

M: 64184
R: 13243

11
C382x
2013
C.I



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



**“TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN SOCIAL: PROPUESTA DE
PROTOCOLOS PARA SECTORES DE ATENCIÓN Y UNIDADES
TRANSVERSALES DEL CESFAM JEAN & MARIE THIERRY”**

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL

ALUMNO SEMINARISTA: XAVIER CAVIEDES CASTILLO
PROFESORA GUIA: PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

2013

REF.: Informa evaluación y calificación Seminario
de Título de alumno que indica.

VALPARAISO, 04 de Enero de 2014.-

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumpro con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario denominado: **"TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN SOCIAL: PROPUESTA DE PROTOCOLOS PARA SECTORES DE ATENCIÓN Y UNIDADES TRANSVERSALES DEL CESFAM JEAN & MARIE THIERRY"**, cursado durante el año académico de 2013 por el alumno de la Escuela de Trabajo Social, Sr. **XAVIER NICOLÁS CAVIEDES CASTILLO**, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Seminario de Título desarrolla un proceso de gestión social en el marco institucional del Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry, proponiendo protocolos de trabajo que permitan optimizar la calidad de los procesos de salud implementados en la organización. Si bien, es posible observar un producto coherente y consistente con los objetivos planteados, el proceso de seminario de título se caracterizó por dificultades metodológicas en la cabal comprensión de las tareas asignadas y un manejo de los tiempos y de cumplimiento de los plazos, que no respondió con precisión y oportunidad a la dinámica de trabajo requerida para llevar a cabo la experiencia.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **5,0 (cinco coma cero)**.


PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA GUÍA

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
PCM/fpu.-

REF.: Informa evaluación y calificación Seminario
de Título de alumno que indica.

VALPARAISO, 07 de Enero de 2014.-

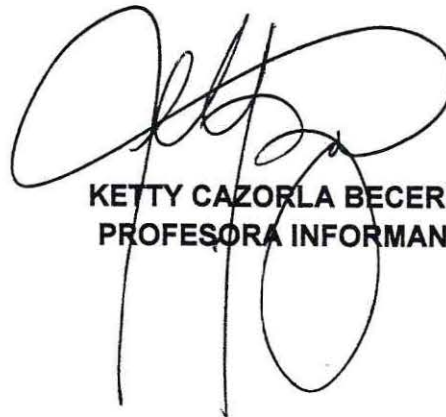
SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario denominado: **"TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN SOCIAL: PROPUESTA DE PROTOCOLOS PARA SECTORES DE ATENCIÓN Y UNIDADES TRANSVERSALES DEL CESFAM JEAN & MARIE THIERRY"**, cursado durante el año académico de 2013 por el alumno de la Escuela de Trabajo Social, Sr. **XAVIER NICOLÁS CAVIEDES CASTILLO**, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **5,5 (cinco coma cinco)**.



**KETTY CAZORLA BECERRA
PROFESORA INFORMANTE**

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
KCB/fpu.-

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de manera especial a mis padres Irma e Iván, quienes me han apoyado de manera incondicional durante todo este proceso, sin su ayuda esto hubiese sido demasiado complicado, espero se sientan orgullosos.

A mi tío Roberto, por sus buenas intenciones y consejos entregados durante mi último período universitario, por tu hospitalidad, muchas gracias.

A Exequiel, de quien he aprendido muchísimo y con quien pasé muchos momentos de alegrías y tristezas durante los años que pudimos compartir juntos en la universidad, espero seguir haciéndolo durante el camino de la vida, mis respetos Soyita.

A Pamela y Alexis quienes me ayudaron significativamente en los momentos en que más complicado estuve durante mi Seminario de Título, ustedes supieron entregarme la fortaleza necesaria para levantarme y con más fuerza avanzar y culminar este proceso, se lo agradezco enormemente.

A Fabiola de quien aprendí mucho durante nuestras prácticas profesionales, además de su disposición a la ayuda.

A Nadia por su constante apoyo, confianza y el estar ahí para darme la motivación cuando lo necesité, gracias por el cariño.

A mi supervisora institucional Lorena Elgueta, Asistente Social del CESFAM Jean & Marie Thierry, a quien le tengo bastante aprecio, fue ella quien me brindó su confianza y apoyo con sus profundos conocimientos y experiencia en el área para desarrollar este Seminario de Título de la mejor manera.

A los funcionarios del Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry, quienes tuvieron un rol protagónico, participando activamente a través de las encuestas y con la disposición de aportar al trabajo.

A la profesora Patricia Castañeda por su paciencia y entendimiento en un momento personal crítico además de su experticia, como alumno quedo con la sensación de haber aprendido a entregar coherencia y sustentabilidad en términos metodológicos.

Por último agradecer a todas esas personas que de alguna u otra manera se hicieron presentes y aportaron con un grano de arena para que esto fuera posible... ¡Muchas Gracias!

RESUMEN

“Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de protocolos para sectores de atención y unidades transversales del CESFAM Jean & Marie Thierry”

El presente Seminario de Título se enmarca en el área de la gestión, dentro del nivel primario de atención de salud, en el CESFAM Jean & Marie Thierry, en donde el alumno seminarista, durante el transcurso del año y en atención a su primer objetivo, recaba información clave acerca de algunos procedimientos que se llevan a cabo en la gestión del Centro de Salud, los cuales son causa frecuente de reclamos de los usuarios que allí se atienden.

Se realizan análisis de los datos obtenidos para realizar el segundo objetivo que es la formulación de protocolos, que pretenden clarificar y estandarizar estos procedimientos, para el conocimiento y la puesta en práctica de estos mismos por los funcionarios del CESFAM.

La calidad en la gestión del Centro de Salud Familiar es un aspecto fundamental dentro de la APS, las exigencias son cada vez más altas al momento de la evaluación de los usuarios, por lo que satisfacer sus necesidades es una tarea compleja, la protocolarización de determinados procedimientos pretende mejorar la calidad de la gestión del CESFAM y elevar la calidad de vida de sus pacientes.

Palabras claves

Calidad en APS – Salud Familiar – Gestión de Calidad – Protocolos – CESFAM.

ABSTRACT

"Social Work and Social Action: Proposed protocols for aim areas and cross-cutting units CESFAM Thierry Jean & Marie"

This Seminar Title is part of the management area within the primary health care level in CESFAM Jean & Marie Thierry, where the seminary students during the year and in response to its first objective collect key information about some procedures that are performed in the management of the Health Center, which is a frequent cause of complaints from users who are served there.

Analysis of the data are perform for the second objective which is the development of protocols, pretending to clarify and standardize these procedures for the knowledge and practice by officials of CESFAM.

The quality management of Family Health Center is a key aspect in the APS, the demands are getting higher at the user evaluation, so their needs are a complex task, the setting of certain procedures pretend to improve the quality of management by the CESFAM and to raise the quality life of their patients.

Keywords.

Quality APS - Family Health - Quality Management - Protocols - CESFAM.

INDICE

CAPITULO I:	
CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA	9
CAPITULO II:	
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	37
CAPITULO III:	
MARCO METODOLÓGICO	56
CAPITULO IV:	
RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA	72
CAPITULO V:	
REFLEXIONES PROFESIONALES	205
CAPITULO VI:	
CONCLUSIONES	220
BIBLIOGRAFÍA	227

INDICE DE ESQUEMAS

Esquema N°1 Identificación de la Institución	10
Esquema N°2 Organización SSVSA	12
Esquema N°3 Identificación de la Institución	13
Esquema N°4 Organigrama de la Institución	16
Esquema N°5 Plataforma Alta	17
Esquema N°6 Recursos Unidad OIRS	35
Esquema N°7 Cambio Enfoque Familiar	42
Esquema N°8 Modelo Enfoque a procesos	46
Esquema N°9 Ciclo PHVA	48
Esquema N°10 Flujograma detección y manejo de la Displasia	104
Esquema N°11 Síntesis Salud Familiar	144
Esquema N°12 Síntesis Gestión de Calidad	145
Esquema N°13 Síntesis Calidad en APS	146
Esquema N°14 Estructura Organizacional	213

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Coexistencia de los enfoques biomédicos y biopsicosociales	24
Tabla N°2 Rol educacional del Trabajo Social en Salud	53
Tabla N°3 Dimensiones de la APS	60
Tabla N°4 Entrevista dirigida a Equipo de Salud	60
Tabla N°5 Entrevista dirigida a Radiografías de Caderas	61
Tabla N°6 Entrevista dirigida a Electrocardiograma	62
Tabla N°7 Entrevista dirigida a Postrados	63
Tabla N°8 Entrevista dirigida a IRA	64
Tabla N°9 Entrevista dirigida a Alimentos	64
Tabla N°10 Entrevista dirigida a Vacunatorio	65
Tabla N°11 Entrevista dirigida a Dental	66
Tabla N°12 Perfiles equipo de salud entrevistado	68
Tabla N°13 Definiciones técnicas asociadas	69
Tabla N°14 Componentes claves de protocolos	70

INDICE DE FOTOGRAFIAS

Fotografía N°1 Dependencias del sector 1, CESFAM Jean & Marie Thierry	74
Fotografía N°2 Mapa Sector 1	75
Fotografía N°3 Equipo de Salud Sector 1	76
Fotografía N°4 Afiche Meningitis Sector 1	79
Fotografía N°5 Red Asistencial Sector 1	79
Fotografía N°6 Afiche Informativo Sector 1	80
Fotografía N°7 Dependencias del sector 2, CESFAM Jean & Marie Thierry	83
Fotografía N°8 Mapa Sector 2	84
Fotografía N°9 Equipo transversal Sector 2	85
Fotografía N°10 Red Asistencial SSVSA	89
Fotografía N°11 Dependencias del sector 3, CESFAM Jean & Marie Thierry	91
Fotografía N°12 Mapa Sector 3	92
Fotografía N°13 Equipo de Salud Sector 3	94
Fotografía N°14 Red Asistencial SSVSA	97
Fotografía N°15 Dependencias del sector 4, CESFAM Jean & Marie Thierry	99
Fotografía N°16 Radiografía de caderas con displasia	107
Fotografía N°17 Electrocardiograma	111
Fotografía N°18 Camilla Electrocardiograma	113
Fotografía N°19 Red Asistencial SSVSA	117
Fotografía N°20 Box IRA	119
Fotografía N°21 Afiche Informativo uso del inhalador	122
Fotografía N°22 Mapa Red Asistencial SSVSA	124
Fotografía N°23 Entrega de Alimentos y Leche	126
Fotografía N°24 Bebidas Lácteas y Crema	128
Fotografía N°25 Red Asistencial SSVSA	130
Fotografía N°26 Puerta Box Vacunatorio	132
Fotografía N°27 Calendario de Vacunación 2013	134
Fotografía N°28 Refrigerador de Vacunas	136
Fotografía N°29 Box Dental	137
Fotografía N°30 Comando Dental	139
Fotografía N°31 Sillón Dental	139
Fotografía N°32 Afiche Informativo Dental	142
Fotografía N°33 Red Asistencial SSVSA	143
Fotografía N°34 Diagrama de Registro SIGGES	204
Fotografía N°35 Diagnóstico Participativo	215
Fotografía N°36 Taller Renacimiento	218

PRESENTACION GENERAL

La misión del Ministerio de Salud es contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes. Para ello debe formular, fijar las políticas de salud.

Uno de sus principales objetivos de la subsecretaría de redes asistenciales es posicionar a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutivez y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.

En APS, el CESFAM Jean & Marie Thierry requiere de un sólido marco legal institucional y organizativo además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles, además del empleo de prácticas óptimas de organización y gestión en toda su amplitud para lograr calidad eficiencia con el fin de maximizar la participación individual y a nivel comunitario.

En este marco, la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, conocida como OIRS, hace las veces de interlocutor entre los usuarios y el CESFAM acogiendo las sugerencias y reclamos de los pacientes que allí se atienden diariamente. Se acumula una cantidad de reclamos considerables respecto de algunos procedimientos de unidades puntuales, los cuales no se encuentran normados, por lo que su aplicación queda a criterio del funcionario de turno, es así como por ejemplo; cada sector de atención define el procedimiento a seguir cuando un usuario llega atrasado a recibir su atención, situación que normalmente se presta para confusión y molestia de

los usuarios que ven, en ocasiones, las medidas adoptadas como arbitrarias y discriminadoras.

En atención a lo anteriormente expuesto y con motivo de optimizar los niveles de gestión de calidad en la APS, es que el MINSAL establece como uno de los objetivos de la política pública en la materia, lo siguiente;

“Se debe establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.”

