

**Relevancia:**

**a) Fundamental:** Esta característica me parece fundamental.

**b) Útil pero no esencial:** Esta característica me parece adecuada, pero no esencial.

**c) Irrelevante:** Esta característica no es un aporte.

**Presentación:**

**a) Claro:** La pregunta está redactada de forma adecuada, con vocabulario apropiado y fácilmente entendible para la población a la cual es dirigida.

**b) No claro:** La pregunta es confusa y/o no cuenta con vocabulario apropiado para la población a la cual es dirigida

Cadena de Valor	Nº Pregunta	RELEVANCIA			PRESENTACION	
		Fundamental	Útil pero no fundamental	Irrelevante	Claro	No Claro
Presupuesto y financiamiento desde FONASA remesa anual	1	X			X	
	2	X			X	
	3	X			X	
Programa de patologías GES pago por prestación valorada (PPV)	4	X			X	
	5	X			X	
	6			X	X	
Mercado Público, compra a proveedor o a Cenabast	7	X			X	
	8	X			X	
	9	X			X	
	10	X			X	
	11			X	X	

Distribución a farmacias de cada institución	12	X			X	
	13	X			X	
	14		X		X	
	15			X	X	
almacenamiento	16	X			X	
	17	X			X	
	18		X		X	
stock en abastecimiento de Hospital/APS	19			X	X	
	20	X			X	
	21	X			X	
	22	X			X	
Valoración del paciente y prescripción médica	23	X			X	
	24	X			X	
	25	X			X	
	26	X			X	
	27	X			X	
Dispensación de Farmacia GES por LEP	28		X		X	
	29	X			X	
Controles y seguimiento del paciente	30	X			X	
	31	X			X	

Observaciones (Indicar el N° de la pregunta):

Según acuerdo: Preguntas 6, 15 y 19 son eliminadas, las preguntas 11, 14, 18 y 28 se replantean y se llega a consenso para validación, quedan incluidas.

## ANEXO 6:

### REM P 03 Artrosis de cadera y rodilla. Población Bajo Control en APS Año 2012. Total Comunas.

<b>SECCION A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL</b>				
<b>PROGRAMAS</b>		TOTAL		
		TOTAL	Hombres	Mujeres
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR)		3.029	1.794	1.235
ASMA BRONQUIAL		10.216	4.133	6.083
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)		3.958	1.740	2.218
PREMATURO MENOR 1500 GRS. Y MENOR DE 32 SEMANAS		239	122	117
OXIGENO DEPENDIENTE		342	124	218
FIBROSIS QUÍSTICA		8	6	2
EPILEPSIA		1.824	814	1.010
ENFERMEDAD DE PARKINSON		212	101	111
<b>ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA</b>		<b>4.831</b>	<b>1.717</b>	<b>3.114</b>
ALIVIO DEL DOLOR		101	47	54
DEPENDENCIA LEVE		516	172	344
DEPENDENCIA MODERADA		442	154	288
DEPENDENCIA SEVERA	ONCOLÓGICA	89	37	52
	NO ONCOLÓGICA	1.161	441	720
DEPENDENCIA SEVERA CON ESCARAS (*)		183	58	125
PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DEPENDENCIA SEVERA	TOTAL CON DEPENDENCIA SEVERA	1.107	434	673
	DEPENDENCIA SEVERA CON ESCARAS	151	50	101

(\*) Incluidos en Dependencia Severa Oncológica y NO Oncológica

**SECCION B: INGRESOS DEL SEMESTRE**

PROGRAMAS	TOTAL		
	TOTAL	Hombres	Mujeres
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR)	619	373	246
ASMA BRONQUIAL	907	373	534
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	348	158	190
PREMATURO MENOR 1500 GRS. Y MENOR DE 32 SEMANAS	32	15	17
OXIGENO DEPENDIENTE	48	20	28
FIBROSIS QUÍSTICA	1		1
EPILEPSIA	68	38	30
ENFERMEDAD DE PARKINSON	32	18	14
<b>ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA</b>	<b>463</b>	<b>89</b>	<b>374</b>
ALIVIO DEL DOLOR	90	39	51

**SECCION C: EGRESOS DEL SEMESTRE**

PROGRAMAS	TOTAL		
	TOTAL	Hombres	Mujeres
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR)	185	107	78
ASMA BRONQUIAL	627	300	327
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	185	92	93
PREMATURO MENOR 1500 GRS. Y MENOR DE 32 SEMANAS	14	7	7
OXIGENO DEPENDIENTE	49	20	29
FIBROSIS QUÍSTICA			
EPILEPSIA	72	29	43
ENFERMEDAD DE PARKINSON	7	3	4
<b>ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA</b>	<b>84</b>	<b>20</b>	<b>64</b>
ALIVIO DEL DOLOR	84	34	50

## Casos activos GES creados en SIGGES, año 2012:

Agrupación Rama: 52. Artritis Reumatoide, año 2012

Servicio Salud	6. Cerrado	7. Activo	Total Casos
Aconcagua	0	57	57
Antofagasta	1	81	82
Araucanía Norte	0	68	68
Araucanía Sur	1	353	354
Arica	0	38	38
Atacama	1	92	93
Aysén	0	15	15
Biobío	1	67	68
Chiloé	1	81	82
Concepción	0	202	202
Coquimbo	0	187	187
del Libertador B.O'Higgins	0	197	197
del Maule	0	167	167
Del Reloncaví	2	165	167
Iquique	0	46	46
Magallanes	1	42	43
<b>Metropolitano Central</b>	<b>0</b>	<b>206</b>	<b>206</b>
<b>Metropolitano Norte</b>	<b>2</b>	<b>221</b>	<b>223</b>
<b>Metropolitano Occidente</b>	<b>2</b>	<b>280</b>	<b>282</b>
<b>Metropolitano Oriente</b>	<b>1</b>	<b>208</b>	<b>209</b>
<b>Metropolitano Sur</b>	<b>1</b>	<b>323</b>	<b>324</b>
<b>Metropolitano Sur Oriente</b>	<b>1</b>	<b>303</b>	<b>304</b>
Nuble	1	99	100
Osorno	0	72	72
Talcahuano	1	129	130
Valdivia	1	128	129
Valparaíso San Antonio	1	123	124
Viña del Mar Quillota	2	336	338
<b>Suma</b>	<b>21</b>	<b>4.286</b>	<b>4.307</b>

Extracción: 30-06-2013

Fuente: Datamart - Sigges

Agrupación Rama: 41. Tratamiento Médico Artrosis de Cadera Leve o Moderada

<b>Servicio Salud</b>	<b>6. Cerrado</b>	<b>7. Activo</b>	<b>Total Casos</b>
Aconcagua	1	438	439
Antofagasta	3	555	558
Araucanía Norte	2	337	339
Araucanía Sur	5	1.207	1.212
Arauco	3	279	282
Arica	3	298	301
Atacama	3	326	329
Aysén	0	114	114
Biobío	8	1.068	1.076
Chiloé	1	192	193
Concepción	3	674	677
Coquimbo	6	402	408
del Libertador B.O'Higgins	6	1.128	1.134
del Maule	9	1.588	1.597
Del Reloncaví	1	399	400
Iquique	2	282	284
Magallanes	3	154	157
<b>Metropolitano Central</b>	<b>4</b>	<b>985</b>	<b>989</b>
<b>Metropolitano Norte</b>	<b>5</b>	<b>888</b>	<b>893</b>
<b>Metropolitano Occidente</b>	<b>8</b>	<b>1.492</b>	<b>1.500</b>
<b>Metropolitano Oriente</b>	<b>8</b>	<b>1.287</b>	<b>1.295</b>
<b>Metropolitano Sur</b>	<b>13</b>	<b>1.603</b>	<b>1.616</b>
<b>Metropolitano Sur Oriente</b>	<b>1</b>	<b>1.000</b>	<b>1.001</b>
Nuble	1	914	915
Osorno	4	278	282
Talcahuano	4	452	456
Valdivia	3	970	973
Valparaíso San Antonio	7	589	596
Viña del Mar Quillota	12	1.996	2.008
<b>Suma</b>	<b>129</b>	<b>21.895</b>	<b>22.024</b>

Extracción: 30-06-2013

Fuente: Datamart - Sigges

Agrupación Rama: 41. Tratamiento Médico Artrosis de Rodilla Leve o Moderada

<b>Servicio Salud</b>	<b>6. Cerrado</b>	<b>7. Activo</b>	<b>Total Casos</b>
Aconcagua	1	821	822
Antofagasta	5	863	868
Araucanía Norte	5	395	400
Araucanía Sur	2	926	928
Arauco	3	435	438
Arica	3	412	415
Atacama	3	405	408
Aysén	0	111	111
Biobío	2	961	963
Chiloé	0	426	426
Concepción	0	1.514	1.514
Coquimbo	6	955	961
del Libertador B.O'Higgins	16	2.432	2.448
del Maule	7	2.432	2.439
Del Reloncaví	2	540	542
Iquique	5	727	732
Magallanes	7	295	302
<b>Metropolitano Central</b>	<b>4</b>	<b>1.935</b>	<b>1.939</b>
<b>Metropolitano Norte</b>	<b>10</b>	<b>1.414</b>	<b>1.424</b>
<b>Metropolitano Occidente</b>	<b>16</b>	<b>3.379</b>	<b>3.395</b>
<b>Metropolitano Oriente</b>	<b>21</b>	<b>2.604</b>	<b>2.625</b>
<b>Metropolitano Sur</b>	<b>17</b>	<b>2.872</b>	<b>2.889</b>
<b>Metropolitano Sur Oriente</b>	<b>13</b>	<b>2.520</b>	<b>2.533</b>
Nuble	9	1.727	1.736
Osorno	4	710	714
Talcahuano	3	1.018	1.021
Valdivia	2	1.310	1.312
Valparaíso San Antonio	4	1.149	1.153
Viña del Mar Quillota	16	2.839	2.855
<b>Suma</b>	<b>186</b>	<b>38.127</b>	<b>38.313</b>

Extracción: 30-06-2013

Fuente: Datamart - Sigges

Flujo de derivación local para las patologías GES en estudio, artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada y la artritis reumatoide:

Nº	PROBLEMA DE SALUD GES	PLAZO DE GARANTÍA DESDE DERIVACIÓN	EDAD	SE DERIVA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA ▲ TRATAMIENTO ● ATENCIÓN DE ESPECIALISTA ● CONTROL DE ESPECIALIDAD ●	ESTABLECIMIENTO DESTINO	UNIDAD	ESPECIALIDAD	OBSERVACIONES CLÍNICAS
33	HEMOFILIA	15 DÍAS	15 AÑOS Y MÁS	SIC ▲	HRRIO	AMBULATORIA	HEMATOLOGÍA ADULTO	
34	DEPRESIÓN	30 DÍAS	18 AÑOS Y MÁS	SIC ●	COSAM PSIQUIÁTRICO	AMBULATORIA	PSIQUIATRÍA ADULTO	SI PACIENTE CUMPLE CRITERIO DE EPISODIO CON ALTO RIESGO SUICIDA Y OTROS SEGÚN PROTOCOLO: DERIVAR A INSTITUTO PSIQUIÁTRICO
35	HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	PLAZO COMIENZA DESDE CONF. DIAGNÓSTICA	TODO BENEFICIARIO	SIC ▲	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	UROLOGÍA ADULTO	
38	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	45 DÍAS	TODO BENEFICIARIO	SIC ●	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	BRONCOPULMONAR ADULTO	
41	ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA LEVE MODERADA	120 DÍAS	55 AÑOS Y MÁS	SIC ●	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	TRAUMATOLOGÍA ADULTO	DERIVAR SI HAY FRACASO DE TRATAMIENTO MÉDICO EN APS, DESPUÉS DE 2 MESES DE HABER CREADO EL CASO
43	TUMORES PRIMARIOS DEL SNC	25 DÍAS	15 AÑOS Y MÁS	SIC ▲	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	NEUROCIRUGÍA ADULTO	
44	HERNIA NÚCLEO PULPOSO LUMBAR	PLAZO COMIENZA DESDE CONF. DIAGNÓSTICA	TODO BENEFICIARIO	SIC ▲	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	NEUROCIRUGÍA ADULTO	
45	LEUCEMIA	21 DÍAS PARA AGUDA 60 DÍAS PARA CRÓNICA	15 AÑOS Y MÁS	SIC ▲	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	HEMATOLOGÍA ADULTO	
51	FIBROSIS QUIÍSTICA	PLAZO COMIENZA DESDE CONF. DIAGNÓSTICA	15 AÑOS Y MÁS	SIC ▲	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	BRONCOPULMONAR ADULTO	
52	ARTRITIS REUMATOIDE	PLAZO COMIENZA DESDE CONF. DIAGNÓSTICA	15 AÑOS Y MÁS	SIC ▲	CDT. ELOISA DÍAZ	AMBULATORIA	REUMATOLOGÍA	

\*Tabla Creada por Unidad GES, Subdepartamento de Convenios. SDGA, SSMN.

## ANEXO 7: Entrevistas semi estructuradas:

- **PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO DESDE FONASA**

1. **¿Cómo se constituye el presupuesto en el Servicio de Salud para los fármacos GES?**

*“En el caso de los medicamentos GES, hay algunos que están financiados en PPV a través de compra centralizada a Cenabast. Estos son: Hemofilia, Esclerosis Múltiple, Hepatitis C, Artritis Idiopática Juvenil, **Artritis Reumatoídea Adulto**, vacuna VRS. Además, reembolsamos a los servicios los gastos en algunos fármacos usados para Leucemia y para Cáncer de mamas”. A principios de año se fija a cada servicio un presupuesto para estos medicamentos, que es referencial y a través del año se va modificando a través de decretos presupuestarios que se tramitan con DIPRES, para ir ajustando el presupuesto a la realidad de consumo y gasto de cada Servicio”. (FONASA).*

*“Dependiendo de la programación, nosotros programamos una vez al año por intermediación y se va revisando cada cuatro meses y si falta algún medicamento hacemos licitaciones o compra directa según la urgencia” (CDT. CHSJ)*

*“Se hace a través de la programación, en base al consumo y es una vez al año fundamentalmente, según el análisis que hacen los QF... y hasta hace un par de años se hacía todo en el Servicio pero ahora cada establecimiento lo realiza y lo envía directamente a Cenabast, en el caso de los fármacos para la APS se hace desde el Servicio de Salud y hay presupuestos extras para fármacos que se incorporan. Y de acuerdo a la disponibilidad de Cenabast se van comprando otros medicamentos... Fonasa transfiere la plata directamente a los Servicios de salud y es el MINSAL define las canastas GES y hace las gestiones para conseguir las platas con Hacienda. (SS)*

*“El Presupuesto de fármaco GES está dado por el Ministerio exclusivamente para esos fármacos, estos son: Hipoglicemiantes, Antiepilépticos, Artrosis, Parkinson y para Programa IRA - ERA en base a la Programación Anual que se hace con la*

*Cenabast. Si la Cenabast no da cumplimiento a estas peticiones el MINSAL nos traspasa dinero al Servicio Salud para comprar directamente a laboratorios o droguerías particulares, se hace licitación por Chile Compra según protocolos con aquella que cuente con las mejores condiciones en el momento es la que se lleva la propuesta”. (SS)*

*“Los Medicamentos que se programan de acuerdo al flujograma para Artrosis, en la Dirección de Servicio por compra centralizada son: Celecoxib 200 mg. Cápsulas, Tramadol 100 mg/ml. gotas. Tramadol 100 mg. Comprimidos”. (SS)*

*“Me imagino que debe ser según el bajo control más un margen estadístico del aumento en base al año anterior y la canasta”. (CSC)*

*“Desconozco cómo se organiza presupuesto en el Servicio de Salud lo que logro detectar como Unidad técnica son las necesidades y requerimiento que nosotros realizamos como comuna, hay que diferenciar los centros de costo. El Arsenal Comunal se conforma de: GES, trazadores de APS y arsenal local, parte de arsenal GES lo deriva el Servicio de Salud dentro de esos fármacos está el celecoxib, tramadol y paracetamol”. (CSC)*

*“No lo sé, creo que se debe preguntar al Servicio de Salud, según las PPV para el caso de la Artritis, pero para la Artrosis, no lo sé por Programas?...”(CHSJ)*

*“Lo ignoro, no es mi tema, debe saber la gente de Servicio con el MINSAL” (CESFAM)*

*“Cuando hay un presupuesto anual y no te dan el monto, la rotación es tan alta no es el tema de los fármacos es complejo en Colina ajustamos por stock quiebre” (CSC).*

## **2. ¿La actividad programada mensual se ajusta al presupuesto asignado?**

*“Hay desajustes porque la programación es a la alta considerando un 10% de aumento de pacientes pero el hospital nos rebaja y se ajusta al mes anterior, por tanto, el tiempo de reacción es muy corto y la revisión de los stock es cada 15 días. (CDT/CHS)*

*“Hace aproximadamente 3 años no hay un presupuesto asignado, antiguamente había un presupuesto para Programa de Paternidad Responsable y medicamentos propiamente tal y se dividía según el año pasado con un pequeño inflator anual. En junio se programa con la Cenabast para el año siguiente y nos han dado durante estos años ese presupuesto solicitado a diferencia de otros Servicios en que se ha recortado el presupuesto desde MINSAL, desde SS se programa según Orientaciones Programáticas”. (SS)*

*“Yo creo que a veces si otras no...Creo que los medicamentos GES se ajustan al presupuesto asignado,... yo creo que es por las orientaciones programáticas.” (CSC)*

*“Sí, se debe ajustar porque hablamos de un GES y eso está garantizado por ley, pero el ajustar a un presupuesto no es fácil pues trabajamos con el bajo control según el REM P 03 y en base a ello se programan los fármacos año tras año, algunas veces los reclamos por los fármacos es porque se demora la entrega a los CESFAM no por la programación, pero el tema es la Cenabast”. (CESFAM)*

*“No lo sé... es tema del Servicio, pero te puedo decir que nosotros estimamos el 5% del bajo control para fármacos como el celecoxib, según la guía clínica, pero no está siendo efectiva, es muy restrictivo ya que en el caso del celecoxib hay que hacer un sistema de racionalización, te entregan una dosificación para un tiempo determinado, pero para darlo en forma crónica como es el caso de los pacientes con artrosis no alcanza”. (CSC)*

*“Cuando hay un presupuesto anual y no te dan el monto, es muy difícil programar, y a la vez la rotación de médicos es tan alta y no conocen las Guías GES que muchas veces en los CESFAM no alcanzan los fármacos, es complejo... aquí en Colina ajustamos por stock de quiebre (CSC)*

*“Depende de la comuna ya que hay municipalidades más organizadas y es una ventaja y se puede trabajar con el equipo de adquisiciones” (CESFAM)*

### **3. ¿Cómo es el flujo o proceso de financiamiento en el Servicio de Salud para fármacos GES: transferencias o remesas?**

*“En la unidad de farmacia de SUBRED se levantan los requerimientos de compra y se envía la solicitud a la Cenabast. Los despachos se hacen según la unidad de farmacia de SUBRED lo estima, y los proveedores despachan a los Servicios que nos informan conformidad de facturas y nosotros transferimos los recursos para su pago a los Servicios de Salud mensualmente”. (FONASA).*

*“En el Hospital para la artritis reumatoidea se realiza una intermediación con Cenabast porque los medicamentos son caros y ellos ofrecen buenos precios y según la prestación ingresada en SIGGES por la gente del GES,... se paga por PPV mensualmente realizando una transferencia al establecimiento”,... (CDT/CHSJ)*

*“Cenabast casi en un 100% compra a través del siguiente mecanismo: Licitaciones efectuadas por Cenabast y Proveedores adjudicados despachan a un Operador Logístico contratado por Cenabast... lo que es a las regiones, el cual hace acopio de bultos y remite a cada establecimiento. A los establecimientos del área metropolitana los Proveedores lo hacen directo. El próximo año será con distribución a través Operador Logístico también en la región metropolitana. La Facturación es siempre de Proveedor a Usuario, salvo los fármacos exclusivos, que no están en el mercado nacional, que son adquiridos por importación nuestra”. (Cenabast)*

*“Dentro de la compra habitual están programados los fármacos en el Servicio y van llegando las remesas mensuales, de acuerdo a lo que llega de Cenabast pero depende de las bodegas, porque ese es el problema”... (CESFAM)*

*Remesa es igual una transferencia mensual pero la transferencia está asociada a producción”. (SS)*

*“El Flujo de financiamiento corresponde a remesas para comprar medicamento desde FONASA a MINSAL y desde MINSAL a los Servicios de Salud, de enero a mayo por ejemplo, viene acotado el tiempo para comprar y la remesa llega a Finanza del SS. Se solicitó que las “platas no llegaran demasiado marcadas” para ciertos medicamentos, porque por ejemplo si la plata era para ácido valproico y aunque hubiese sobre stock se solicitaba comprar solo este medicamento, a pesar que el ítem 24 de Farmacia es uno solo (es un tema que*

*no se entiende, ignoro las razones) yo solicito que se consideren las platas que son de los programas ministeriales.” (SS)*

*“No sé si será remesa o transferencia...Yo creo que son transferencias más que remesas, porque son programados de un año a otro, porque remesas es más modelo de programas.” (CSC)*

*“mmm,... no lo sé!... cómo es un tema del Servicio de Salud, me interesa que lleguen los fármacos como se compran lo ignoro.”(CESFAM)*

*“¿Es por remesas?... En esta comuna no estimamos, nos guiamos por la Norma Técnica N°12 (tiene hartos pero no está actualizado) nosotros generamos proyección de compra, que es a través de consumos históricos y podemos confiar en la información que manejamos” (CSC)*