Se considera como un avance en la mejora de la gestión del CESFAM Jean & Marie Thierry, la formulación de protocolos que establezcan cuales son los pasos a seguir en el desarrollo de determinados procedimientos que tengan carácter de urgente en vías de reducir la cantidad de reclamos y cumplir con las metas de gestión trazadas por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

En este marco, el Seminario de Título que a continuación se presenta se denomina “Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de protocolos para sectores de atención y unidades transversales del CESFAM Jean & Marie Thierry” y fue desarrollado por el alumno seminarista perteneciente a la Universidad de Valparaíso, Xavier Caviedes Castillo con el objetivo de optar al grado académico de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Trabajador Social.

Así, entonces, el Primer Capítulo de este Seminario de Título Contextos de la Experiencia presenta los contextos institucional, territorial, social y programático. En el contexto institucional se encuadra en primera instancia en el SSVSA (Servicio de Salud Valparaíso San Antonio) para luego dar paso al CESFAM Jean & Marie Thierry. Luego en el contexto territorial se exponen las características demográficas, en el social; el perfil del usuario del Centro de Salud mencionado y por último en el contexto programático; la OIRS (Oficina de Información Reclamos y Sugerencias).

El Segundo Capítulo Marco de Referencia se presenta los ejes conceptuales en que se enmarca el análisis de la experiencia, los que corresponden a Calidad en Atención Primaria en Salud, Salud Familiar y Gestión de Calidad.

En el Tercer Capítulo Marco Metodológico del Seminario de Título, que se inscribe en las necesidades derivadas de la Gestión de Calidad en la APS. El marco metodológico está compuesto por los objetivos de este. En el Cuarto Capítulo Resultados del Proceso, se encuentran los objetivos resueltos, el análisis de las entrevistas realizadas en los cuatro sectores y en las demás unidades transversales, incluyendo además un análisis generalizado sobre lo observado en el levantamiento de la información. Se presenta conjuntamente el producto del Seminario de Título compuesto por 8 protocolos de distintos procedimientos que se desarrollan en el CESFAM, 5 de ellos ya cuentan con la aprobación del Equipo de Salud y 3 de ellos están a la espera de ser evaluados y corregidos.

En el Quinto Capítulo Reflexiones Profesionales en que se describe el proceso de Seminario de Título analizado desde los ejes temáticos en que se inscribe la experiencia. El Sexto Capítulo Conclusiones, aporta las conclusiones temáticas, metodológicas y profesionales obtenidas del proceso.

CAPITULO I:

CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

1.1 Contexto Institucional

A. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

El Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry corresponde a una de la Redes Asistenciales del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, por lo tanto éste norma y rige al Centro de Salud.

- **Identificación de la Institución.**

Director del Servicio de Salud:	Eugenio de la Cerda Rodríguez.
Subdirectora de Gestión Asistencial:	Loreto Vent Castillo.
Subdirectora de Recursos Humanos:	Leticia Zamorano Rojas.

Esquema N°1: Identificación de la Institución

El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, tiene como principal objetivo tener una mirada sistémica de la Red Asistencial, con una clara orientación hacia los usuarios-ciudadanos que poseen Derechos garantizados en Acceso, Oportunidad, Protección Financiera y Calidad en la Atención, lo que les implica ofrecer los mejores resultados, utilizando la mejor información disponible para atenderlos, con los menores inconvenientes y costos para los Usuarios, para la Red y fundamentalmente para nuestra sociedad.

Una de las principales funciones que le corresponde realizar al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, es la Articulación, Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la Salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

La Red Asistencial, está constituida por el conjunto de Establecimientos Asistenciales Públicos que forman parte del Servicio, los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud de su territorio y los demás Establecimientos Públicos o Privados que mantiene convenios para ejecutar acciones de salud, los cuales colaboran y se complementan entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

- **Misión**

Ser una red de establecimientos que entrega prestaciones integrales de salud en forma eficaz, eficiente, oportuna, equitativa e innovadora, contribuyendo a mejorar la calidad de vida a sus usuarios.

- **Visión**

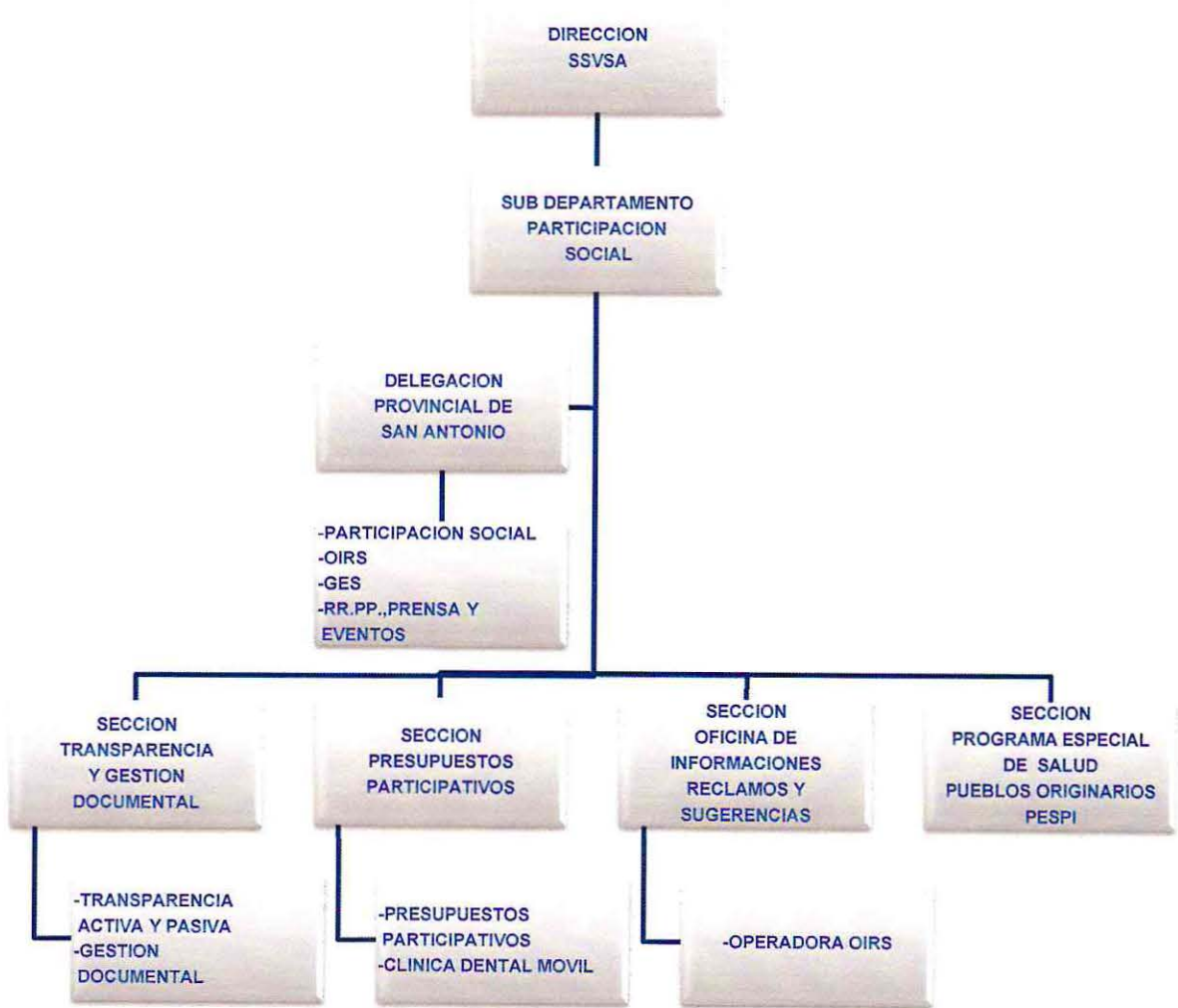
Ser reconocida por la comunidad como una red de salud de excelencia, solidaria, comprometida con las personas, que actúa con justicia, donde el usuario es acogido con respeto y amabilidad.

- ✓ **Población Beneficiaria y Validada.**

El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, es uno de los tres Servicios que cubre la atención de salud de la población en la Quinta Región de Valparaíso. Dicha cobertura, es compartida con los Servicios de Salud Viña del Mar, Quillota y Aconcagua, para los que actúa como Centro de derivación regional.

La Quinta Región de Valparaíso, cuenta con una superficie total de 16.303,4 km² que representa el 0,8% del Territorio Nacional, y un 2,1% del Territorio Nacional Sudamericano. De esta superficie, 394 km² corresponden a Territorio Insular compuesto por las Islas de Pascua, Sala y Gómez, San Félix y San Ambrosio, y el Archipiélago Juan Fernández pertenecen a la jurisdicción del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. La población general de la región es de 1.672.357 habitantes, de ellos 466.143 corresponden a la jurisdicción del SSVSA (INE).

✓ Organigrama Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.



Esquema N°2: Organigrama Servicio De Salud Valparaíso San Antonio

B. Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry.

• **Identificación de la Institución.**

Nombre:	Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry.
Dirección:	Blas Cuevas N ° 985, subida el Litre Valparaíso.
Directora:	Ana María Espósito, Odontóloga.
Subdirector:	Dr. Carlos Mancilla, Médico Cirujano.

ENCARGADOS DEL SECTOR	
Sector 1	Valeria Abarca
Sector 2	Paulina Bustos
Sector 3	Beatriz Salgado.
Sector 4	María Angélica Barría.

Esquema N°3: Identificación de la Institución

- **Fono:** 2571650.
- **Línea:** 800-500522.
- **Horario de Atención:** Lunes a Viernes 08:00 a 17:30 hrs. Extensión horaria de 17:30 a 20:00 horas.

✓ **CESFAM Jean & Marie Thierry y Atención Primaria en Salud.**

La Atención Primaria es el primer Nivel de acceso al Sistema de Salud, por lo tanto es el de mayor cobertura, pero de menor complejidad. Esta comprende un conjunto de Establecimientos de Salud, representado por las Postas y Estaciones Médico Rurales, los Consultorios Urbanos y Rurales y los Centros de Salud Familiar, para poder solucionar con eficacia y eficiencia la necesidad de salud ya sea de diferente dimensión y severidad.

En el año 1978, la Organización Mundial de Salud (OMS) reunida en Alma-Ata define la Atención Primaria como: *“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad,*

*mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde reside y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.*¹

✓ **En el ámbito Nacional el Ministerio de Salud a definido la Atención Primaria de Salud como:**

*“Un conjunto de acciones orientadas a fomentar la salud, prevenir específicamente las enfermedades, detectar y controlar los riesgos y establecer el diagnóstico precoz, con el objeto de ejercer un tratamiento integral y de este modo restablecer el nivel de salud específico de cada individuo, en el contexto de su familia, su medio ambiente y su comunidad. También se le entiende como un proceso participativo, descentralizado e intersectorial, que tiene por objetivo fundamental mejorar la calidad de vida de las personas a través del desarrollo social, la gestión participativa, el mantenimiento de la salud y la prevención y control de riesgo de la salud”.*²



• **Tipo de Institución.**

Centro de Salud Urbano de Atención Primaria con orientación familiar, inaugurado en octubre del 2004. Es uno de los 14 Centros de Salud de la comuna de Valparaíso, siendo junto al CESFAM Plaza Justicia, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

• **Cobertura.**

En la actualidad, año 2013, se registran 13.774 familias inscritas. Específicamente en el sector 1, se encuentran 2.735 familias; en el sector 2, 3.502 familias; sector 3, 3.505 familias y finalmente en el sector 4, 4.032 familias.