- **PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS PATOLOGIAS GES**

#### **4. ¿Qué criterios se utilizan para programar los fármacos GES?**

*“Se programan las Orientaciones Programáticas Ministeriales, da la casualidad que las patologías son GES, el MINSAL sabe que en la APS es difícil concentrar los dineros que son para fármacos, al MINSAL le interesa cautelar que la plata llegue a la APS, por eso inventó este sistema de Compra Centralizada donde se programa con Cenabast en primera instancia, para el año siguiente. Se programa con Cenabast anual y luego se divide en doce para programar mensual, o sea, de acuerdo a las orientaciones y al bajo control se programa mensual, un paciente con Artrosis tiene que ser mayor de 55 años para estar en el programa, tiene que tener bajo riesgo cardiovascular y alto riesgo gastrointestinal para acceder al fármaco GES, el paracetamol, tramadol y celecoxib son denominados fármacos trazadores.”(SS)*

*“Nosotros lo hacemos en base a Orientaciones Programáticas, según los datos “el P” o bajo control y en base a lo que está establecido en las Guías Clínicas (cuántos son los consumos máximos, cuántos son los porcentajes de usuarios) y luego el Servicio centraliza, lo revisa y chequea y nos envía los medicamentos. La programación es anual, pero el Servicio hace los despachos mensuales y la*

*referente ya tiene lo que se programó por el año anterior y según el bajo control un histórico, con respecto al celecoxib es un 5% de los usuarios con artrosis, debiera tener esta terapia de tercera línea, o sea 10 comprimidos 3 veces al año, SOS, como indica la Guía Clínica pero es difícil que se cumpla muchas veces en la atención primaria, con los otros medicamentos no tengo problemas”. (CSC)*

*“Hay temas que han quedado en el aire, por las definiciones de las funciones. En el MINSAL hay una Unidad en Salud Pública que es de Ciclo Vital, pero no existe un Programa del Adulto, las actividades del adulto están en el programa de Salud Cardiovascular y está en la Unidad de Crónicas “no transmisible”, pero por otro lado en Redes esta la visión de la APS Modelo de Salud Familiar enfoque Ciclo Vital y está el decreto per cápita que define control de patología crónica son 26 prestaciones que debe realizar APS, pero no está la artrosis en sí. Es una patología GES pero no hay encargados de artrosis, no hay programa asociado solo guías clínicas”. (MINSAL)*

*“Deben estar identificados por el P03, pero no hay protocolos para la artrosis, se comenzó a trabajar pero se cayó en la UGRL, por tanto, la programación es por bajo control histórico o anual”. (SS)*

*“La Programación de la artrosis es anual pero los despachos son mensuales según el histórico, desde el Servicio”. (SS)*

*“El mismo de todos, no hay preferencia por ser GES, por el bajo control, pero hay comunas que son más organizadas y tiene claro su bajo control, otras no” (CSC)*

*“Se programan por las PPV del año anterior, la artritis reumatoidea se controla desde el Servicio y se ve mensualmente lo programado y lo ejecutado por el Hospital, pero tenemos problemas con los especialistas para este GES” (CHSJ)*

##### **5. ¿Qué entidades, Centros de Responsabilidad o Unidades participan en el proceso de programación?**

*“Nosotros desde farmacia realizamos la programación, informamos a finanzas, ya que constantemente nos controlan el presupuesto” (CDT/CHSJ)*

*“Participan el Servicio de Salud, la bodega del Servicio, en las Corporaciones las Bodegas comunales de farmacia y los botiquines farmacológicos en los respectivos CESFAM”. (SS)*

*“En este caso nosotros como referentes comunales o Corporaciones, obviamente los Centros de Salud y bueno yo solicito la información de los P, los centralizo para envío al Servicio de Salud, pero mensualmente se hace la solicitud en una planilla que ya está pre-programada que sería Parkinson, Artrosis, Programa IRA - ERA,... lo hacen todas las comunas igual y se envía al Servicio.” (CSC)*

*“Importante aclarar que no hay Químico Farmacéutico en los CESFAM, en comuna solo hay uno, sólo Huechuraba tiene dos y que ayuda bastante para el tema del seguimiento el resto solo tiene uno comunal. Esto era un Área de Productos Farmacéuticos. Yo programo de los P los centralizo y luego se envía al Servicio y nosotros retiramos los medicamentos del Servicio que compra los medicamentos, y luego enviamos a los Consultorios de la comuna. Nosotros cambiamos la estructura cuando llegamos, se creó un perfil de cargo y se crearon coordinadores de Unidad, secretaria, chequeador y bodeguero y los sistemas debieran entregar los datos necesarios”. (CSC)*

*Bueno desde el Servicio con FONASA o el MINSAL, no sé,.. Nosotros aquí con la Corporación y en los botiquines según el bajo control histórico (CESFAM)*

- **MERCADO PÚBLICO COMPRA A PROVEEDOR O A CENABAST**

**6. ¿Cómo funciona el abastecimiento de medicamentos y dispositivos para la red de APS y Hospital?**

*“Estos fármacos son comprados por Cenabast por orden de la Subsecretaría de Salud. Los Servicios y/u Hospitales efectúan la programación para el año calendario a través de la WEB de Cenabast. El despacho es directo desde el proveedor al usuario, así como también deben efectuar la cancelación directa a proveedor. Cenabast actúa como intermediador y cobra una comisión actual de 6%”.(Cenabast)*

*“Con la artrosis no hemos presentado problema a mí me llega lo que pido del Servicio de Salud y recibo el celecoxib, tramadol gotas y comprimidos, el*

*paracetamol no, se compra por el per cápita,... pero nosotros no tenemos mediación en la compra con la Cenabast...eso lo hace el Servicio, en otras comunas no está controlado el consumo a nivel de CESFAM por eso habían muchos pacientes fuera de la cobertura por eso en muchas comunas eran insuficientes los comprimidos y el por qué es muchas veces, por la organización de los CESFAM y tiene que ver que no se monitorea mayormente por labores administrativas.” (SS)*

*“En general funciona bastante bien, se informa a partir de los centros los P o bajo control al Servicio de Salud y se envían según solicitud, la comuna tiene que comprar el fármaco en caso de los no GES, sin embargo, los médicos a veces los fármacos de la artrosis los prescriben para pacientes no GES y es comprensible porque le produce mayor alivio al paciente, el usar el celecoxib por ejemplo. El 5% según la guía de artrosis recibirá el celecoxib y debe estar disponible para los pacientes solamente en caso de crisis”. (CSC)*

*“Hay comunas y municipalidades más organizados e involucrados en los procesos de compra cuando hay cambio de médico se producen los problemas porque es empezar de cero y hay mucho médico extranjero o de distintas escuelas que prescriben distintas dosificaciones o no son rigurosos con las Guías GES,...¡ni las conocen!...” (CESFAM)*

*“Bueno nosotros en Conchalí tenemos Rayen somos los únicos de la Norte que lo tiene y es súper fácil filtrar y ver casos puntuales y estadísticas. Recoleta no tiene sistemas informático solo Cristo Vive como caso particular tiene Rayen, Colina tiene su sistema propio yo, Huechuraba no tiene nada trabaja todo con excel,... yo puedo pedir los pacientes con artrosis que está con celecoxib habían usuarios que tenían terapia permanentes de celecoxib y no tenían mayor vigilancia y seguimiento. No se cumplen las terapias de primera línea por el tema de la rotación médica, lo vas a encontrar en varias comunas, en Huechuraba lo mismo por desconocimiento médico.”(CSC)*

## 7. ¿Qué problemas se detectan en la compra, disponibilidad y distribución de medicamentos por CENABAST?

*“En la Compra: dado el sistema actual de programación de todos los artículos en una misma fecha, la carga de trabajo es muy alta en un mismo período, lo que lo hace ineficiente por el recurso humano insuficiente en un determinado período, lo que implica atrasos en los procesos que involucra la compra. **Disponibilidad:** en la medida que se atrase el proceso de compra afecta directamente en la disponibilidad, por cuanto los proveedores reciben las órdenes de compra muy tardíamente. Hay que pensar que todo finalmente es prácticamente importado, ya sea producto terminado o las drogas y excipientes para su fabricación nacional. A su vez los fabricantes extranjeros tienen su cadena de producción de acuerdo a las fechas en que les llegue el pedido de compra; no tienen tampoco stock por si les hacen pedidos. **Distribución:** tanto los proveedores como operadores logísticos no han demostrado en absoluta ser más eficientes de lo que lo había sido Cenabast. Proveedores no despachan al Operador Logístico con la debida antelación para que este a su vez envíe la carga con el tiempo suficiente para llegar en la fecha comprometido con el Establecimiento. También según me han comentado, llega menos mercadería de la declarada en la guía”. (Cenabast y CHSJ)*

*“Los tiempos de reacción son poco acotados con Cenabast, en todo caso no tenemos injerencia en esa compra eso se hace desde Servicio de Salud”. (CSC)*

*“Para otros programas se hace compra directa, pero para los GES vienen del Servicio de Salud, en todo caso, nosotros somos los únicos que no estamos obligados a comprarle a la Cenabast como Corporación, y le hace el quite a la compra... aunque tiene sus beneficios que son el costo de los medicamentos y puedes negociar mejores precios, nosotros tenemos los medicamentos que se compran con el per cápita, nos corresponde el 12% para fármacos. Como los medicamentos son caros es más fácil controlarlo desde el Servicio de Salud, desde haya se controla mejor.... porque muchas veces aquí llega en base a los P y uno no alcanza a saber que está pasando o si hay mal uso en los CESFAM, ... los QF de las Corporaciones estamos sobrevendidos”.(CSC)*

*“Lo que programo me llega, tal vez en otras comunas no está bien estructurado o es insuficiente porque las labores administrativas no lo permiten para ir monitoreando”. (CESFAM)*

*“El problema principal con la Cenabast está en la distribución y en los tiempos, se obtiene buenos precios o valores, pero tú tienes una programación y ellos te avisan en plazos muy breves o ni siquiera te la avisan, te das cuenta cuando no te llega el despacho”. (SS y CHSJ)*

*“No trabajamos con Cenabast solo con privados, se abre el mercado, se cotiza el mejor precio y se compra, se negocian políticas de canje, es más eficiente, pero lo de artrosis lo ve el Servicio” (CSC)*

## **8. ¿Se compran a otros proveedores si CENABAST no cuenta con los medicamentos?**

*“Si así es, pero los medicamentos son más caros, pero es más rápida la entrega, cuentan con todos los medicamentos no tienes problemas en general, es más eficiente”. (SS y CDT/CHSJ)*

*“Los centros no podemos estar sin medicamentos si faltan se realiza una compra a farmacias privadas o droguerías, en el caso de los fármacos GES, nos ha pasado poco, porque está bien controlado.”(CESFAM)*