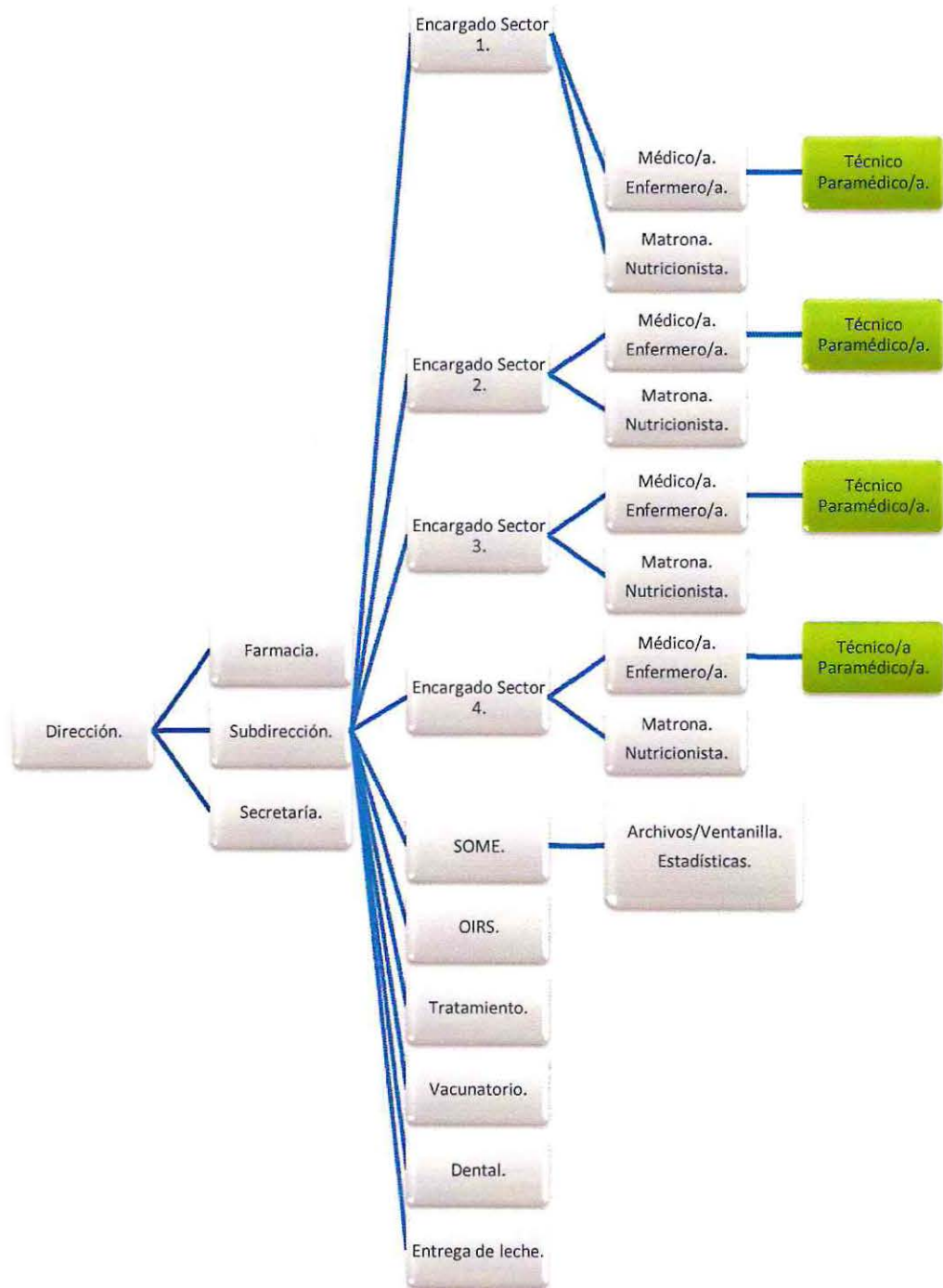
¹ Castañeda M. Patricia, Miranda L. Lorena (2006). *Avances conceptuales en Salud: Promoción en Salud, Competencias Profesionales y Trabajo Social*. Mesa Regional de Trabajo Social en Salud V Región.

² MINSAL (1998). *Atención Primaria en Salud*. Chile.

- **Sujetos de Atención.**

Todas las personas inscritas en el per cápita, pertenecientes al territorio asignado como radio de acción del Centro de Salud Familiar, afiliadas al sistema público de salud FONASA y que requieren de atención sanitaria en sus distintas necesidades de atención primaria.

- Organigrama de la Institución.



Esquema N°4: Organigrama de la Institución

- **Plataforma Alta**



Esquema N°5: Plataforma Alta

- **Antecedentes Históricos.**

En el año 1904 el Dr. Jean Hugo Thierry diligentemente secundado por su esposa (ambos de nacionalidad Francesa), crea junto a otros benefactores, la "Sociedad Hospital de niños Jean y Marie Thierry" de Valparaíso, y adjunto a él una Escuela de Enfermeras, dirigida por Miss Kama Tvede (enfermera de nacionalidad Danesa). Este Centro de Salud otorgaría atención médica a la población infantil de Valparaíso y sus alrededores en forma indiscriminada.

En el año 1910, esta misma Sociedad construyó el Hospital de Niños en Blas Cuevas 999, subida El Litre, Valparaíso. En 1956, se realizó un convenio entre la “Sociedad Hospital de Niños Jean y Marie Thierry” y el Servicio Nacional de Salud, en el cual este último ocuparía en calidad de arrendatario las dependencias del Hospital de Niños, ubicada en Blas Cuevas n ° 999. A partir de esa fecha, y para mantener los límites entre ambos centros de salud se comienza a trabajar en formar sectorizada y organizada.

En 1979, se produce una reestructuración del Sector Salud, por lo cual el consultorio Hospital de Niños queda bajo la dirección de Atención Primaria desarrollando tres Programas de Salud: Programa Materno y Perinatal, Programas Adulto y Senescente.

En el año 1988, a raíz de la necesidad de reubicar el Policlínico de especialidades del Hospital Deformes (que había sido demolido) se produce el traslado de consultorio, en calidad de comodato, al local municipal existente en el Parque el Litre.

A fines del 2004 se finaliza la construcción del actual Centro de Salud Jean y Marie Thierry en subida El Litre trasladándose desde el Parque El Litre.

✓ **Misión**

Ser un Centro de Salud Familiar que forme parte de la red asistencial y que responde a las necesidades de salud de nuestra población de manera eficaz, eficiente, oportuna y con equidad, contribuyendo de esa a elevar la calidad de vida de nuestros usuarios.

✓ **Visión**

Ser reconocidos por nuestras familias usuarias, como un centro de Salud Familiar, que acoja con amabilidad y contribuya a resolver sus problemas de salud, con un enfoque Integral y con Calidad, a través del compromiso del equipo de salud.

- **Objetivos de la Institución.**

Las metas del Establecimiento del CESFAM tienen relación con las Metas Sanitarias. Ley N° 19.664.

- ✓ **Objetivos:**

- Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción, prevención y garantizar una atención médica oportuna y de calidad cuando esta se requiera.
- Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.
- Contribuir a satisfacer las necesidades de atención médica de la población y procurar una atención resolutive.
- Mejorar la calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de la hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, prevención, control y eficacia en el uso de los recursos.
- Mejorar las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo de diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.
- Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial del Servicio de Salud y cumplir el régimen de garantías en salud conforme a la legislación vigente en la materia.
- Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.

De acuerdo a los objetivos planteados anteriormente, las metas sanitarias propuestas por el CESFAM Jean Y Marie Thierry derivan en las siguientes:

- **Áreas Prioritarias en Salud.**
- **Área de Atención Médica a Usuarios.**

Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios, mediante estrategias de promoción y prevención y garantizar una atención médica oportuna y de calidad, cuando esta se requiera.

- **Área de Atención Odontológica para Usuarios.**

Mantener y mejorar la salud buco-dental de la población con intervenciones efectivas en salud odontológica.

- **Área de Apoyo Clínico.**

Mejorar las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo clínico, de diagnóstico y clínico-terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.

- **Área de Coordinación de la Red Asistencial.**

Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la Red Asistencial a través de la acción de los profesionales de los servicios de salud y cumplir con garantías en salud conforme a la legislación vigente en la materia.

No obstante, el CESFAM Jean & Marie Thierry realiza su gestión en pro de fortalecer y mejorar su gestión al Modelo de Administración y de atención a los usuarios en coordinación con las Redes Sociales del sector, para lo cual existe un Comité Comunal, encargado de establecer los nexos necesarios para paliar las necesidades y problemáticas de los beneficiarios de este centro de salud.

El Comité Comunal está integrado por las siguientes Instituciones: Área Educación, Área Salud, DIDECO, Departamento de Desarrollo de Personas, Previene, Fundación Integra, JUNJI, JUNAEB, Chile Deportes, Unidad Comunal de Consejos Locales, Concejo Municipal, S.S.V.S.A, Unidad Comunal de Junta de Vecinos Hospital Carlos Van Buren, Clínica Tabaco, Centro Salud Plaza Justicia.

- **Funciones de la Institución.**

Las funciones de la Institución están complementadas con los objetivos y las metas planteadas por el CESFAM. De esta forma se presentan como las principales funciones; la Atención Primaria de Salud, específicamente los temas de promoción y prevención. Continuando con las lógicas de tratamiento de la población, intentando adecuarse a los nuevos procesos contingentes.

- **Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.**

Chile, en 1997, pone en marcha un nuevo cambio conceptual y operativo: los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Un Centro de Salud Familiar, es el espacio donde se establece una relación de continuidad entre un Equipo de Salud y su Población, relación caracterizada por la confianza y vínculos de afectividad y respeto mutuo, para el logro de un mayor bienestar de las familias y la comunidad en que se insertan.³

Se entiende por enfoque familiar *“la práctica clínica que recoge información sobre la estructura familiar, las relaciones familiares, las pautas de conducta relacionadas con la salud, las conexiones emocionales y los recursos familiares, con el fin de entender al individuo inserto en su contexto”*.⁴ A partir de esta comprensión, se logrará una mejor organización de las respuestas con los recursos familiares. La familia, influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros. Así mismo la situación de salud de cada miembro influye al Sistema, en su conjunto. Esta relación, se ha expresado como la existencia en la familia de características que pueden ser, *factores protectores o de riesgo*, para determinadas alteraciones en la salud, en determinadas pautas de conducta, en la forma cómo la familia reacciona frente a la enfermedad, como cuidadora, como conceptualiza la salud o cómo se organiza el funcionamiento familiar frente a la enfermedad.⁵

Con la implementación de la Reforma de Salud, se han producido transformaciones radicales, por lo que el Modelo de Atención obtiene un carácter Integral Familiar y Comunitario. Atendiendo a la importancia de

³ MINSAL (2008) Subsecretaría De Redes Asistenciales.

⁴ Thomas L. Campbell, David B. Seaburn *Orientación Familiar en Atención Primaria*.

⁵ Hidalgo C., Carrasco E. *Cuaderno de Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria*.

poner en el centro al usuario y recoger la Operacionalización del Modelo Biopsicosocial. Bajo este contexto se define el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario como:

“Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias, y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios/as) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de la personas, la participación social en todos su quehacer, incluido el intersectar, y la existencia de sistemas de salud indígena.”⁶

El empoderamiento que caracteriza al Usuario se observa en la serie de interacciones puestas en marcha en las múltiples instancias de participación que progresivamente se han ido creando. El ejercicio del control social frente a los procesos que dan cuenta de la atención de salud, es efectuado a través de su participación en los diferentes espacios donde su opinión puede ser manifestada. Por ejemplo: Consejo de Desarrollo Local, análisis y seguimiento de los reclamos planteados en la OIRS, participación en la elaboración de las Cuentas Públicas, Consejos Municipales, Presupuestos Participativos, etc.

Con la Reforma de Salud, se introduce el concepto de Redes de Salud como la acción articulada de la Red de Prestadores y el Modelo iniciado en Atención Primaria, se hace coherente con un cambio global.

Enfoque Biopsicosocial del CESFAM

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar, hace suyo el Modelo Biopsicosocial propuesto por George Engel en 1977, gracias a la continuidad temporal y multigeneracional que le permite al Equipo de Salud atender, en forma Sistémica, el proceso salud-enfermedad de los miembros de las

⁶ MINSAL (2006) *Manual de apoyo a la Implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario*. Subsecretaría de redes asistenciales.

familias. George Engel, critica el Modelo Tradicional por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, por lo que los califica de *dogma*. Se basa en la Teoría General de Sistemas, propuesta inicialmente por Von Bertalanffy. La aparición de este paradigma plantea a la ciencia pasar del Modelo Reduccionista del siglo XIX, a un Enfoque Sistémico, lo que en medicina se traduce en el paso del Modelo Biomédico a un Enfoque Biopsicosocial.⁷

Durante muchas décadas, los Sistemas de Salud y la práctica de la Medicina en general, han tenido casi como único objetivo "la enfermedad" y han orientado sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos, prestando muy poca atención a la prevención de patologías y a la conservación y promoción de la salud (Zurro, 1999). Sin embargo, en la actualidad la Salud Pública en el mundo y específicamente en Chile, ha sufrido una serie de cambios en sus principales fundamentos.⁸

Este Paradigma Biopsicosocial que, sin desconocer la validez del Paradigma Biomédico, ofrece una Visión Integral del proceso salud-enfermedad, incorpora otras dimensiones (Psicológicas, biológicas, sociales, económicas y políticas) imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama sanitario, en definitiva del cambio hacia un usuario más proactivo; es decir, responsable de su propia salud y de la salud de la Sociedad. Compromete en su implementación, a todas las personas que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.⁹

Coexistencia de los modelos de los enfoques Biomédico y Biopsicosocial

	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Origen	-Nace en el siglo XIX. Aparición del cientificismo. -Se basa en una concepción patologista. -Diagnóstico biológico	-Nace en 1970. Se cuestiona el cientificismo y medicalización. -Se basa en incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. -Diagnóstico biológico, pero además psicológico y de carácter social.

⁷ MINSAL (2008). SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES.

⁸ Oliva C., Hidalgo C. (2008) *Satisfacción Usuaria: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁹ 18 Artículos 1º y 2º del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004 y el Art. 1º del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril de 2005.

Fundamentos	-Paradigma Cartesiano desarrollado para la investigación del mundo físico. -Conocer por el método analítico, estudiando éstos por separado.	-Paradigma nace de teoría general de sistemas (Von Bertalanffy). -Los fenómenos son estudiados de forma global, no son fragmentables. ¹⁰
	-Relaciones de causalidad son simples y lineales.	-El observador no es objetivo, éste es siempre parcial y comprometido. -La causalidad es múltiple y compleja. -Debe considerar el contexto.
Características	-Se centra en las enfermedades. -Curativo. -Diagnóstico biológico. -El tratamiento se basa en recursos externos al paciente.	- Se centra en el individuo. -Es curativo y promocional. -Diagnóstico biológico, emocional y social. -El tratamiento considera los recursos internos de las familias.
Limitaciones	-No considera causas psicológicas y sociales. -la biología no arroja significaciones en el paciente. -La aceptación del rol del enfermo no viene determinado por la biología. -El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido por variables psicosociales. -Tendencia a la subespecialización.	-Requiere mantener un progreso profesional técnico y humano. -Intervenciones paralelas biomédica y biopsicosociales (hospitales). -Reencuadrar demandas en contra de expectativas del paciente. -Modificar estereotipos. Formulación de una estrategia de equipo interdisciplinario.
Relación Asistencial	-Clasista -Asimétrica -Controles externos para evitar abusos. -Profesionalizada.	- Temporalidad: Distinto encuentros. -Contenidos: Protagonistas de la relación. - Contenidos: Necesidades y demandas de salud. ¹¹

Tabla N°1: Coexistencia de los enfoques biomédicos y biopsicosociales

Fuente: Cuevas, K., Mancilla C., López, P. (2006). Coexistencia de los enfoques

Biomédicos y biopsicosociales en los discurso de los profesionales de la atención primaria de salud. Tesis para optar el grado de Magíster salud pública mención gestión en atención primaria, departamento de salud pública, Universidad de Valparaíso, Chile.



¹¹ **Tabla N°6:** Fuente: Cuevas, K., Mancilla C., López, P. (2006). Coexistencia de los enfoques biomédicos y biopsicosociales en los discurso de los profesionales de la atención primaria de salud. Tesis para optar el grado de Magíster salud pública mención gestión en atención primaria, departamento de salud pública, Universidad de Valparaíso, Chile.

Este Modelo, significa un desafío a quienes integran el Sector Salud, los cuales deben apropiarse de la Reforma y cambiar los Paradigmas mentales y culturales con los que, hasta ahora, se ha operado la Gestión del Sistema, implicando cambios Institucionales con respecto a mecanismos de coordinación, interacción, complementariedad, cooperación y de comunicación fluidos en su interior, aspectos que forman una parte esencial de los Sistemas de Gestión en Red.

Por tanto, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, se basa en trabajar con una Población a cargo, manteniendo un contacto cercano y permanente con su Equipo Cabecera, en todo el ciclo vital, en el proceso de salud enfermedad y en todos los Niveles de Intervención en una Red Articulada de Servicios.

A partir de lo expuesto el CESFAM Jean & Marie describe sus Funciones Institucionales como Centro de Salud Familiar de la siguiente manera:

- **Continuidad de la Atención y de los Cuidados de Salud:** Estará dada por un equipo de salud del sector (que tiene asignada una cantidad de familias que habitan un sector, villa o población delimitados), multidisciplinario y de liderazgo horizontal. Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores y tiene autoridad para actuar con estrategias preventivas, promocionales y educativas adaptadas a esa realidad conocida. Este es el fundamento de la sectorización en el proceso que conduce al Modelo de Salud Familiar. La continuidad de cuidados de salud se sustenta en la relación y coordinación que se establece en la red de establecimientos de salud.
- **Prestación de Servicios Integrados:** En cada una de las actividades donde el equipo de salud interactúa con el usuario (morbilidad, controles de salud o de programas específicos) se incorporan contenidos de promoción y prevención, además dichas actividades, independiente si corresponden a diferentes programas de salud, se realizan integradamente por el componente del equipo de salud más capacitado para el tipo de servicio requerido, este equipo está

conformado por médicos, enfermeras, Asistentes Sociales, Psicólogo. Se incorporan prestaciones como la atención domiciliaria integral donde las familias de riesgo son visitadas por uno o más miembros del equipo según lo requieran de acuerdo a un plan de intervención elaborado en conjunto entre sus integrantes y el equipo.

- **Resolutividad:** Definida como la capacidad del equipo de salud de atención primaria de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisando precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial.
- **Auto cuidado Individual y Familiar:** En todas las actividades se incorpora educación para que los individuos y las familias sean capaces de adoptar sus propias decisiones en salud de manera oportuna y efectiva. Las acciones que sustentan esta estrategia son la educación y la conserjería familiar.
- **Responsabilidad Compartida entre los miembros de la Familia y la Comunidad por la Salud de su Familia y de cada uno de sus Integrantes:** Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas, favoreciendo especialmente la participación de la pareja en el proceso reproductivo, del padre y la madre en el cuidado de los hijos, de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.
- **Participación:** Reconoce la importancia de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de la salud. Ello con la finalidad de dar pertinencia y adecuar las acciones de salud a las necesidades de la población. La participación social y comunitaria en la salud adquiere distintas dimensiones:

- La corresponsabilidad frente al Control sobre determinantes de la Salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
- El control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud.
- El ejercicio de rendición de cuentas. Trabajo Comunitario y colaborativo en distintos ámbitos del quehacer en salud de acuerdo a competencias de las redes comunitarias (organizaciones comunitarias de salud grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud.)

1.2 Contexto programático.

- **OIRS: Antecedentes Generales.**

A partir de la incorporación del Sistema en los Programas de Mejoramiento de la Gestión emanados desde la Presidencia, desde el año 2001, se inicia un proceso de instalación formal y progresiva de puntos de información, captura de solicitudes y mecanismos de gestión y resolución de solicitudes ciudadanas, quejas y reclamos, que adquieren diversos grados de desarrollo a lo largo del país.

Los Programas de Mejoramiento de Gestión, son un Instrumento de apoyo a la gestión de los Servicios Públicos, basado en el desarrollo de áreas estratégicas comunes de la gestión pública para un cierto estándar predefinido. El cumplimiento de etapas de desarrollo está asociado a un incentivo monetario a los funcionarios. Se ejecuta a través de los procesos de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de los programas de mejoramiento de los servicios.¹²

A partir del año 2001, los PMG se han centrado en el desarrollo de sistemas de gestión mejorando las prácticas en los servicios públicos. Luego de cuatro años de aplicación, los resultados obtenidos en esta primera fase, muestran que los PMG han sido un buen instrumento. En efecto, en estos años, de acuerdo a definiciones técnicas elaboradas al interior del sector público por parte de una red de expertos, los servicios han avanzado en el desarrollo de los sistemas de gestión que forman parte de sus respectivos PMG. Lo anterior ha permitido que los funcionarios reciban un beneficio económico, a la vez que se construye una base más sólida a partir de la cual enfrentar otras exigencias y procesos propios de un sector público que se moderniza para cumplir con sus principales desafíos.

Con el objeto de profundizar los avances logrados, no es suficiente el reconocimiento al interior del sector público. En este nivel de desarrollo de los PMG, en que un gran número de servicios alcanzan las metas definidas, se requiere la aplicación de un estándar externo que continúe promoviendo la

¹² Subsecretaría de Redes Asistenciales (2005). *Modelo Integral de Atención de Usuarios Sector Salud, Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.*

excelencia en el servicio público, pero que también haga reconocibles los logros por parte del conjunto de la sociedad. Con este fin, la formulación de los PMG correspondientes al año 2005 introduce los primeros elementos para transitar hacia un mecanismo de certificación externa de sistemas de gestión para los servicios públicos -reconocido internacionalmente a través de las Normas ISO - respondiendo además al compromiso establecido en el Protocolo que acompaña el despacho del Proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2004, suscrito por el Gobierno y la Comisión Mixta de Presupuestos del Congreso Nacional.¹³

El sector salud, junto con estos Programas de Mejoramiento de Gestión, ha venido desarrollando diversos sistemas de acogida de solicitudes ciudadanas en el marco de la instalación de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias desde que se dictara el Decreto Supremo 680 de 1990.

La OIRS, se reconoce, como un espacio de escucha, mediante el cual se acogen las solicitudes ciudadanas. Permite abrir un lugar de participación eficiente entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud. Constituyen la puerta de entrada al Sistema Público y la primera posibilidad de ejercicio de los Derechos Ciudadanos.

Cada OIRS debe ser reflejo del modelo de Atención Integral de Usuarios. El Modelo propuesto pone énfasis en la coordinación y articulación de los procesos de gestión de las solicitudes ciudadanas existentes en el sistema de salud. La OIRS, como estamento del Ministerio de Salud, se rige a partir de una base legal que le permita actuar, con las características que se señalan con anterioridad.

✓ Marco Legal y Normativo.

La instalación del Sistema OIRS se sustenta en el siguiente Marco Legal y Normativo:

¹³ Dirección de Presupuesto. *Programa de Mejoramiento de Gestión (PMG)* Gobierno de Chile.

- Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937 de 24 de Febrero de 2004 y sus Reglamentos.
- Decreto Supremo N° 680 de 21 de Septiembre de 1990.
- Programas de Mejoramiento de la Gestión en los Servicios Públicos, Art. 6 Ley 19.553 de 1998.
- Ley de Bases de Procedimientos Administrativos N° 19.880 de 29 de Mayo de 2003.
- Ley AUGE.
- Ley de financiamiento de la Reforma de la Salud.
- Ley de ISAPRES: asegura la estabilidad del sistema, mejora transparencia y potencia el rol de la Superintendencia (parcialmente aprobada en la “Ley Corta”).
- Ley 20.285, sobre el acceso a la Información Pública.
- Ley 20.584, sobre regulación de derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Instructivo Presidencial sobre Simplificación de Trámites de 1998.
- Instructivo sobre Gobierno Electrónico 11 de mayo de 2001.
- Instructivo Presidencial sobre Participación Ciudadana de 7 de Diciembre de 2000.
- Programa de Tolerancia y No Discriminación conforme a Artículos 1, 5, 6 y 19 de la Constitución de la República de Chile y Leyes que favorecen a los grupos vulnerables presentes en el Código Civil.
- Documentos Ministerio de Salud: “Modelo Integral de atención de usuarios del sector salud, Manual operativo para las Redes Asistenciales, subsecretaría de Redes Asistenciales- Unidad de Participación Social, año 2006.” Y “Directorio de Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, OIRS, de los establecimientos de salud pública de Chile 2007, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Unidad de Participación Social, año 2007”.
- Resolución Exenta 168 del 02/04/2009 del Ministerio de Salud, Norma General de Participación Ciudadana en la gestión Pública del sistema nacional de servicio de salud.

A su vez, se enmarca dentro de una serie de Convenciones y Pactos Internacionales que aportan el sustento valórico y político:

- Convención Americana de Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).
- Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Convención sobre los Derechos del Niño.

El Código Civil aporta, también, una serie de disposiciones que complementan el sustento legal para la implementación de sistemas de atención a usuarios:

- Igualdad de filiación y los derechos de los hijos.
- Igualdad ante los cónyuges.
- Igualdad entre Iglesias y entre las personas que profesan diversos cultos.
- No Discriminación en la legislación laboral.
- No discriminación en la educación.
- Protección y promoción de los indígenas.
- Protección de los consumidores.
- Integración de las personas con discapacidad, entre otras.

✓ **Áreas de Responsabilidad.**

- Asesoría a la Dirección y Jefaturas de la dirección y distintos centros de asistenciales de la Red en el Modelo de Gestión de las OIRS y Calidad de la Atención.
- Coordinación, monitoreo y asesoría técnica a las OIRS de la Red Asistencial.
- Coordinación de la OIRS de la Dirección de Servicio, para entregar una atención integral y de calidad a las personas.
- Difusión de los Derechos y Deberes de las personas.
- Gestión de solicitudes ciudadanas No GES que se reciben en la Dirección de Servicio por los distintos canales.

- Captura de Reclamos GES presenciales.
- Medición sistemática de la Satisfacción Usuaría a nivel de la Red de Establecimientos de Salud del Servicio.¹⁴

- **Misión de la OIRS**

“Ser un espacio de participación, interacción y acceso de las personas que reciben atención en establecimiento de salud público, con la finalidad de garantizar el derecho de los ciudadanos sin discriminación, a informarse, sugerir reclamar y/o felicitar, acerca de las materias propias del sector, en un marco de respeto a todas las personas que constituyen el medio y la finalidad de las acciones del establecimiento y de una atención de excelencia”.