*“Hay comunas que han optado por no comprar a la Cenabast por el tema de cumplimiento y prefieren comprar directamente a un proveedor, porque como Corporación de Conchalí es mucho más fácil y rápido administrativamente hablando comprar directo a un proveedor, la Cenabast te pide claves accesos, subir a la plataforma, que los pedidos sean con un año de anterioridad, además me dan un 20% margen de lo que programé y a veces este 20% tampoco me alcanza, en el caso de los laboratorios todos tiene política de canje, te lo viene a dejar el pedido, si hay sobre stock puedes devolver por Cenabast no, los laboratorios te cumplen mucho. (CSC)*

*“Huechuraba por cumplimientos optó por compra directa con laboratorios o droguerías se licita anual a proveedores por los problemas con Cenabast,*

*además cuando se hace un contrato grande puedes poner cláusulas de multas bastante grandes y los laboratorios te cumplen". (CSC)*

*"No están calculados los stock, ellos no están viendo y exigiendo no podemos estimar consumos, algunas comunas estiman más menos lo que necesitan, como el área como tal no identifican bien los procesos administrativos, tienen falla y por no conocer los consumos reales." (CESFAM)*

#### **9. ¿Existe deuda a proveedores?**

*"Deuda a los proveedores lo ve Finanzas pero no debiera haber, porque el MINSAL cuando la Cenabast no entrega el medicamento manda las platas para comprar a otros proveedores. No sé qué pasa con Cenabast en este ítem, pero el Servicio de Salud paga". (SS)*

*"Si hay deudas y altísimas, en Conchalí solo en proveedores y acreedores hay deudas de 1600 millones de pesos y solo en fármacos e insumos la deuda es de 800 millones de pesos. Pero para la artrosis como la licitación viene del Servicio, no tenemos mayores problemas". (CSC)*

*"El Servicio nos envía para fármacos GES eso no lo vemos nosotros". (CESFAM)*

*"Todos tienen deuda, pero nosotros hemos solucionado el tema con bodegaje, y el flujo de caja se maneja, pero la raíz del problema no es esa" (CSC)*

#### **10. ¿Se negocian los plazos y despacho de medicamentos al Servicio de Salud o establecimientos?**

*"Existe un Calendario anual de fechas de despacho por cada establecimiento, ya acordado con cada uno de ellos. Se da el caso que inclusive hay despachos semanales de sueros, dado su volumen; así como también quincenales de otros grupo de artículos definidos por el establecimiento". (Cenabast)*

*Con la Cenabast es imposible porque los tiempos de ellos no son los nuestros, en general se demoran bastante pero como se sabe que funciona así, tenemos que comprar a privados si están con poco stock o retrasados". (CHSJ)*

*“No se negocian los plazos de entrega, porque la compra es centralizada pero la entrega de los medicamentos es descentralizada, o sea, llega directo a los establecimientos y desde Servicio de Salud se monitorea y se reclama a los proveedores cuando no llegan los fármacos, en este caso a la Cenabast”. (SS)*

*“Si de hecho yo lo hago porque como tenemos deudas considerables se negocian los pagos, los plazos y amortizamos las deudas con los proveedores, tenemos muchos proveedores bloqueados por el no pago, ... bueno lo negocio yo con la geste de Finanzas, con el Servicio hay una comunicación fluida y si hay problemas con los plazos o despachos con un correo se deja constancia y la referente lo soluciona”. (CSC)*

*“Se negocia todo pero no se cumple, ... con los privados pasa que por las deudas pierdes credibilidad, pero con Cenabast es imposible negociar plazos o despachos jamás se cumplen”. (CSC)*

- **DISTRIBUCIÓN A FARMACIAS DE CADA INSTITUCIÓN**

**11. ¿Qué criterios se utilizan para la distribución de los fármacos GES a los establecimientos o Centros de Salud?**

*“El medicamento llega al establecimiento y se debe enviar la guía de despacho o factura para que el Servicio de Salud pague, esta parte de la guía o factura a costado mucho, porque las comunas no responden no envían la factura y si no hay señal del establecimiento de recepción no se paga y se demoran el pago”. (SS)*

*“Un criterio es porcentual por las poblaciones que tiene cada uno de los Centros en Conchalí y en base a los P, ... yo tengo cuatro Centros y un CECOF para abastecer y distribuir fármacos GES en el caso de Artrosis, (pero no se divide entre los cinco, dependerá del consumo según su bajo control), ... como los pedidos y compras son con un mes de anticipación los CESFAM me informan y tenemos una mini bodega de almacenamiento, ... es en realidad un ´container de paso´ donde solo llegan los medicamentos y se distribuyen en el mismo día, y la persona de almacenamiento me pide a mí las distribuciones, ellos emiten las*

*guías de salida, la ingresan al Rayen, y se distribuye a los Centros, ellos vienen a retirar y cuando hay vehículo distribuimos nosotros. La mercadería la retiramos desde el Servicio y se deja en el container". (CSC)*

*"Como referente de farmacia es complejo ir a los Centros y realizar labores técnicas, si favorece que las funcionarias tienen experiencia, son antiguas y la parte técnica la manejan bien, pero no todas son técnicos de farmacia, se visitan los CESFAM una vez al mes o cada 15 días, según disponibilidad".(CSC)*

*"Consumos históricos nada más, y faltan muchas veces si sube en un año el número de pacientes" (CESFAM)*

## **12. ¿Es oportuna la distribución a la red?**

*"No está siendo Oportuna, se demoran mucho en la entrega de los medicamentos, para la Cenabast se cumplió si se envían antes del 30 de junio por ejemplo y se solicitaron para el primero de junio. Las demoras es más de 30 días muchas veces". (SS)*

*"Depende, es oportuna la distribución desde el Servicio de Salud a las Corporaciones y de ellos a nosotros pero no sé honestamente qué pasa con la Cenabast, creo que eso no funciona muy bien y no es oportuna". (CSC)*

*"Yo presiono y presiono pero al Depto. De Adquisición y Finanzas y al Servicio se avisa en el caso de la Artrosis y se hace presión pero se entiende que suceda, pero grandes quiebres de bodega no hemos tenido,... a veces el Servicio está un poco topado pero no hemos tenido desabastecimiento". (CSC)*

## **13.Si no llega algún medicamento ¿a quién se informa o cuál es el procedimiento a seguir?**

*"Se avisa a Servicio de Salud cuando no llegan los medicamentos, dan aviso de su pedido por correo electrónico y desde Servicio de Salud se informa a bodega que no llegó el pedido, para averiguar que pasa y realizar la compra, ahora el Subdirector Administrativo debe dar V°B°... Como hace un año, el procedimiento*

*es: se envía un memorándum (lo que enlenteció el sistema por un mes más o menos, antes era de dos a tres días para la entrega, es primera vez que el Subdirector de Recursos Físicos y Financieros del Servicio está metido en la bodega) bueno se espera el proceso de compra y estas son platas de la APS, la de los programas, ... para que bodega entregue sale con autorización de la Jefa de Abastecimiento, del Subdirector de Recursos Físicos y Financieros, de ahí Subdirector de Gestión Asistencia, luego Subdepto. De Redes y luego a mí". (SS)*

*"Se avisa al Servicio de Salud a la referente, por correo basta, pero en general es raro que suceda son casos puntuales" (CSC)*

- **ALMACENAMIENTO:**

**14. ¿En los establecimientos están las condiciones adecuadas para el almacenamiento de los fármacos?**

*"En las corporaciones de salud sí, en general son bastante preocupados por un tema de Autorización Sanitaria" (SS)*

*"Si en farmacia 100% porque están diseñadas en torno a restricciones técnicas y se cumple la normativa en el tema de bodega tiene algún problema por el diseño y esto hace a veces no cumplir con la normativa". (CESFAM)*

*"Yo creo que falta porque tiene que ver con la infraestructura, requiere un tiempo para presentar proyectos y que te envíen las platas, no es fácil tener todo para que funcione como se quiere, siempre hay que demostrar, demostrar"(CSC)*

**15. ¿Cómo se organizan los medicamentos en la Farmacia: por Programas, Crónicos, Patologías GES, otros?**

*"Importante destacar que no existe autorización sanitaria expresa en los establecimientos para botiquín, pues no son farmacias al no contar con un químico farmacéutico en el establecimiento, se debe formalizar el funcionamiento de los botiquines, los establecimientos anterior al año 2006, no requieren*

*Autorización Sanitaria, y son autorizados por el servicio de salud, sin embargo la mayoría de nuestros establecimientos era establecer un sistema de Droguería.”*

*(Referente de calidad SSMN)*

*“Creo que se debe preguntar directamente a los CESFAM, pues es un tema de organización interna”. (SS)*

*“Generalmente no hay una organización. La mayoría de las veces es por patologías o por orden alfabético pero no hay procesos operativos, tendremos que hacerlo para la acreditación de prestadores.”(CSC)*

*Se organizan los medicamentos por orden alfabético, es más fácil, no hay alguna norma que diga que tiene que ser de otra forma, así que se hace como es más cómodo.” (CESFAM)*

#### **16. ¿Con qué documentos o en qué sistema se registra la recepción de los medicamentos?**

*“Con guía de despacho de medicamentos, desde las bodegas, ellos llevan el control y también en un sistema local informático conocido como Anita”. (SS)*

*“El Registro es de bodega, los fármacos que llegan a la bodega del Servicio de Salud son de los programas de IRA, ERA y Artrosis, se registran en bodega en el Sistema ANITA (es un sistema SAG) con código para mirar la bodega del Dirección del Servicio de Salud, las QF del CHSJ pueden sacar reportes e interactuar con el sistema, la jefe de farmacia tengo entendido que pueden ingresar datos”. (SS)*

*“Se registra en Rayen y además se guarda un registro físico, al ingresarlo a Rayen el sistema te los descuenta en línea los medicamentos, pero tiene falencias y oscilaciones no tiene una robustez como programa, por lo mismo, se hacen inventarios mensuales por políticas internas de la CORESAM, (por confiabilidad y porque también está inducido por error humano), se quedan dos funcionarias todos los cierres de mes en horas extras y se revisa mes completo. Lo que si se registra salida por salida es el caso de los medicamento en el caso de insumos médicos lo hace la misma jefa de farmacia. En Rayen se registra y*

*se puede filtrar y se pueden solucionar casos puntuales y llevar un seguimiento, pero 100% confiable no es. Si se olvida algún jefe dar de baja algún medicamento o insumo de su centro de costo, lo que te dice Rayen no sería lo real". (CSC)*

- **STOCK EN ABASTECIMIENTO O BODEGA:**

**17.¿Cómo se realiza el inventario físico de los medicamentos y su periodicidad?**

*"Existe un Sistema de dispensación con "bodega activa" que es lo que te entrega bodega para la semana o 15 días, depende del volumen de medicamentos o la cantidad de recetas que despachen en la farmacia y tiene un sistema de dispensación con Kardex."(SS)*

*"El sistema que tenemos está en proceso, tiene fallas pero la idea es tener mayor control del inventario de fármacos. (CDT/CHSJ)*