- **Objetivos de la OIRS.**

- ✓ Entregar a las personas una atención acogedora y de calidad, dando respuesta oportuna a los requerimientos recepcionados en la OIRS de la Dirección de Servicio. Lo anterior en el marco de la implementación y perfeccionamiento del Modelo Integral de Atención de usuarios/as, ley de Procedimiento Administrativo 19.880, ley de transparencia y de acceso a la información pública 20.285 y demás normativas vigentes en ésta materia.
- ✓ Promover la gestión estandarizada de las presentaciones ciudadanas y Satisfacción usuaria en la Red del Servicio de Salud, a través de la implementación y monitoreo del modelo Integral de Atención de Usuarios/as en los establecimientos de la Red.
- ✓ Capacitar a los funcionarios que se desempeñan en las OIRS de la Red Asistencial y otras unidades colaboradoras en la gestión de presentaciones ciudadanas y satisfacción usuaria, en las materias propias de la sección OIRS.

¹⁴ Subsecretaría de Redes Asistenciales (2005). *Modelo Integral de Atención de Usuarios Sector Salud, Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.*

- ✓ Diseñar, supervisar y evaluar la implementación de los procedimientos atinentes a materias propias de la gestión de presentaciones ciudadanas y satisfacción usuaria.
- ✓ Proponer a los Directores, la mejora continua en procedimientos, infraestructura y recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos establecidos.

- **Funciones de la OIRS del Sector Salud.**

- ✓ Informar sobre: funcionamiento y horarios que presta cada sección. Requisitos para obtener la prestación. Plazos para tramitación de la prestación. Directorio de organizaciones institucionales, funcionales, vecinales.
- ✓ Atender a los interesados.
- ✓ Orientar a los interesados.
- ✓ Recibir y estudiar sugerencias.
- ✓ Recibir, responder y o derivar reclamos.
- ✓ Registrar las solicitudes ciudadanas.
- ✓ Realizar encuestas y mediciones.
- ✓ Establecer coordinación con dispositivos de información y comunicación.
- ✓ Ser un espacio en el cual se difunda la carta de derechos ciudadanos de la institución.¹⁵

- **Ingreso al Sistema de Registro.**

La Ley 19.880 señala que los procedimientos administrativos pueden desarrollarse tanto vía física o presencial, como a través de medios electrónicos (Art. 19). Establece, que las instituciones deben llevar registro de los procedimientos, ya sea escrito o electrónico, con toda la documentación que se haya intercambiado con los interesados, los cuales tendrán acceso permanente (Art. 18°, incisos. 2° y 3°).

¹⁵ Abarca Elgueta, L. (2011). *Diapositivas de Funcionamiento Interno de la Unidad OIRS del CESFAM Jean & Marie Thierry*.

El Sistema de Registro de la OIRS de la dirección es actualmente una planilla Excel para realizar todos los ingresos por año y mes. Se encuentra en instalación sistema de trámite en línea. Es tarea de la operadora OIRS mantener al día esta base de datos y tarea de encargada Sección OIRS supervisar el buen desarrollo de la misma. Así mismo existe un sistema manual escrito, con un expediente de cada presentación, el cual contiene los estados de avances y copia de respuesta, de existir la misma. Todos documentos disponibles en Kárdex de oficina OIRS primer piso.

El control y seguimiento del Sistema OIRS es de responsabilidad del Encargado OIRS que tiene a cargo el plan de mejoramiento de la gestión OIRS. Colaborará en ésta tarea la operadora.

- **OIRS en CESFAM Jean & Marie Thierry.**

La Unidad OIRS, como tal, tiene sus inicios a partir del 24 de junio del año 2005, fecha en que se hace envío de un memorándum desde la Subsecretaría de Salud en el que se solicita la implementación de la Unidad OIRS, bajo el Marco del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG). Programa, que forma parte del Proyecto de Modernización del Estado (2006) en el área de Calidad de Atención a Usuarios, junto con Gobierno Electrónico. El PMG OIRS es uno de los PMG más importantes para la gestión de Estado, al mismo nivel que Planificación, Control de Gestión y Administración Financiera y la información que proporciona es fundamental para la toma de decisiones en diferentes áreas de la Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Dentro de lo anterior, se enmarca específicamente la Unidad OIRS en el CESFAM Jean & Marie Thierry, la que de igual modo cumple con ser un espacio de participación ciudadana donde se busca la resolución de conflictos y la recepción de solicitudes/sugerencias por parte del usuario. Desde su inicio, la Unidad ha seguido los lineamientos propuestos por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, (particularmente desde el Departamento de Participación Social) esta implementación y luego, Gestión Administrativa estuvo bajo Jefatura de la Asistente Social, Sra. Marcela Ahumada García.

En el año 2007, se hace cargo de la Unidad OIRS, la Asistente Social, Sra. Elizabeth Dedes por una fase de transición, etapa que es compartida en coordinación con la Asistente Social, Srta. Lorena Elgueta Abarca, la cual toma Jefatura Oficial de la Unidad en el mes de diciembre del año 2010, hasta la actualidad.

✓ Recursos de Unidad OIRS.

Recursos Humanos de Unidad OIRS CESFAM Jean & Marie Thierry	
Jefatura	Srta. Lorena Elgueta Abarca
Operador OIRS	Sra. Genoveva Zeballo
Operador OIRS	Sra. Marcela Guerrero
Recursos Tangibles	
La Unidad OIRS cuenta con un espacio físico dentro del CESFAM, anexo al SOME, que cuenta con:	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Escritorio. • 1 Computador. • 1 Diario Mural Informativo. 	

Esquema N°6: Recursos de Unidad OIRS

Fuente: Elaboración Alumno Seminarista

✓ Planes de Mejoramiento para el Buen Trato y Unidad OIRS CESFAM Jean & Marie Thierry.

Durante el año 2009, en coherencia con los resultados de la primera aplicación de la Encuesta Nacional de Satisfacción Usuaría, los resultados obtenidos de la Gestión de Solicitudes de Reclamos en las Redes Asistenciales y, ante la prioridad otorgada al desarrollo de la Participación y ejercicio de Derechos Ciudadanos, la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha considerado necesario otorgar continuidad al desarrollo de los Planes de Mejora del Trato en los Establecimientos de la Red Asistencial.

De este modo, se crea el grupo de "Comisión para el Buen Trato", debido al alto índice de reclamos por trato, mayor o igual al promedio de la Red (25,63% en el año 2009); como segundo motivo, la razón de Reclamo mayor o igual al promedio de la Red en el año 2009 y por último Índice de Satisfacción Usuaría disminuido en las dimensiones directamente relacionadas al trato.¹⁶

¹⁶ Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (2009). *Informe Medición Satisfacción Usuaría*.

Específicamente, la Unidad OIRS del CESFAM, sigue su trabajo con las Comisiones del Buen Trato -tanto de funcionarios, como usuarios- a pesar de la disminución del índice de reclamos y de los plazos establecidos por el SSVSA. Manteniendo una línea de actividades que le son propias a su funcionamiento, dentro de las que se destaca la creación del Proyecto de Auto cuidado a partir de la solicitud de la “Comisión del Buen Trato de Funcionarios” dirigida a los mismos.

CAPITULO II:



MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Salud Familiar.

En 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, propone la siguiente definición: "La salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia"; definición que está muy acertada al contemplar el elemento funcionamiento familiar, tan importante para la salud, pero de forma incompleta.

Con posterioridad Horwitz en el año 1985 considera la Salud Familiar como: "Ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, que no es la suma de la salud de sus integrantes de manera individual".¹⁷

- **Principios de Salud Familiar (Mc Whinney).**
 - ✓ Compromiso
 - ✓ Visión Integral.
 - ✓ Enfoque Preventivo-Promocional.
 - ✓ Enfoque de Riesgo.
 - ✓ Gestor de Red.
 - ✓ Continuidad.
 - ✓ Inserto en la Comunidad.
 - ✓ Gestor de recursos.

Existe un Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, el cual se define como:

"Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y

¹⁷ HORWITZ, Nina, 1985, Familia y salud familiar, un enfoque para la atención primaria

resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer, incluidos los sistemas de salud indígena".¹⁸

En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

- **Enfoque familiar del modelo.**

- ✓ Subproducto del enfoque biopsicosocial en que el contexto familiar es el más relevante.
- ✓ Busca comprender las distintas interrelaciones entre los subsistemas familiares.
- ✓ Por tanto permite comprender las diferentes situaciones que vive cada individuo y cada familia.
- ✓ Es un modelo de atención de salud que para su desarrollo requiere adquirir conocimientos y habilidades específicas en el tema familia.
- ✓ El ESF permite conocer profundamente el entorno de sus pacientes.
- ✓ Es un modelo que permite ver a los pacientes en diferentes contextos.
- ✓ Considera los aspectos subjetivos del proceso salud enfermedad.
- ✓ Es un coordinador de recursos para el beneficio de sus pacientes.
- ✓ Cada contacto es una ocasión para la prevención.
- ✓ Ve al conjunto de su población como una población con distintos riesgos.
- ✓ Logra un mayor cumplimiento de indicaciones para curación o rehabilitación.
- ✓ El modelo permite y favorece una mejor utilización de los recursos familiares.
- ✓ Permite que las acciones de salud tengan un mayor impacto en cuanto a prevención de aparición de daños en salud.

¹⁸ MINSAL (2006) Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- **Enfoque Biopsicosocial del Modelo.**

El concepto de salud-enfermedad ha evolucionado radicalmente en las últimas dos décadas. La salud, definida como un estado de bienestar físico, psicológico y social, implica una declaración completamente diferente a la concepción de salud basada en la ausencia de enfermedad, configurando lo que se denomina el Modelo Biopsicosocial de Salud.

En la actualidad hay un claro reconocimiento de que las condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas tienen un efecto fundamental en el estado de salud de las personas, su familia y su comunidad. Esta perspectiva de bienestar psicosocial significa un cambio radical, desde la concepción de salud basado en la enfermedad a un modelo cuyo centro es la salud, la promoción y la prevención primaria y secundaria, integrando los aspectos biológicos psicológicos y sociales.

El modelo en lo esencial busca satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad) y garantizar su estado futuro, ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones.

Por tanto, el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario se basa en trabajar con población a cargo manteniendo un contacto cercano y permanente con su equipo de cabecera, en todo el ciclo vital, en el proceso salud- enfermedad y en todos los niveles de intervención en una red articulada de servicios.¹⁹

Esta visión impone exigencias a los equipos con respecto a conocer la población objetivo en toda su diversidad cultural y de género. Esta centrado en las personas, en las familias y en la comunidad, es flexible a las necesidades y es producto del enfoque biopsicosocial.

¹⁹ MINSAL (1993) Salud Familiar Un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria

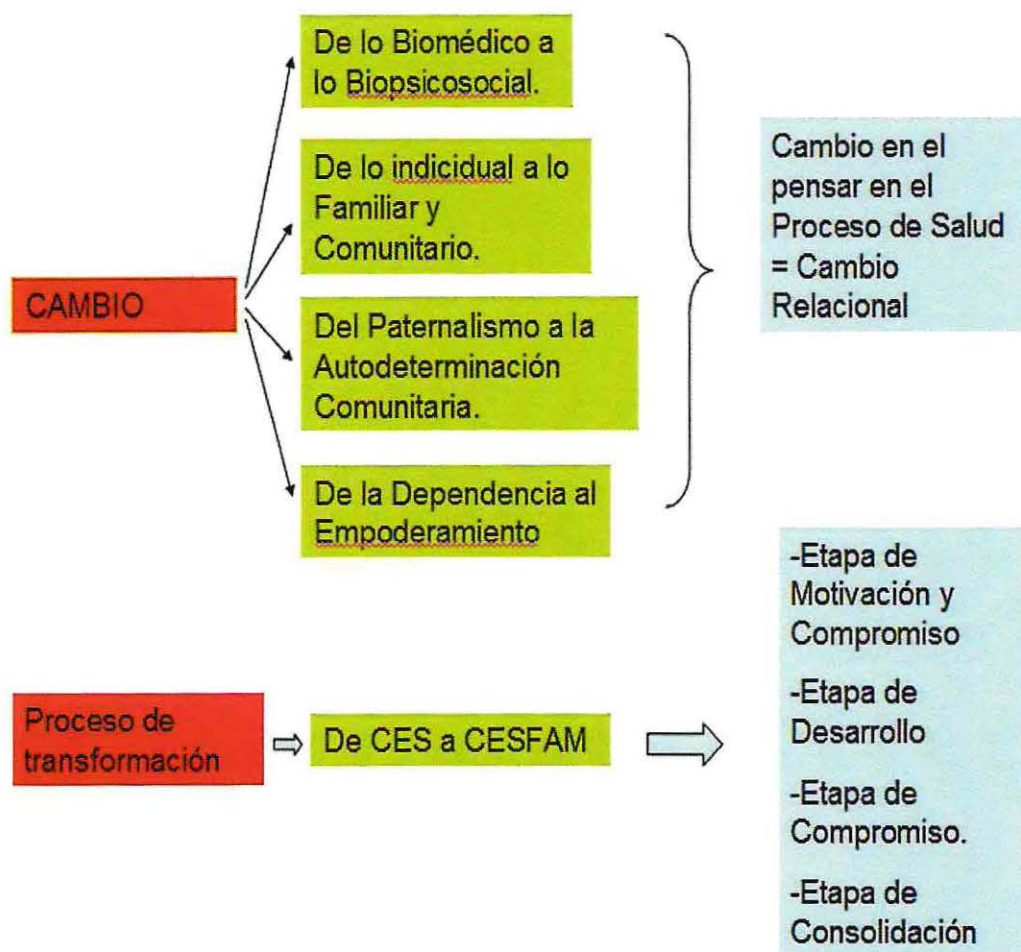
- **Centro de Salud Familiar.**

Es el proceso de transformación de Centro de Salud a Centro de Salud Familiar, se enmarca en una política nacional de Reforma al Sistema Sanitario que revela a la APS como un eje fundamental para el logro de una mejoría en la calidad de vida de la población.