**18.¿Quiénes tienen acceso a datos de bodega y se encarga del stock crítico?**

*"Estamos en eso...con el sistema actual se mira y se programa para siete días un stock crítico, que es lo que se demora la Unidad de presupuesto y la subdirección Administrativa, la subdirección Médica y una colega que revisa los pedidos, para dar VºBº, pero si es urgente se mandan correos y lo papeles van detrás..." (CDT/CHSJ)*

*"Estos datos están a disposición del referente de farmacia, para la programación, el bodeguero que me informa y el stock crítico lo vemos según los datos del bajo control" (CSC)*

*"Los datos de bodega solo tienen acceso la Jefa de Bodega, pero en el Servicio de Salud no quieren tener stock crítico (según definición de stock crítico corresponde por lo menos a dos meses de stock) y no quieren... la idea es que las bodegas estén desocupadas". (SS)*

## 19. ¿A quiénes se informa en caso de desabastecimiento y cuál es el flujo?

*“No tenemos claro si va a mandar o no la Cenabast el pedido, pero se informa siempre a Unidad de presupuesto y la subdirección Administrativa, la subdirección Médica, para programar compra urgente en caso necesario” (CDT/CHSJ)*

*“Yo llamo a la Cenabast, aviso a jefaturas, y Finanzas por si se requerirá una compra urgente” (SS)*

*“En el caso de los fármacos GES es muy extraño un desabastecimiento, si sucediera se avisa al Químico que es el encargado, él llama a la referente del Servicio o por correo electrónico y es ella quién evalúa el tema con la Cenabast, se avisa a los Centros de salud y bueno, ... esperamos nos den indicaciones y se compra a proveedores si se requiere”. (CESFAM)*

*“Se informa al Servicio de Salud, vía correo electrónico. Pero en los fármacos GES es raro es más bien el fármacos de otros programas”. (CSC)*

## VALORACIÓN DEL PACIENTE Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

### 20. ¿Cómo es el flujo desde la valoración médica, prescripción y entrega de medicamentos en farmacia?

*“Desde que se prescribe el medicamento, el paciente se dirige con su receta al botiquín o dispensador de medicamentos (no es una farmacia porque no cuenta con QF exclusivo, me reúso a llamarla farmacia) actualmente no se está cumpliendo con Autorización Sanitaria, luego la técnico paramédico debiera dispensarlo y registrarlo. Los fármacos llegan desde bodega comunal de los Departamentos de Salud generalmente o llega desde el Servicio de Salud, en este minuto hay despacho comunal y se ha logrado disminuir las peticiones a bodega, la idea del Servicio de salud es tener los menos posible que ver en cuanto a bodegaje de medicamentos, que podrían estar en un consultorio pero el QF es comunal y tiene la responsabilidad, las visitas las desconozco ellos se*

*organizan y tenemos reuniones es cada dos meses con los QF para evaluar los problemas que pudieran surgir”. (SS)*

*“El médico lo prescribe lo envía por Rayen el paciente llega al botiquín del Centro de Salud y es dispensado mensualmente por el TENS, queda registrado en un carnet de control que lleva el mismo paciente”. (CESFAM)*

*“Te dan una clave por centro para uso de Rayen, pero yo tengo perfil para mirar a todos mis centros y otro tema es que, no integra toda la comuna no permite ver stock comunal de los medicamentos, se podría pedir a Saydex pero ellos mandan el reporte como empresa no el sistema”. (CSC)*

*“Bueno al paciente lo atiende el médico, le hace receta electrónica o a mano, pero en este sistema local no está acotado por arsenal de Unidad y a los médicos les aparece el arsenal de hospitalizados y de CDT, es un proceso que todavía le falta tiene errores.... hay dos farmacias en el CDT y las dos operan distinto y le dicen si está el medicamento o hay limitación en el arsenal, si está todo en regla, revisan receta y al paciente se le da un número y espera,... hay un servicio externo que digita y si hay que preparar el medicamento o hay que explicar las indicaciones, luego se hecha en bolsitas y luego se llama al paciente para entregar sus fármacos, se demora como media hora por paciente,... a veces tenemos largas filas, pero se ha intentado acortar los tiempos”. (CDT/CHSJ)*

## **21. ¿Se conocen las cantidades de pacientes atendidos por AR y OA en los establecimientos?**

*“Solo con el bajo control se conocen a las pacientes con Artrosis la parte de GES como referente lo desconozco.”(SS)*

*“Por el bajo control, yo en lo personal no lo he visto en SIGGES cuantos casos activos hay sería interesante saber si concuerdan, si tienes el bajo control, pero por lo menos acá no se ha hecho, en estricto rigor se calculan todos los pacientes de artrosis por tanto irían los GES y no GES”(CSC)*

*“En el SIGGES se conocen los casos activos y con eso se monitorea” (SS)*

*“Todo con el bajo control sirve para todo”, (CESFAM)*

*“Cuando era insostenible y la cantidad de pacientes a los que se les tenía que entregar fármacos era demasiado, le preguntamos a los médicos, pero Reumatología no tiene claro cuántos pacientes atienden con artritis reumatoidea y de artrosis tampoco!, el flujo indica que deben llegar a Traumatología los casos con artrosis severa pero hay pacientes que debieran estar en la APS y siguen en el CDT” (CDT/CHSJ)*

## **22. ¿Cómo es la forma de registro: REM, pacientes GES, otro?**

*“La forma de registro es REM, los GES en el SIGGES y tarjeteros en los CESFAM la mayoría todavía las mantiene, pero desconozco los registros. Colina tiene su propio sistema local y es bastante bueno. Se supone que el SIDRA iba a solucionar estos problemas, pero aún no tenemos el Sistema instalado como debiera”. (SS)*

*“En el caso de la artritis es contrastado mensualmente con las PPV lo programado versus lo ejecutado, y de ello dependerá el pago desde MINSAL al Servicio de Salud y al establecimiento según la transferencia, por eso es necesario el registro en SIGGES, eso lo realiza la Unidad del GES”. (CDT/CHSJ)*

*“Para la artrosis el registro es en el P03, en el SIGGES los casos que corresponden a GES, como activos, desconozco si hay otra forma.” (CSC)*

## **23. ¿Qué medicamentos prescriben los médicos, conocen el arsenal farmacológico GES o canasta?**

*“Es un proceso porque ahora los médicos pueden ver el arsenal farmacológico pero a veces no les resultan las recetas,... es que tenemos un sistema local que estamos trabajando pero le falta... Cuando esté el SIDRA puede ser más eficiente. (CDT CHSJ)*

*“Lo que menos se prescribe es el celecoxib,... Se entregan recetas mes a mes o a crónicos por seis meses, pero se desordena porque no hay mucho control,*

*tampoco hay evaluación por cardiólogo por daño por uso de celecoxib, el reumatólogo los evalúa cada dos meses, si es que...” (SS y CHSJ)*

*“Sí, yo sé que mis colegas tienen reuniones periódicas con los médicos por las Orientaciones Programáticas, y ellos tienen que seguir las Guías médicas y flujos para llegar a prescribir el celecoxib por ejemplo, pues no es de primera línea. Lo que más prescriben es el tramadol en gotas, pero nunca es tan así de rígido, porque hemos tenido sobre stock de tramadol en comprimidos y ocurrió un tiempo que aumentó la solicitud del medicamento, y nos dimos cuenta que se estaba entregando a pacientes que no estaban dentro del bajo control o por médicos que eran recién llegados”.(SS)*

*“Por el tema de la rotación médica hay un deficiente conocimiento del arsenal farmacológico y menos conocer los fármacos GES específicamente.”(CESFAM)*

*“Una de las debilidades de los Centros es que los médicos rotan demasiado, hay muchos médicos extranjeros o de diversas escuelas y desconocen los fármacos que están en las canastas GES, tampoco se evidencia una actitud proactiva de conocer las Guías, canastas o arsenal propiamente”. (CSC)*

*“ No conocen las canastas, ...el inconveniente es que el médico como tal no está formado completamente para prescribir el medicamento GES, me explico: por más que uno le trate de explicar que cuestan entre veinte a veintiocho mil pesos, tienden a prescribir a pacientes que no son GES, porque saben que no lo van a poder comprar y que le produce mayor alivio al paciente, ... por cuestión ética, valórica y es comprensible, van a tratar de darle el fármaco!... y llegan los pacientes a farmacia y sucede que lamentablemente no se lo entregan porque son para el bajo control”. (CSC)*

**24. ¿Se cumple con información al paciente GES por profesional médico: consentimiento, IPD, otro?**

*“En general los médicos lo hacemos, cumplimos con el IPD, tenemos conocimiento de las patologías GES y más menos de las canastas, pero no sabemos de financiamiento no nos involucramos”. (SS y CDT/CHSJ)*

*“No lo sé supongo que sí”. (SS)*

*“Se ha informado mucho a los médicos pero es tanta la rotación que es un cuento de nunca acabar tampoco se interesan en estudiar o leer las guías clínicas, es desalentador”. (CESFAM)*

*“Si lo hacen y el sistema Rayen te va avisando si no se cumplen las garantías conocen los fármacos, eso se cumple. (CSC)*

*“Nosotros hemos solicitado que se cumpla con el IPD, el consentimiento informada y el ingresos al SIGGES, pero es un cuento de nunca acabar” (SS GES)*

## **DISPENSACIÓN DE FARMACIA:**

### **25. ¿Con qué documentos o sistema se registra la dispensación de los medicamentos?**

*“En sistema local instaurado hace unos meses, pero todavía tiene muchas falencias, falta integrar (CDT/CHSJ)*

*“En la receta médica y un registro manual implementado hace muchos años donde está todo el arsenal farmacológico y donde están todos los días del mes para registrar el Arsenal al día,...bueno el Arsenal Farmacológico debería actualizarse cada dos años, pero este no está actualizado, y se debe reducir el Arsenal para dejar solo aquellos medicamentos que se prescriben”. (SS)*

*“Se registra en Rayen y no tenemos bincard, es electrónica que desde el 2011 está aprobada hubo una modificación en la norma técnica que tiene bastantes limitaciones y temas que son discutibles”. (CSC)*

### **26. ¿Qué mecanismos se utilizan para el control y seguimiento de los medicamentos?**

*“La planilla de medicamentos es igual para todos los CESFAM, es de control, no sé si cada colega tiene su propio sistema de control, lo más probable es que se utilice un inventario selectivo cada cierto tiempo con cinco medicamentos por*

*ejemplo que se sacan al azar, para ver si está el stock que debiera ser mensualmente evaluar si cuadra con la bodega, en general sirve para vigilar si la bodega está funcionando bien. Es un porcentaje de los medicamentos que están en bodega, el 5%”. (SS)*

*En este caso en Conchalí empezamos a revisar paciente por paciente, para controlar los medicamentos ya sabíamos las problemática general de los Centros y no les alcanzaba la programación y había usuarios que no estaban en la cobertura o tenían consumos como pacientes crónicos y no lo eran, tuvimos que hablar con los médicos, pero te increpan o simplemente no te escuchan”. (CSC)*  
*“Los inventarios que se solicitan, a fin de mes con el cierre” (CESFAM)*