El MINSAL intenciona el desarrollo de los Centros de Salud Familiar y de apoyo a la gestión local. En esta tarea se suman los Servicios de Salud, cuyo rol se caracteriza por impulsar o potenciar el cambio, acompañar al equipo de salud, sensibilizar a los funcionarios y autoridades comunales sobre la necesidad de la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y comunitario, y, en algunos casos, crecer en este proceso junto al equipo de APS.²⁰

Los Municipios tienen como tarea ejercer el liderazgo en el desarrollo local integrado, velando por el logro de más y mejores oportunidades, que permitan un incremento en la calidad de vida de sus comunidades. Se establece así, una unión de objetivos entre los Servicios de Salud, las autoridades comunales, los Centros de Salud y la Comunidad.

²⁰ MINSAL(2008) En el Camino a Centro de Salud Familiar



Esquema N° 7: Cambio Enfoque Familiar

Fuente: Apunte Diapositivas Clases C. Cuevas

• **Características de un Centro de Salud Familiar:**

- ✓ Atención integral del paciente, dentro de su contexto familiar y social, con énfasis en sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad de la que forma parte.
- ✓ Espacio en el cual se establece una relación de continuidad entre un equipo de salud y sus familias a cargo.
- ✓ El individuo es atendido en salud y enfermedad como un ser integral, en su contexto familiar, laboral y social.
- ✓ Sobre la base del trabajo en equipo, las acciones son planificadas y evaluadas en función del impacto en la salud de la población.
- ✓ El equipo adquiere destrezas para incorporar la familia como "unidad de atención".



Un elemento importante a destacar en la reorganización de los centros de salud a los centros de salud familiar es la necesidad de llevar a cabo la sectorización, cuya finalidad es orientar para una mejor y más efectiva acción en salud con las personas, sus familias y comunidades. Consiste en dividir geográficamente un territorio de acción correspondiente al centro de salud familiar; es dividir, delimitar geográficamente al territorio, considerando el número de familias beneficiadas. Es una estrategia de acercamiento a la población usuaria, que comprende un ordenamiento de la población usuaria a nivel territorial como acción externa al centro de salud.

- **Ámbitos de Acción de un Centro de Salud.**

- ✓ De la organización.
- ✓ De la participación social y comunitaria en salud.
- ✓ Del trabajo intersectorial que apunta al desarrollo global de su comuna o territorio.

Las diversas acciones y actividades que permite desarrollar el proceso de la Sectorización en un Centro de Salud Familiar, están vinculadas directamente con la Participación de la Comunidad, elemento central del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, ya que la importancia de ésta en salud, crea espacios estables de diálogo, análisis y búsqueda conjunta de soluciones a problemas detectados, estableciéndose una relación de confianza y colaboración mutua.

2.2 Gestión de calidad.

La gestión es la acción estratégica de conseguir el cumplimiento de los objetivos de cualquier organización mediante el desarrollo, la comunicación y la implementación de una visión compartida, complementando el eje, se encuentra el término calidad la cual es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples

significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

- Sistema de Gestión de Calidad (SGC).

Un sistema de gestión de la calidad es una estructura operacional de trabajo, bien documentada e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la maquinaria o equipos, y la información de la organización de manera práctica y coordinada y que asegure la satisfacción del cliente y bajos costos para la calidad.

En otras palabras, un Sistema de Gestión de la Calidad es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (Recursos, Procedimientos, Documentos, Estructura organizacional y Estrategias) para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen a los usuarios, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción de los pacientes y en el logro de los resultados deseados por la organización.

- La Planificación de la Calidad:

Son actividades para establecer los requisitos y los objetivos para calidad y para la aplicación a los elementos de un Sistema de Calidad (Juran & Godfrey, 1998).

La planificación de la calidad consta de los siguientes pasos:

- ✓ Establecer el proyecto
- ✓ Identificar los clientes
- ✓ Identificar los requisitos del cliente
- ✓ Desarrollar el producto
- ✓ Desarrollar el proceso
- ✓ Desarrollar los controles y enviar a operaciones

El Control de la Calidad, lleva a cabo un conjunto de operaciones para mantener la estabilidad y evitar cambios adversos. Para mantener la estabilidad, se mide el desempeño actual y estos se comparan con las metas establecidas para tomar acciones en las diferencias que se encuentren.

La Mejora de la Calidad constituye al grupo de actividades que llevan a la organización hacia un cambio benéfico, es decir, lograr mayores niveles de desempeño. Mejor Calidad es una forma de cambio benéfico (Juran & Godfrey, 1998).²¹

Para que un Sistema de Gestión de la Calidad falle, solo bastará con que uno de estos cinco elementos lo haga, o que se realice una mala gestión sobre ellos. No es posible tener un Sistema de Gestión de la Calidad sin que uno de los cinco elementos citados anteriormente esté presente.

- **Normas ISO 9000**

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices para la gestión de la calidad que, desde su publicación inicial en 1987, han obtenido reconocimiento como base para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

La familia de Normas ISO 9000 del año 2000 está constituida por tres normas básicas, complementadas con un número reducido de otros documentos (guías, informes técnicos y especificaciones técnicas). Las tres normas básicas serán:

- UNE-EN ISO 9000: Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario
- UNE-EN ISO 9001: Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos
- UNE-EN ISO 9004: Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño

Es necesario aclarar que la norma ISO 9001 solo establece requisitos, es decir, el qué se tiene que hacer pero no nos dice cómo se debe hacer, por lo que contribuye a que el documento sea flexible y pueda ser aplicado a diversos sectores.

La **ISO 9000:2005** es la norma de fundamentos y vocabulario y en ella se encuentra la definición de los términos utilizados en todo el conjunto de normas que comprende la familia 9000, los 8 principios de la calidad en la

²¹ JURAN J. Y GODFREY B, 2001, Manual de calidad.

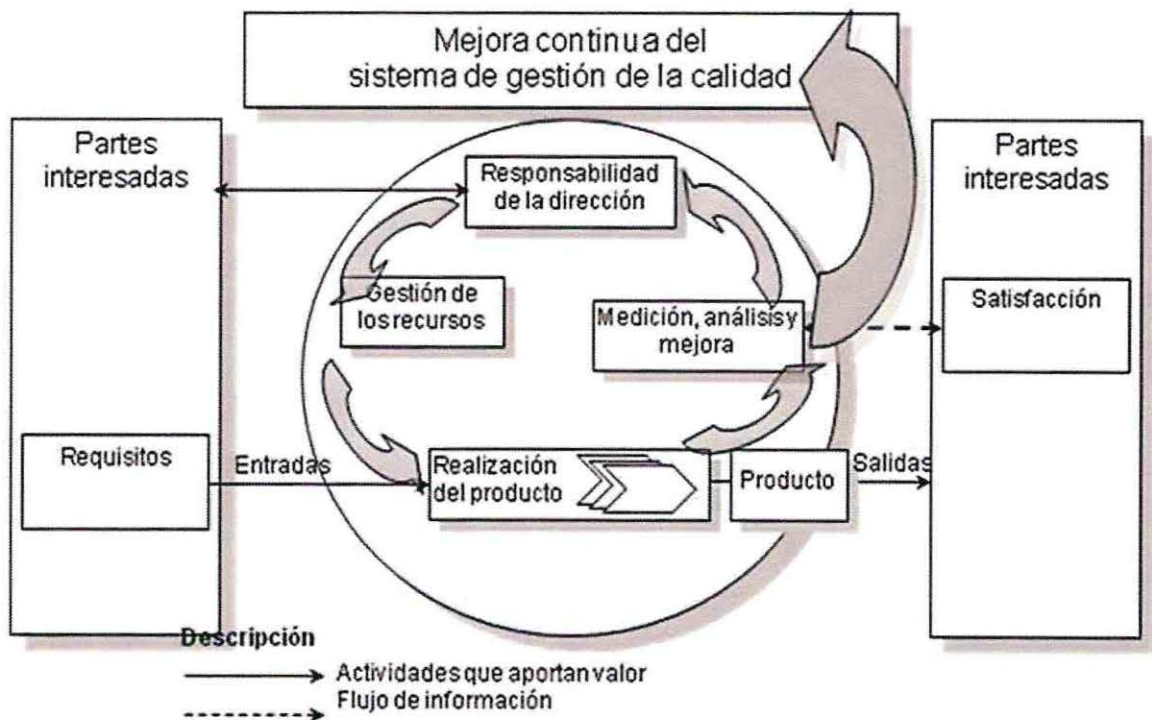
cual está basada la familia de normas ISO 9000 y una breve introducción a los Sistemas de Gestión de Calidad.

La **ISO 9004:2009** es una guía para la Gestión del Éxito Sostenido y puede ser utilizada como un complemento para el Sistema de Gestión de la Calidad, pero no como una guía para su implementación ya que el propósito de este documento es otro. A diferencia de la 9001, esta norma no provee requisitos y no es auditable.

El enfoque a procesos

La ISO 9001:2008 se basa en un modelo enfocado a procesos en el cual la organización debe determinar estos procesos y gestionarlos de manera sistemática.

A continuación se presenta de manera gráfica el modelo de enfoque a procesos usado por la norma ISO 9001:



Modelo enfoque a procesos ISO 9001

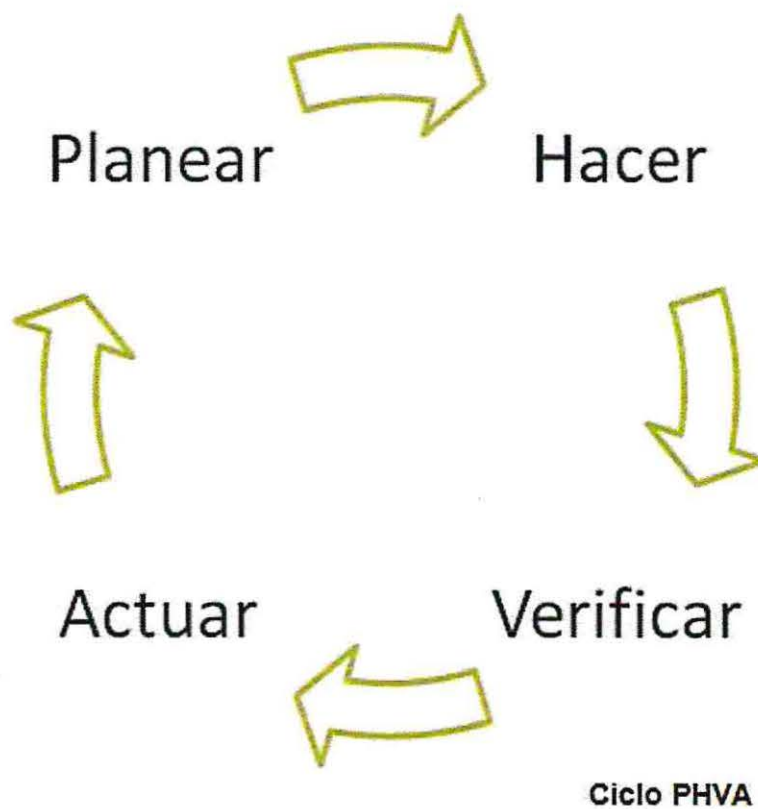
Esquema N°8: Modelo enfoque a procesos ISO 9001

Fuente: Rafael José Mateo .Sistema Gestión de la Calidad: Un camino hacia la Satisfacción del cliente marzo 2010

- **Metodología PHVA**

La norma también adopta la metodología PHVA para la gestión de los procesos, la cual fue desarrollada por Walter Shewart y difundida por Edwards Deming y consiste en:

1. **Planear** (o Planificación de la Calidad): En esta etapa se desarrollan objetivos y las estrategias para lograrlos. También se establece que recursos se van a necesitar, los criterios, se diseñan los procesos, planes operativos, etc.
2. **Hacer:** Se implementa el plan.
3. **Verificar** (o Control de Calidad): En esta etapa se realizan actividades de análisis para la verificar que lo que se ha ejecutado va acorde a lo planeado y su vez detectar oportunidades de mejora.
4. **Actuar** (o Mejora de la Calidad): Se implementan acciones para mejorar continuamente. En varias organizaciones esto se conoce como proyectos de mejora.



Ciclo PHVA

Esquema N°9: Ciclo PHVA

Los 8 Principios de la Calidad
La familia de normas ISO 9000 se basa en ocho principios citados en la norma ISO 9000:2005 los cuales se mencionan a continuación:

1. Enfoque en el usuario: Este principio lo que expresa básicamente que el usuario es primero, por lo que se debe de hacer todo el esfuerzo posible para satisfacer sus necesidades y exceder sus expectativas.

2. Liderazgo: En la organización deben de haber líderes que permitan crear un ambiente donde el personal interno se involucre con el logro de los objetivos de la organización.

3. Participación del Personal: Lograr que el personal se involucre y se comprometa con los objetivos de la organización ayuda a que la organización logre los resultados deseados.

4. Enfoque a Procesos: La organización debe determinar y gestionar sus procesos para alcanzar sus resultados de manera más eficiente.

5. Enfoque a Sistema: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

6. Mejora Continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

7. Decisiones basadas en hechos: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos principios, en conjunto con la metodología PHVA y el enfoque a procesos, constituye la estructura en la cual se basan cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, por lo que en esos elementos es donde se encuentra el corazón de la norma.

2.3 Calidad en atención primaria en salud.

- **Salud y Atención Primaria**

La atención primaria en salud representa la puerta de entrada y/o eje estructurante del sistema de salud, es una puerta de entrada resolutive, permanente y responsable de entregar a su población a cargo servicios de salud de primer contacto, de tipo promocional, preventivo, curativos y de rehabilitación, además, se configura en el eje de modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.

- **Definición de atención primaria en salud**

Alma Ata definió en 1978 a la atención primaria de salud (APS) como al *“conjunto de métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible su atención al lugar de residencia y trabajo”*.²²

La declaración de Alma-Ata, expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo para proteger y promover la salud para todos. Este creciente interés por un nuevo movimiento de salud pública para enfrentar los problemas sanitarios del siglo XX se expresó también en la estrategia global de Salud para todos en el año 2000 de 1981, aceptada como política de la OMS, en la 34a Asamblea Mundial de la Salud, cuya meta era asegurar que para el año 2000 todas las personas pudieran tener al menos el nivel de salud que les permita trabajar productivamente y participar de forma activa

²² Alma Atea (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

en la vida social de la comunidad en que viven. El documento identifica tres metas principales para la salud para todos²³:

- ✓ **Promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud**
- ✓ **Prevención de las enfermedades prevenibles**
- ✓ **Establecimiento de servicios de rehabilitación y de salud.**

Sus principios dan relevancia a la estrategia de la Atención Primaria pues establece que ella se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, resaltando la participación de todos los sectores conexos a salud en forma coordinada. Exige y fomenta el auto responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad. Prioriza el trabajo en equipo para atender las necesidades expresas de la comunidad para el mejoramiento de su nivel de vida.

La promoción en Salud es una estrategia de intervención intersectorial que busca la modificación de hábitos y estilos de vida en los individuos, de las familias, y de las comunidades para tener un mejor estado de salud y mayor calidad de vida. En promoción de la salud, la participación comunitaria es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, lo mismo que el de la comunidad de la cual ellos forman parte. Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global. La participación comunitaria es un incentivo importante para estimular la emergencia de respuestas colectivas a los problemas de salud pública relacionados con los cuidados de salud.

Muchas de las enfermedades actuales están relacionada a los estilos de vida y hábitos de las personas, se habla de los Determinantes de la salud dados por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales. Sin embargo, la capacidad de promocionar los estilos de vida saludables y un ecosistema que interactúa

²³ Cuevas K y otros. (2006) Coexistencia de los enfoques Biomédico y Biopsicosocial en los discursos de los profesionales de la atención primaria de la salud. Universidad de Valparaíso. Valparaíso.

saludablemente con las personas, también depende en gran parte de otros determinantes de la salud como la cultura, el empleo, la educación y los ingresos. Además, también son determinantes de la salud el estatus socioeconómico y la presencia de otros factores socioeconómicos en una sociedad, como la desigualdad y la inequidad en salud. Por ello, la promoción de la salud aumenta las habilidades y capacidades para la salud y la calidad de vida.

Para definir calidad en la atención de salud es necesario entender que la atención de salud puede o no poseer este atributo (calidad), y que de poseerlo, éste puede presentarse en un amplio gradiente.

La atención que cualquier profesional de la salud brinda a una persona está conformada por dos componentes: el técnico y el interpersonal. El primero es la aplicación de la ciencia y la tecnología, el segundo es la interacción social entre profesional y usuario.

Estos dos aspectos, fuertemente interrelacionados, llevan a menudo a no poder separarlos taxativamente, dado que el éxito de los procedimientos técnicos depende, o se ve influenciado, por la relación interpersonal establecida.

Además de estos dos elementos, en la calidad de la atención de salud entra en juego un tercer componente, determinado por las características del entorno o infraestructura en donde se realiza la prestación de salud.

Podría decirse que calidad es una propiedad de, y un juicio sobre un acto de atención de salud, en donde se aplica ciencia y tecnología con el máximo beneficio para la salud sin aumentar los riesgos, a través de un proceso interpersonal enmarcado en valores, normas y dictados éticos del profesional y de expectativas y aspiraciones de quien recibe la prestación.

Lohr señala:

"Calidad es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales".

El Instituto de Medicina de EEUU centra el concepto en la calidad científico-técnica del prestador al decir que calidad es;

"...el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual..."

Las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científico técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad al servicio.

La que propone el programa español: "...la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario...". Esta última incorpora a los receptores del servicio (usuarios) direccionando hacia donde deben orientarse los servicios de salud, sin olvidar sus necesidades y expectativas.

- **Calidad científico técnica** es la capacidad que tienen los prestadores para abordar un problema de salud aplicando el nivel de conocimientos más avanzados. Esta es producto de la formación, adquisición de conocimientos y aptitudes personales para atender a las personas. Depende de la habilidad para aplicar sus saberes de la manera más pertinente a

la situación a atender, ya que no siempre quien más sabe presta mejores servicios.

- La **satisfacción del cliente** se mide por el resultado positivo, que de la interacción profesional-usuario, resulta la intervención. Las encuestas de satisfacción integradas a un plan de mejora de la calidad son los instrumentos más idóneos para aportar información suficiente para la mejora continua.
- La **accesibilidad** está referida a la posibilidad de obtener en tiempo y forma la atención sanitaria relacionada con barreras geográficas, económicas, culturales y organizacionales que la determinan.

La variable calidad también se vincula fuertemente con dos componentes: la cantidad y el costo monetario.

En el caso de la primera, la posibilidad de acceso y el uso adecuado de los servicios del sistema de salud se deben considerar al realizar un juicio acerca de la calidad. Esta situación puede darse por carencia o por exceso. Así cuando la cantidad de atención recibida es insuficiente o cuando está ausente, es igualmente perjudicial que cuando se presta atención innecesaria o en grado sumo.

La calidad está referida no sólo a las prestaciones que se brindan, sino además al grado de satisfacción de los usuarios con el servicio recibido; a los costos de la atención; a las aptitudes del personal del equipo de salud y a las

características de la infraestructura y equipamiento con que se cuenta para ofrecer el servicio.

Sobre estos últimos aspectos podría decirse que son indicadores relacionados indirectamente con la calidad, porque influyen (en el caso de la satisfacción), con la búsqueda del mejor servicio, y en el caso de los costos indican la accesibilidad al sistema según los recursos económicos de las personas, señalando las desigualdades en la efectiva distribución de las prestaciones de salud.

En relación a la APS los aspectos a considerar en la evaluación podrían alinearse en dos grandes dimensiones: las *características propias de la APS* y *aspectos derivados de las mismas*.

Adaptando la presentación resumida que hace Starfield sobre las diferentes dimensiones a considerar en cada una de ellas, se presenta el siguiente cuadro.

Dimensiones de la APS:

CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE APS	VARIABLES	FUENTES DE INFORMACIÓN TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accesibilidad a los centros de salud:</i> geográfica, económica cultural, administrativa: (horas de atención, tiempo de espera, etc.) • <i>Experiencia del usuario</i> en cuanto al acceso • <i>Utilización de los servicios</i> 	Diseño de los programas Encuestas, entrevistas a usuarios. Auditorías de historias clínicas
Integralidad	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Característica y Variedad de servicios:</i> Problemas que se atienden. Actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. Grupos etarios asistidos. Atención de aspectos biopsicosociales. Aplicación de la 	Observación de la idoneidad del personal y modelo de atención que aplica Programas Registros

	<p>tecnología apropiada</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Derivaciones:</i> sistema de referencia y contrarreferencia 	
Coordinación asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mecanismo de continuidad:</i> Seguimiento de pacientes por el mismo equipo de salud. Actividades interdisciplinarias e intersectoriales. Facilidades para derivación y recuperar información entre profesionales. • <i>Identificación de información:</i> Visitas previas, de derivaciones/consultas (incidencia y resultados). • Comunicación con otros servicios. 	
Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conocimiento de la población a cargo:</i> Perfil sociosanitario, estilos de vida, creencias costumbres. Consideración de la población como grupo de riesgo. Actividades de vigilancia epidemiológica • <i>Modelo de comunicación-relación:</i> Equipo de salud promotor de la organización y desarrollo local, facilitador y animador, integrador y coordinador, educador. Modalidad y duración de la relación con el cliente: contenido y calidad. Desarrollo de sistema de redes comunitarias 	<p>Entrevistas al equipo de salud</p> <p>Entrevistas a los clientes</p> <p>Análisis de las historias clínicas</p>
ASPECTOS DERIVADOS DE APS	VARIABLES	FUENTES DE INFORMACIÓN TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Aptitud cultural	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Integración aspectos culturales:</i> Estrategias 	<p>Entrevistas</p> <p>Entrevistas con contactos</p>

	para satisfacer necesidades relacionadas con costumbres, tradiciones, valores sociales. Tecnología apropiada <ul style="list-style-type: none">• <i>Trabajo intersectorial:</i> Redes con efectores de otros sectores sociales e ideológicos.	comunitarios
--	--	--------------

Tabla N° 2: Barbará Starfield 1998 Dimensiones de la APS

CAPITULO III:

MARCO METODOLOGICO

3.1 Fundamentación de la metodología

El trabajo desarrollado en el presente Seminario de Título responde a la necesidad expuesta por la OIRS del CESFAM Jean & Marie Thierry de interiorizarse en las causas más comunes de reclamos provenientes de los usuarios, que esta unidad recibe e intentar entregar alguna solución proveniente de la disciplina del Trabajo Social para contribuir a la gestión del Centro de Salud en relación a esta problemática.

La OIRS en experiencias anteriores ha definido normativas internas dirigidas a usuarios y funcionarios del CESFAM, que vienen a estandarizar algunos de los procedimientos que allí se llevan a cabo y que reviste la gestión en calidad de proceso asistencial elevando tanto el nivel de salud como el de satisfacción de los usuarios que reciben atención en el Centro de Salud.

Al enfocarse en los procedimientos inherentes al quehacer de un CESFAM, se parte de la base de que se busca el mejoramiento continuo de éstos mediante la identificación, selección, descripción y finalmente la documentación, como son una secuencia de actividades que constituyen un proceso, pertenece al área de la gestión, por lo tanto esta será la lógica con que se abordará este Seminario de Título cuya metodología resulta dúctil y sus instrumentos y herramientas se adecuan a la realidad del Centro de Salud Familiar.

Es en este contexto en que el alumno seminarista tras analizar la situación y con la aprobación de la Profesora Guía determinan que el trabajo a realizar debe comprender tres ejes temáticos, los cuales son; Salud Familiar, Gestión de Calidad y Calidad en Atención Primaria en Salud, entregando un marco de teorías enfocadas a la calidad de la gestión, de esta manera se especializa el trabajo y el ámbito de acción en el que se desenvolverá esta experiencia.