- **CONTROLES Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE:**

**27. ¿Cómo se controla la periodicidad en la entrega de los medicamentos a estos pacientes crónicos?**

*“Debería ingresar a tarjetero crónico, pero los controles se registran como morbilidad, no se cita al control crónico a estos pacientes con Artrosis, eso se deja para pacientes del cardiovascular” (SS)*

*“Rayen te indica de inmediato y sino en su carnet de registro control, donde se indica lo que se despachó y la fecha luego se imprime una hoja para verificar, y sale las fechas de sus controles”. (CSC)*

*“Se debiera entregar para un mes y dejar registrado en la fecha que debe volver a buscar ese medicamento, pero eso no lo sé”. (CESFAM)*

*“Estos GES no han sido trabajados en el ámbito programático, los establecimientos los consideran bajo la “morbilidad en general” no como un Programa de Crónicos, por tanto, existe dentro del Servicio de Salud la “Guía Clínica GES” sólo como una recomendación, el tema de los fármacos no se ha trabajado y no existen Protocolos presentados en la instancias de coordinación denominados UGRL (Unidades de Gestión de Red Local) pues se requiere enfatizar en el rol de la Atención Primaria de Salud y los Hospitales para*

*perfeccionar la derivación y contra derivación. Se encuentran demasiado incipientes los procesos y eso hace que existan problemas en la descripción, pues es muy difícil definir como se está trabajando en la actualidad". (SS)*

**28. ¿Se registra el seguimiento del paciente y existe un mecanismo para alertar inasistencias?**

*"En la guía Clínica de tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada referente al seguimiento y rehabilitación sólo se señala que en el Centro de Salud de APS se agregará al tarjetero de población bajo control de adultos mayores, a las personas con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera y cada paciente tendrá a lo menos dos controles médicos y dos controles de enfermera al año.*

*"Me da la impresión que solo los CESFAM que tiene informatizado pueden saber las inasistencias o seguimiento, el sistema de alerta lo debe dar el sistema informático local, yo no lo tengo claro, no tengo tiempo para verlo, ahora se podrá hacer un poco más porque estaré a cargo de la APS". (CSC)*

*"Existen 20 medicamentos trazadores que se consideran en el IAAPS, dentro de ellos están los de artrosis pero seguimiento de pacientes o mecanismos para alertar no se han trabajado". (SS)*

*"El sistema Rayen no te entrega una alerta para saber si los pacientes han abandonado sus controles, de hecho ese tema tenemos que trabajarlo, ni las inasistencias ni los abandonos de tratamiento, los tenemos registrados o no los seguimos, para ello se debiera hacer un filtro pero no se hace y en ninguna patología honestamente". (CSC)*

*"No hay mayor control todavía, se puede filtrar por recetas en este sistema local, pero no tenemos como hacer seguimiento de los pacientes, no tenemos como ver la perdida de pacientes..." (CDT/CHSJ)*

*En el caso de la artritis reumatoidea: "Cómo médico y según la realidad del Hospital puedo decir que los especialistas siempre serán escasos y no se cuenta con el recurso adecuado de especialistas para la demanda existente,*

*actualmente no hay Reumatólogo y los cupos son muy escasos en el CHSJ, imposible seguimiento. Se está trabajando con médicos becados de Medicina Interna que suplen las horas de especialista, pero no se da abasto. En los consultorios la rotación de médicos hace que los procesos no se internalicen y cada profesional o funcionario trabaja independiente uno de otro sin considerar que puede afectar la atención de los pacientes, por tanto el seguimiento es un tema que no hemos mirado, ni siquiera podemos programar las atenciones médicas en el CDT...”. (CHSJ)*

*“El paciente se deriva con interconsulta al centro de rehabilitación integral realizando una evaluación kinésica funcional y elaboración de plan de intervención individual o grupal. En el caso del Servicio de Salud me refiero al Centro Comunal de Rehabilitación que funciona del año 2010 en el Servicio de Salud, estos tienen la particularidad de ser parte de un CESFAM, pero no son de cobertura comunal. Por tanto, si bien existe un CCR y/o Sala Rehabilitación Integral (RI) en cada comuna, en términos de oferta asistencial, esta atención no es para el 100% de los inscritos comunales. Lo señalado, es relevante en el momento de acordar flujos de referencia y contra referencia de la Red:*

- **7 CCR (Centros Comunitarios de Rehabilitación) distribuidos en los siguientes CESFAM Comunales:**
  - CCR Cesfam Lucas Sierra. Conchalí
  - CCR Cesfam Petrinovic. Recoleta
  - CCR ACUA Colina, Cesfam Esmeralda . Colina
  - CCR Cesfam José Bauzá. Lampa
  - CCR Cesfam Cruz Melo. Independencia
  - CCR Cesfam Salvador Allende. Quilicura
  - CCR Cesfam Pincoya. Huechuraba
- **2 Salas RI, ubicadas en los siguientes establecimientos:**
  - Sala RI Cesfam Valdivieso
  - Sala RI Hospital Til Til

*Estos programas, cuentan con una visión integral de abordaje de los planes de rehabilitación incluyendo Artritis Reumatoidea y artrosis de cadera y/o rodilla con seguimiento de los pacientes” (CCR).*

## ANEXO 8: Auditoría de Procesos M. Hammer:

### Complejo Hospitalario San José, madurez de la Organización:

Modelo de Madurez de Procesos - Madurez de la Organización: Complejo Hospitalario San José								
Clasificación para evaluación de los procesos:			(Cierto en gran medida) 3	(Cierto en algún grado) 2	(En gran medida no cierta) 1			
Capacidades	Clasificación	NIVELES						
		E1	E2	E3	E4			
Liderazgo	Conciencia	La dirección del hospital reconoce la necesidad de mejorar el desempeño operativo pero tiene sólo una comprensión limitada del poder de los procesos a nivel estratégico	3	Al menos un directivo entiende profundamente el concepto de proceso a nivel estratégico, cómo puede utilizarlo el hospital para mejorar el desempeño y qué implica implementarlo	La dirección ve al hospital en términos de procesos y ha desarrollado una visión del hospital y de sus procesos	La dirección ve su propio trabajo en términos de procesos y percibe la gestión de procesos no como un proyecto sino como una forma de gestionar el hospital		
	Alineamiento	Los líderes del proceso de atención no pertenecen al comité directivo	1	Un directivo ha tomado el liderazgo y la responsabilidad del programa de procesos	Hay un fuerte alineamiento en el equipo de directivos respecto al programa de procesos. También hay una red de personas en el hospital que ayuda a promover las iniciativas de proceso	Las personas en todo el hospital muestran entusiasmo por procesos y desempeña papeles de liderazgo en las iniciativas de procesos		
	Conducta	Un directivo respalda e invierte en una mejora operativa	2	Un directivo ha fijado públicamente metas de desempeño y esta dispuesto a comprometer recursos, hacer cambios profundos y eliminar obstáculos para lograr esas metas	Los directivos trabajan como equipo, gestionan el hospital mediante sus procesos y trabajan activamente en programas de procesos	La dirección realiza sus propios trabajos como procesos, centran la planificación estratégica en procesos y desarrollan nuevas oportunidades de negocio (alianzas, actividades) basándose en procesos de alto desempeño		
	Estilo	La dirección ha empezado a pasar desde un estilo jerárquico, de arriba hacia abajo, hacia un estilo abierto y cooperativo	1	El directivo que dirige el programa de proceso es apasionado por la necesidad de cambio y por el proceso como herramienta clave para el cambio	La dirección ha delegado control y autoridad a los responsables y al recurso humano de los procesos.	La dirección ejerce liderazgo mediante visión e influencia, no por mandato y control.		
Cultura	Trabajo en equipo	El trabajo en equipo es enfocado en proyectos, ocasional y atípico	3	El hospital usa comúnmente equipos interfuncionales y proyecto para esfuerzos de mejora	El trabajo en equipo es la norma entre el recurso humano de los procesos y es corriente entre los directores.	El trabajo en equipo con otros establecimientos de la Red, pacientes y proveedores es habitual.		
	Foco en el paciente	Existe creencia generalizada de que el foco en el paciente es importante, pero una limitada percepción de lo que eso significa. También hay incertidumbre y conflicto respecto a cómo satisfacer las necesidades del paciente	3	Los empleados se percatan que el propósito de su trabajo es importante para brindar valor al paciente	Los empleados entienden que los pacientes demandan excelencia uniforme y experiencia	Los empleados se enfocan en colaborar con la Red para satisfacer las necesidades del paciente		
	Responsabilidad	Los directivos tienen responsabilidad por los resultados	3	El personal de primera línea empieza a asumir responsabilidad por los resultados	3	Los empleados se sienten responsables por los resultados del hospital	Los empleados experimentan un sentido de misión en servir a los pacientes y lograr un mejor desempeño	
	Actitud hacia el cambio	El hospital acepta cada vez más que se deben hacer cambios modestos	2	Los empleados están listos para un cambio significativo en la forma de hacer el trabajo	Los empleados están listos para el cambio multidimensional	Los empleados reconocen el cambio como inevitable y lo adoptan como fenómeno regular.		
Experticia	Gente	Un reducido grupo de personas tiene un profundo aprecio por el poder de los procesos	3	Un grupo de expertos tiene destrezas de rediseño e implementación de proceso, gestión de proyectos, comunicaciones y gestión del cambio	Un grupo de expertos tiene destrezas de gestión de cambio en gran escala y transformación operativa	Muchas personas con destrezas en rediseño e implementación de procesos, gestión de proyectos, gestión de programas y gestión del cambio, se encuentran en todo el hospital. También existe un proceso formal para desarrollar esa base de destrezas		
	Metodologías	El hospital usa una o más metodologías para resolver problemas de ejecución y hacer mejoras incrementales del proceso	2	Los equipos de rediseño de proceso tienen acceso a metodología básica para rediseñar procesos	2	El hospital ha desarrollado y estandarizado un sistema formal para rediseñar procesos y lo ha integrado a un sistema de mejora de procesos	La gestión de procesos y el rediseño de procesos de han convertido en competencias básicas, y forman parte de un sistema formal que incluye examen del ambiente, la planificación del cambio, implementación e innovación centrada en procesos	
Gobernabilidad	Modelo de procesos	El hospital ha identificado algunos procesos a nivel estratégico	2	El hospital ha desarrollado un modelo completo de proceso del hospital y la dirección lo ha aceptado	El modelo de procesos del hospital se ha comunicado en todo el hospital, se usa para impulsar la priorización de proyectos y está vinculado con tecnologías y arquitecturas de datos a nivel de empresa	El hospital ha extendido el modelo de proceso a nivel estratégico para conectarlo con otros establecimiento de la Red, pacientes y proveedores. También usa el modelo para desarrollo de la estrategia		
	Responsabilización	Los jefes de unidad son responsables por el desempeño, y las jefaturas de proyecto por los proyectos de mejora	2	Los responsables de proceso se responsabilizan por los procesos individuales y un comité ejecutivo es responsable por el progreso general en sus procesos del hospital	Los responsables de procesos comparten la responsabilización por el desempeño del hospital	Un consejo de proceso funciona como el más alto ente directivo, las jefaturas comparten responsabilidades por el desempeño del hospital, el que ha establecido comités ejecutivos con otros establecimiento de la Red, pacientes y proveedores para impulsar el cambio de proceso de la Red		
	Integración	Uno o más grupos promueven y apoyan diferentes técnicas de mejora continua	2	Un grupo coordinador informal proporciona la necesaria gestión de programas mientras que un comité ejecutivo asigna recursos para proyectos de rediseño de procesos	Existe una oficina formal de gestión de programas, dirigida por un jefe de proceso, coordina e integra todos los proyectos de proceso y un consejo de proceso gestiona los problemas de integración entre procesos. El hospital gestiona y despliega en forma integrada todas las técnicas y herramientas de mejora de procesos	Los responsables de procesos trabajan con sus contrapartes en los otros establecimiento de la red, pacientes y proveedores para impulsar la integración de procesos de la Red		

# Complejo Hospitalario San José, madurez de Procesos para Artritis Reumatoidea:

Modelo de Madurez de Procesos - Madurez de los Procesos: Complejo Hospitalario San José						
Clasificación para evaluación de los procesos:		(Cierta en gran medida) 3	(Cierta en algún grado) 2	(En gran medida no cierta) 1		
Facilitador	Clasificación	NIVELES				
		P1	P2	P3	P4	
Diseño	Propósito	El proceso no se ha diseñado de punta a cabo. Las jefaturas utilizan el diseño que venía rigiendo como contexto para la mejora del desempeño funcional 3	El proceso se ha rediseñado completamente para mejorar su desempeño	El proceso se ha diseñado para ajustarse a otros procesos el hospital y a sus sistemas de TI a fin de optimizar el desempeño del hospital	El proceso se ha diseñado para ajustarse a los procesos de los pacientes y proveedores para optimizar el desempeño de la Red	
	Contexto	Se han identificado los insumos, servicios, proveedores y clientes internos	Las necesidades de los clientes internos del proceso son conocidas y hay acuerdo sobre ellas 3	El responsable del proceso y los responsables de los otros procesos con los que interactúa el proceso han definido sus expectativas mutuas de desempeño	El responsable del proceso y los responsables de los procesos de los pacientes y proveedores con que interactúa el proceso han definido sus expectativas de desempeño	
	Documentación	La documentación del proceso es principalmente funcional, pero identifica las interconexiones entre las unidades involucradas en ejecutar el proceso 2	Hay documentación completa del diseño del proceso	La documentación del proceso describe las interacciones del proceso con otros procesos, y sus expectativas respecto a éstos, y vincula al proceso con el sistema y con la arquitectura de datos del hospital.	Una representación electrónica (archivo digital) del diseño del proceso apoya su desempeño y gestión del proceso, permite analizar los cambios ambientales y las reconfiguraciones del proceso.	
Ejecutores	Conocimiento	El recurso humano puede dar nombre al proceso que ejecutan e identificar los indicadores clave de su desempeño 3	El recurso humano puede describir el flujo global del proceso; como su trabajo afecta a los pacientes, a los otros empleados del proceso y el desempeño del proceso; y los niveles de desempeño reales y requeridos.	El recurso humano esta familiarizado con los conceptos fundamentales de la actividad como los impulsores del desempeño del hospital, y pueden describir cómo afecta su trabajo a otros procesos y desempeño del hospital.	El recurso humano está familiarizado con las tendencias en el sector salud y pueden describir cómo afecta su trabajo al desempeño de la Red.	
	Destrezas	El recurso humano es diestro en técnicas de resolución de problemas y de mejora de procesos. 3	El recurso humano es diestro en trabajo en equipo y en gestionarse personalmente.	El recurso humano es diestro en la toma de decisiones de atención	El recurso humano tiene capacidad de gestión e implementación de cambio.	
	Conducta	El recurso humano profesan cierta lealtad al proceso pero deben máxima lealtad a su función	El recurso humano trata de seguir el diseño del proceso, ejecutarlo correctamente y trabajar en formas que permita a otras personas que ejecutan el proceso hacer eficazmente su trabajo	El recurso humano se esfuerza por asegurarse de que el proceso entregue los resultados necesarios para lograr las metas del hospital.	El recurso humano busca señales de que el proceso debería cambiar y proponer mejoras a él.	
Responsable	Identidad	El responsable del proceso es una persona o grupo encargado informalmente de mejorar el desempeño del proceso 3	Los líderes del hospital han creado un papel oficial de responsable del proceso y han colocado en ese puesto a un jefe con influencia y credibilidad.	El responsable da máxima prioridad al proceso en términos de asignación de tiempos, preocupación y metas personales	El responsable es miembro de la unidad de más alto rango de toma de decisiones del hospital.	
	Actividades	El responsable identifica y documenta el proceso, lo comunica a todo el recurso humano y patrocina pequeños proyectos de cambios 3	El responsable comunica las metas del proceso y visión de su futuro, patrocina esfuerzos de rediseño y mejora, planifica su implementación y se asegura que se cumpla el diseño del proceso.	El responsable colabora con otros responsables de proceso para integrar procesos y lograr las metas del hospital	El responsable desarrolla un plan estratégico de extensión del proceso, participa en planificación estratégica a nivel hospital y colabora con sus contrapartes que trabajan con pacientes y proveedores para patrocinar iniciativas en la Red de rediseño de procesos.	
	Autoridad	El responsable hace lobby por el proceso, pero solamente puede alentar a las jefaturas funcionales a hacer cambios 2	El responsable puede reunir a un equipo de rediseño de proceso e implementar el nuevo diseño y tiene cierto control sobre el presupuesto informático para el proceso.	El responsable controla los sistemas de TI que apoyan el proceso y cualquier proyecto que cambie el proceso, y tiene cierta influencia sobre las asignaciones y evaluaciones de personal así como sobre el presupuesto del proyecto	El responsable controla el presupuesto del proceso y ejerce fuerte influencia sobre las asignaciones y la evaluación del personal	
Infraestructura	Sistemas de información	El proceso es apoyado por sistemas fragmentados de TI 3	El proceso es apoyado por un sistema de TI creado a partir de componentes funcionales	El proceso es apoyado por un sistema integrado de TI, diseñado teniendo en mente el proceso y adhiriendo a los estándares del hospital	El proceso es apoyado por un sistema de TI con arquitectura modular, que se adhiere a los estándares del sector para la comunicación de la Red	
	Sistemas de recursos humanos	Los jefes de unidad recompensan el logro de excelencia funcional y la resolución de problemas funcionales en un contexto de proceso 2	El diseño del proceso impulsa los roles, descripción de cargos y perfiles de competencia. La capacitación se basa en documentación de proceso	Los sistemas de contratación, desarrollo, reconocimiento y recompensa enfatizan las necesidades y los resultados del proceso, y los equilibran con las necesidades del hospital	Los sistemas de contratación, desarrollo, recompensa y reconocimiento refuerzan la importancia de la colaboración intra e inter hospitalaria (de la Red), el aprendizaje personal y el cambio organizacional	
Indicadores	Definición	El proceso tiene ciertos indicadores básicos de bajo costo y calidad 3	El proceso tiene indicadores de extremo a extremo derivados de los requerimientos de los pacientes y el MINSAL	Los indicadores del proceso, así como indicadores entre procesos se han derivado de las metas estratégicas del hospital	Los indicadores del proceso se han derivado de metas de la Red	
	Usos	Las jefaturas usan los indicadores del proceso para monitorear su desempeño, identificar las causas fundamentales de desempeño defectuoso e impulsar mejoras funcionales 3	Las jefaturas usan los indicadores del proceso para comparar su desempeño con los benchmarks o patrones de referencia, el desempeño mejor de su clase, y las necesidades de los pacientes, y para fijar objetivos de desempeño	Las jefaturas presentan los indicadores al recurso humano del proceso para motivar y crear conciencia. Usan tableros basados en indicadores para la gestión cotidiana del proceso	Las jefaturas revisan y actualizan regularmente los indicadores y objetivos del proceso y los usan al planificar la estrategia del hospital	

## Atención Primaria de Salud, madurez de la Organización:

Modelo de Madurez de Procesos - Madurez de la Organización: Atención Primaria de Salud (Corporación, Depto. Salud y CESFAM)						
Clasificación para evaluación de los procesos:		(Cierta en gran medida) 3		(Cierta en algún grado) 2		(En gran medida no cierta) 1
Capacidades	Clasificación	NIVELES				
		E1	E2	E3	E4	
Liderazgo	Conciencia	La dirección del APS reconoce la necesidad de mejorar el desempeño operativo pero tiene sólo una comprensión limitada del poder de los procesos a nivel estratégico	Al menos un directivo entiende profundamente el concepto de proceso a nivel estratégico, cómo puede utilizarlo la APS para mejorar el desempeño y qué implica implementarlo	La dirección ve a APS en términos de procesos y ha desarrollado una visión del hospital y de sus procesos	La dirección ve su propio trabajo en términos de procesos y percibe la gestión de procesos no como un proyecto sino como una forma de gestionar APS	
	Alineamiento	Los líderes del proceso de atención no pertenecen al comité directivo	Un directivo ha tomado el liderazgo y la responsabilidad del programa de procesos	Hay un fuerte alineamiento en el equipo de directivos respecto al programa de procesos. También hay una red de personas en APS que ayuda a promover las iniciativas de proceso	Las personas en toda la APS muestran entusiasmo por procesos y desempeña papeles de liderazgo en las iniciativas de procesos	
	Conducta	Un directivo respalda e invierte en una mejora operativa	Un directivo ha fijado públicamente metas de desempeño y está dispuesto a comprometer recursos, hacer cambios profundos y eliminar obstáculos para lograr esas metas	Los directivos trabajan como equipo, gestionan el hospital mediante sus procesos y trabajan activamente en programas de procesos	La dirección realiza sus propios trabajos como procesos, centran la planificación estratégica en procesos y desarrollan nuevas oportunidades de negocio (alianzas, actividades) basándose en procesos de alto desempeño	
	Estilo	La dirección ha empezado a pasar desde un estilo jerárquico, de arriba hacia abajo, hacia un estilo abierto y cooperativo	El directivo que dirige el programa de proceso es apasionado por la necesidad de cambio y por el proceso como herramienta clave para el cambio	La dirección ha delegado control y autoridad a los responsables y al recurso humano de los procesos.	La dirección ejerce liderazgo mediante visión e influencia, no por mandato y control.	
Cultura	Trabajo en equipo	El trabajo en equipo es enfocado en proyectos, ocasional y atípico	La APS usa comúnmente equipos interfuncionales y proyecto para esfuerzos de mejora	El trabajo en equipo es la norma entre el recurso humano de los procesos y es corriente entre los directores.	El trabajo en equipo con otros establecimientos de la Red, pacientes y proveedores es habitual.	
	Foco en el paciente	Existe creencia generalizada de que el foco en el paciente es importante, pero una limitada percepción de lo que eso significa. También hay incertidumbre y conflicto respecto a cómo satisfacer las necesidades del paciente	Los empleados se percatan que el propósito de su trabajo es importante para brindar valor al paciente	Los empleados entienden que los pacientes demandan excelencia uniforme y experiencia	Los empleados se enfocan en colaborar con la Red para satisfacer las necesidades del paciente	
	Responsabilidad	Los directivos tienen responsabilidad por los resultados	El personal de primera línea empieza a asumir responsabilidad por los resultados	Los empleados se sienten responsables por los resultados de la APS	Los empleados experimentan un sentido de misión en servir a los pacientes y lograr un mejor desempeño	
	Actitud hacia el cambio	La APS acepta cada vez más que se deben hacer cambios modestos	Los empleados están listos para un cambio significativo en la forma de hacer el trabajo	Los empleados están listos para el cambio multidimensional	Los empleados reconocen el cambio como inevitable y lo adoptan como fenómeno regular.	
Experticia	Gente	Un reducido grupo de personas tiene un profundo aprecio por el poder de los procesos	Un grupo de expertos tiene destrezas de rediseño e implementación de proceso, gestión de proyectos, comunicaciones y gestión del cambio	Un grupo de expertos tiene destrezas de gestión de cambio en gran escala y transformación operativa	Muchas personas con destrezas en rediseño e implementación de procesos, gestión de proyectos, gestión de programas y gestión del cambio, se encuentran en toda la APS. También existe un proceso formal para desarrollar esa base de destrezas	
	Metodologías	La APS usa una o más metodologías para resolver problemas de ejecución y hacer mejoras incrementales del proceso	Los equipos de rediseño de proceso tienen acceso a metodología básica para rediseñar procesos	La APS ha desarrollado y estandarizado un sistema formal para rediseñar procesos y lo ha integrado a un sistema de mejora de procesos	La gestión de procesos y el rediseño de procesos de han convertido en competencias básicas, y forman parte de un sistema formal que incluye examen del ambiente, la planificación del cambio, implementación e innovación centrada en procesos	
Gobernabilidad	Modelo de procesos	La APS ha identificado algunos procesos a nivel estratégico	La APS ha desarrollado un modelo completo de proceso del hospital y la dirección lo ha aceptado	El modelo de procesos de APS se ha comunicado en toda la APS, se usa para impulsar la priorización de proyectos y está vinculado con tecnologías y arquitecturas de datos a nivel de empresa	La APS ha extendido el modelo de proceso a nivel estratégico para conectarlo con otros establecimientos de la Red, pacientes y proveedores. También usa el modelo para desarrollo de la estrategia	
	Responsabilización	Los jefes de unidad son responsables por el desempeño, y las jefaturas de proyecto por los proyectos de mejora	Los responsables de proceso se responsabilizan por los procesos individuales y un comité ejecutivo es responsable por el progreso general en sus procesos de la APS	Los responsables de procesos comparten la responsabilización por el desempeño de la APS	Un consejo de proceso funciona como el más alto ente directivo, las jefaturas comparten responsabilidades por el desempeño del hospital, el que ha establecido comités ejecutivos con otros establecimientos de la Red, pacientes y proveedores para impulsar el cambio de proceso de la Red	
	Integración	Uno o más grupos promueven y apoyan diferentes técnicas de mejora continua	Un grupo coordinador informal proporciona la necesaria gestión de programas mientras que un comité ejecutivo asigna recursos para proyectos de rediseño de procesos	Existe una oficina formal de gestión de programas, dirigida por un jefe de proceso, coordina e integra todos los proyectos de proceso y un consejo de proceso gestiona los problemas de integración entre procesos. La APS gestiona y despliega en forma integrada todas las técnicas y herramientas de mejora de procesos	Los responsables de procesos trabajan con sus contrapartes en los otros establecimientos de la red, pacientes y proveedores para impulsar la integración de procesos de la Red	

## Atención Primaria de salud, madurez de Procesos para Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada:

Modelo de Madurez de Procesos - Madurez de los Procesos: Atención Primaria de Salud (Corporación, Depto. Salud y CESFAM)						
Clasificación para evaluación de los procesos:			(Cierta en gran medida) 3	(Cierta en algún grado) 2	(En gran medida no cierta) 1	
Facilitador	Clasificación	NIVELES				
		P1	P2	P3	P4	
<b>Diseño</b>	Propósito	El proceso no se ha diseñado de punta a cabo. Las jefaturas utilizan el diseño que venía rigiendo como contexto para la mejora del desempeño funcional	El proceso se ha rediseñado completamente para mejorar su desempeño	El proceso se ha diseñado para ajustarse a otros procesos en APS y a sus sistemas de TI a fin de optimizar el desempeño	El proceso se ha diseñado para ajustarse a los procesos de los pacientes y proveedores para optimizar el desempeño de la Red	
	Contexto	Se han identificado los insumos, servicios, proveedores y clientes internos	Las necesidades de los clientes internos del proceso son conocidas y hay acuerdo sobre ellas	El responsable del proceso y los responsables de los otros procesos con los que interactúa el proceso han definido sus expectativas mutuas de desempeño	El responsable del proceso y los responsables de los procesos de los pacientes y proveedores con que interactúa el proceso han definido sus expectativas de desempeño	
	Documentación	La documentación del proceso es principalmente funcional, pero identifica las interconexiones entre las unidades involucradas en ejecutar el proceso	Hay documentación completa del diseño del proceso	La documentación del proceso describe las interacciones del proceso con otros procesos, y sus expectativas respecto a éstos, y vincula al proceso con el sistema y con la arquitectura de datos de la APS	Una representación electrónica (archivo digital) del diseño del proceso apoya su desempeño y gestión del proceso, permite analizar los cambios ambientales y las reconfiguraciones del proceso.	
<b>Ejecutores</b>	Conocimiento	El recurso humano puede dar nombre al proceso que ejecutan e identificar los indicadores clave de su desempeño	El recurso humano puede describir el flujo global del proceso; como su trabajo afecta a los pacientes, a los otros empleados del proceso y el desempeño del proceso; y los niveles de desempeño reales y requeridos.	El recurso humano está familiarizado con los conceptos fundamentales de la actividad como los impulsores del desempeño de APS, y pueden describir cómo afecta su trabajo a otros procesos y desempeño de la APS	El recurso humano está familiarizado con las tendencias en el sector salud y pueden describir cómo afecta su trabajo al desempeño de la Red.	
	Destrezas	El recurso humano es diestro en técnicas de resolución de problemas y de mejora de procesos.	El recurso humano es diestro en trabajo en equipo y en gestionarse personalmente.	El recurso humano es diestro en la toma de decisiones de atención	El recurso humano tiene capacidad de gestión e implementación de cambio.	
	Conducta	El recurso humano profesa cierta lealtad al proceso pero deben máxima lealtad a su función	El recurso humano trata de seguir el diseño del proceso, ejecutarlo correctamente y trabajar en formas que permita a otras personas que ejecutan el proceso hacer eficazmente su trabajo	El recurso humano se esfuerza por asegurarse de que el proceso entregue los resultados necesarios para lograr las metas de la APS	El recurso humano busca señales de que el proceso debería cambiar y proponer mejoras a él.	
<b>Responsable</b>	Identidad	El responsable del proceso es una persona o grupo encargado informalmente, para mejorar el desempeño del proceso	Los líderes del CESFAM han creado un papel oficial de responsable del proceso y han colocado en ese puesto a un jefe con influencia y credibilidad.	El responsable da máxima prioridad al proceso en términos de asignación de tiempos, preocupación y metas personales	El responsable es miembro de la unidad de más alto rango de toma de decisiones del CESFAM	
	Actividades	El responsable identifica y documenta el proceso, lo comunica a todo el recurso humano y patrocina pequeños proyectos de cambios	El responsable comunica las metas del proceso y visión de su futuro, patrocina esfuerzos de rediseño y mejora, planifica su implementación y se asegura que se cumpla el diseño del proceso.	El responsable colabora con otros responsables de proceso para integrar procesos y lograr las metas del CESFAM	El responsable desarrolla un plan estratégico de extensión del proceso, participa en planificación estratégica a nivel hospital y colabora con sus contrapartes que trabajan con pacientes y proveedores para patrocinar iniciativas en la Red de rediseño de procesos.	
	Autoridad	El responsable hace lobby por el proceso, pero solamente puede alentar a las jefaturas funcionales a hacer cambios	El responsable puede reunir a un equipo de rediseño de proceso e implementar el nuevo diseño y tiene cierto control sobre el presupuesto informático para el proceso.	El responsable controla los sistemas de TI que apoyan el proceso y cualquier proyecto que cambie el proceso, y tiene cierta influencia sobre las asignaciones y evaluaciones de personal así como sobre el presupuesto del proyecto	El responsable controla el presupuesto del proceso y ejerce fuerte influencia sobre las asignaciones y la evaluación del personal	
<b>Infraestructura</b>	Sistemas de información	El proceso es apoyado por sistemas fragmentados de TI	El proceso es apoyado por un sistema de TI creado a partir de componentes funcionales	El proceso es apoyado por un sistema integrado de TI, diseñado teniendo en mente el proceso y adhiriendo a los estándares de APS	El proceso es apoyado por un sistema de TI con arquitectura modular, que se adhiere a los estándares del sector para la comunicación de la Red	
	Sistemas de recursos humanos	Los jefes de unidad recompensan el logro de excelencia funcional y la resolución de problemas funcionales en un contexto de proceso	El diseño del proceso impulsa los roles, descripción de cargos y perfiles de competencia. La capacitación se basa en documentación de proceso	Los sistemas de contratación, desarrollo, reconocimiento y recompensa enfatizan las necesidades y los resultados del proceso, y los equilibran con las necesidades de la APS	Los sistemas de contratación, desarrollo, recompensa y reconocimiento refuerzan la importancia de la colaboración intra e inter APS (de la Red), el aprendizaje personal y el cambio organizacional	
<b>Indicadores</b>	Definición	El proceso tiene ciertos indicadores básicos de bajo costo y calidad	El proceso tiene indicadores de extremo a extremo derivados de los requerimientos de los pacientes y el MINSAL	Los indicadores del proceso, así como indicadores entre procesos se han derivado de las metas estratégicas del APS	Los indicadores del proceso se han derivado de metas de la Red	
	Usos	Las jefaturas usan los indicadores del proceso para monitorear su desempeño, identificar las causas fundamentales de desempeño defectuoso e impulsar mejoras funcionales	Las jefaturas usan los indicadores del proceso para comparar su desempeño con los benchmarks o patrones de referencia, el desempeño mejor de su clase, y las necesidades de los pacientes, y para fijar objetivos de desempeño	Las jefaturas presentan los indicadores al recurso humano del proceso para motivar y crear conciencia. Usan tableros basados en indicadores para la gestión cotidiana del proceso	Las jefaturas revisan y actualizan regularmente los indicadores y objetivos del proceso y los usan al planificar la estrategia de la APS	