Se hace necesario obtener un registro de los diferentes procedimientos que realiza cada especialista, para abordar de buena forma el primer objetivo, la idea principal es lograr caracterizar el quehacer del Equipo de Salud, de esta forma se aprecia la manera en que éstos son gestionados, obteniendo los datos que servirían para el desarrollo del segundo objetivo, la procotolarización.

De esta manera cobra sentido la necesidad de conocer y facilitar la coordinación entre los distintos funcionarios involucrados en los diferentes procesos que se dan en el Centro de Salud Familiar y es una base sólida para organizar las distintas responsabilidades de los profesionales en su desempeño diario.

3.2.- Objetivos de Trabajo

A.- Objetivo de trabajo.

“Caracterizar el quehacer de los equipos de salud asignados a los sectores 1, 2, 3, 4 y a unidades complementarias del CESFAM Jean & Marie Thierry en sus aspectos; modelo de atención integral con enfoque comunitario; atención a lo largo del ciclo vital; atención del proceso salud enfermedad y atención y derivación en la red de salud en el ámbito de la gestión de calidad en APS”

a) Definiciones técnicas.

Quehacer de los equipos de salud:

Los equipos de salud son asociaciones no jerarquizadas de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible. (OMS, 1973)

Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias:

Comprende el equipo de salud que atiende a cada uno de los 4 sectores de la comunidad del CESFAM, los cuales se encuentran delimitados geográficamente para sectorizar la atención.

Además como unidad complementaria se entienden prestaciones de Radiografía de Cadera, Electrocardiograma, Programa Postrados, Ira, Alimentos, Vacunatorio y Dental.

Modelo de atención Integral con enfoque familiar y comunitario:

Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se

les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer, incluidos los sistemas de salud indígena. (MINSAL, 2006)

Ciclo vital:

El ciclo vital o biológico es el conjunto de etapas por las que atraviesa un organismo a lo largo de su vida, desde la fase de cigoto hasta que se convierte en un individuo adulto, capaz de reproducirse. Las principales fases de un ciclo biológico son: reproducción, desarrollo embrionario y crecimiento.

Proceso salud-enfermedad:

Es el modo específico en el que se manifiesta el proceso biológico de desgaste y reproducción, con momentos particulares de presencia de un funcionamiento biológico diferenciable, con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas. (Cristina Laurell, 1981)

Derivación en la red de salud:

Es el conjunto de organizaciones vinculadas en el proceso de salud – enfermedad, que interactúan en el territorio de un servicio de salud. (Seminario de gestión hospitalaria, 2003).

Gestión de calidad en APS:

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar al sector primario, en lo relativo a la calidad de la atención y la gestión de los procesos. (Vouri, 1993).

b) .- Instrumentos: Entrevistas con fines de caracterización

Sectores 1 al 4

Entrevista dirigida a Equipo de Salud del Sector.	
Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	¿Quiénes componen el equipo de salud del sector? ¿Cuáles son las prestaciones que otorga el equipo de salud del sector?
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario?
Ciclo Vital	¿La edad de los pacientes que acuden al CESFAM, comprende el ciclo vital en su totalidad?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios del CESFAM?
Derivación en la Red de Salud	Cuando un usuario necesita una prestación distinta a las que se entregan en el CESFAM, ¿Cómo funciona la derivación en la red de salud? Una vez derivados los pacientes ¿Vuelven a recibir atención del CESFAM? De volver ¿Por qué razón/es vuelven?
Gestión de calidad en APS	¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo en su sector? ¿Cómo cree usted que se puede mejorar la gestión del sector?

Tabla N°3 Entrevista dirigida a Equipo de Salud



Entrevista al encargado de las radiografías de cadera

Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	¿Quiénes componen el equipo de salud responsable de otorgar esta prestación? ¿En qué consiste la atención que usted entrega?
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario?
Ciclo Vital	¿Cuál es el período del ciclo vital en el cuál se hace necesario recibir esta prestación?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios que acceden a esta prestación?
Derivación en la Red de Salud	¿Cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a las Radiografías de Caderas?
Gestión de calidad en APS	¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo al otorgar esta prestación? ¿Existen plazos de atención? De ser así, ¿Estos se cumplen? ¿De qué manera cree usted que se podría mejorar la calidad en la gestión de esta prestación?

Tabla N°4 Entrevista dirigida a Radiografía de cadera

Entrevista dirigida a encargada de Electrocardiograma

Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	¿Quiénes componen el equipo de salud responsable de otorgar esta prestación? ¿En qué consiste la atención que usted entrega?
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario?
Ciclo Vital	¿Cuál es el período del ciclo vital en el cuál se hace necesario recibir esta prestación?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios que acceden a esta prestación?
Derivación en la Red de Salud	¿Cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a los Electrocardiogramas?
Gestión de calidad en APS	¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo al otorgar esta prestación? ¿Existen plazos de atención? De ser así, ¿Estos se cumplen? ¿De qué manera cree usted que se podría mejorar la calidad en la gestión de esta prestación?

Tabla N°5 Entrevista dirigida a Electrocardiograma

Entrevista dirigida ha encargado Programa “Postrados”

Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	¿Quiénes componen el equipo de salud encargado de esta prestación? ¿En qué consiste la atención que usted otorga?

Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario?
Ciclo Vital	¿Cuál es el período del ciclo vital en el cuál se hace necesario recibir esta prestación?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios que acceden al Programa Postrados?
Derivación en la Red de Salud	¿Cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a los usuarios del Programa Postrados?
Gestión de calidad en APS	<p>¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo al otorgar esta prestación?</p> <p>¿Existen plazos de atención? De ser así, ¿Estos se cumplen?</p> <p>¿De qué manera cree usted que se podría mejorar la calidad en la gestión de esta prestación?</p>

Tabla N°6 Entrevista dirigida a Postrados

Entrevista dirigida a Jefe Ira

Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	<p>¿Quiénes componen el equipo de salud de la unidad?</p> <p>¿Cuáles son las prestaciones que otorga el equipo de salud de la Unidad?</p>
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario?
Ciclo Vital	¿Cuál es el período del ciclo vital en el cuál se hace necesario recibir esta prestación?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios Ira?

Derivación en la Red de Salud	¿Cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a los usuarios Ira?
Gestión de calidad en APS	¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo en su Unidad? ¿De qué manera cree usted que se podría mejorar la calidad en la gestión de esta Unidad?

Tabla N°7 Entrevista dirigida a IRA

Entrevista dirigida a Unidad de Alimentos

Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	¿Quiénes componen el equipo de salud de la unidad? ¿Cuáles son las prestaciones que otorga el equipo de salud de la Unidad?
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario?
Ciclo Vital	¿Cuál es el período del ciclo vital en el cuál se hace necesario recibir esta prestación?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios de Alimentos?
Derivación en la Red de Salud	¿Cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a los usuarios de Alimentos?
Gestión de calidad en APS	¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo en su Unidad? ¿De qué manera cree usted que se podría mejorar la calidad en la gestión de esta Unidad?

Tabla N°8 Entrevista dirigida a Alimentos

Entrevista dirigida a Vacunatorio.

Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	¿Quiénes componen el equipo de salud de la unidad? ¿Cuáles son las prestaciones que otorga el equipo de salud de la Unidad?
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario?
Ciclo Vital	¿Cuál es el período del ciclo vital en el cuál se hace necesario recibir esta prestación?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios de Vacunatorio?
Derivación en la Red de Salud	¿Cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a los usuarios de Vacunatorio?
Gestión de calidad en APS	¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo en su Unidad? ¿De qué manera cree usted que se podría mejorar la calidad en la gestión de esta Unidad?

Tabla N°9 Entrevista dirigida a Vacunatorio

Entrevista dirigida a Dental

Ejes Conceptuales	Preguntas
Quehacer de los equipos de salud	¿Quiénes componen el equipo de salud de la unidad? ¿Cuáles son las prestaciones que otorga el equipo de salud de la Unidad?
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	¿Cuál es la relación que tienen con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM?
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	¿De qué manera se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y

	Comunitario?
Ciclo Vital	¿Cuál es el período del ciclo vital en el cuál se hace necesario recibir esta prestación?
Proceso Salud – Enfermedad	¿De qué manera se manifiesta el proceso de salud enfermedad en los usuarios de Dental?
Derivación en la Red de Salud	¿Cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a los usuarios de Dental?
Gestión de calidad en APS	¿Cómo evalúa usted la gestión que se lleva a cabo en su Unidad? ¿De qué manera cree usted que se podría mejorar la calidad en la gestión de esta Unidad?

Tabla N°10 Entrevista dirigida a Dental

c) Validación del instrumento

Juicio de experta temática:

Como jefa de la OIRS, la señorita Lorena Elgueta, posee a su haber las competencias que la habilitan para determinar cuáles son las unidades que requieren ser analizadas, dependiendo de la cantidad de reclamos recibidos por parte de los usuarios, en pro de su pronta mejora en la gestión.

Juicio experta metodológica:

El levantamiento de información, mediante entrevistas para su posterior análisis, le parece pertinente a la profesora Patricia Castañeda, quien en este caso, aprueba la metodología a utilizar para la consecución del primer objetivo de este Seminario de Título.

d) Perfiles de equipo de salud entrevistado

Sector/Unidad Complementaria	Cargo	Perfil de la persona entrevistada
Sector 1	Jefatura Sector 1	Profesional Universitario del área salud: Enfermera 1 año de experiencia en el cargo
	Profesional equipo de salud	Profesional del área biomédica: Médico Cirujano 2 años de experiencia en el cargo
	Técnico paramédico	Técnico profesional 2 años de experiencia en el cargo
Sector 2	Jefatura Sector 2	Profesional Universitario del área salud: Enfermera 8 años de experiencia en el cargo
	Profesional equipo de salud	Profesional del área biomédica: Médico de salud Familiar 6 años de experiencia en el cargo
	Técnico paramédico	Técnico profesional 5 años de experiencia en el cargo
Sector 3	Jefatura Sector 3	Profesional Universitario del área biomédica: Médico de Salud Familiar 2 meses de experiencia en el cargo
	Profesional equipo de salud	Profesional del área de la salud: Enfermera 4 meses de experiencia en el cargo
	Técnico paramédico	Técnico profesional 3 meses de experiencia en el cargo
Sector 4	Jefatura Sector 4	Profesional Universitario del área salud: Enfermera 5 años de experiencia en el cargo
	Profesional equipo de salud	Profesional del área biomédica: Médico de Salud Familiar 8 años de experiencia en el cargo
Radiografías de Caderas	Jefe de Radiografías de caderas perteneciente al Comité GES.	Profesional del área biomédica: Médico de Salud Familiar 5 años de experiencia en el cargo
Electrocardiogramas	Jefe de Electrocardiogramas	Profesional del área de la salud: Enfermera 1 año de experiencia en el cargo
Programa Postrados	Encargado programa Postrados	Profesional Universitario del área salud: Enfermera

		8 años de experiencia en el cargo
Ira	Jefe Ira	Profesional del área de la salud: Kinesiólogo 10 años de experiencia en el cargo
Alimentos	Jefe Alimentos	Profesional del área de la salud: Nutricionista 11 años de experiencia en el cargo
Vacunatorio	Jefe Vacunatorio	Profesional Universitario del área salud: Enfermera 4 meses de experiencia en el cargo
Dental	Jefe Dental	Profesional área de la salud: Odontólogo 1 meses de experiencia en el cargo ²⁴

Tabla N°11: Perfiles equipo de salud entrevistado

Fuente: Elaboración Alumno Seminarista

B.- Objetivo de trabajo N°2:

“Protocolizar los procesos de atención realizados por los sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias del CESFAM Jean & Marie Thierry, en función de mejorar la calidad de la gestión de la institución.”

a) Definiciones técnicas asociadas.

<u>Concepto</u>	<u>Definición</u>
Protocolo, Minsal 2009.	Instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter referencial. Dichos protocolos sólo serán obligatorios mediante resolución, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite.
Protocolizar los procesos de atención, (Norma Formato y Documentación Oficial de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, 2008).	Es el proceso de elaboración de un documento en el cual se abordan los puntos esenciales para la correcta interpretación del trabajo a realizar por parte de los funcionarios, en el documento se rige bajo la

²⁴ Elaboración Alumno Seminarista

	Norma Formato y Documentación Oficial de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
Sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias	Comprende el equipo de salud que atiende a cada uno de los 4 sectores de la comunidad del CESFAM, los cuales se encuentran delimitados geográficamente para sectorizar la atención. Además como unidad complementaria se entienden prestaciones de Radiografía de Cadera, Electrocardiograma, Programa Postrados, Ira, Alimentos, Vacunatorio y Dental.
CESFAM Jean & Marie Thierry:	El Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry corresponde a una de la Redes Asistenciales del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, por lo tanto éste norma y rige al Centro de Salud.
Calidad de la gestión, Vouri, 1993.	Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar al sector primario, en lo relativo a la calidad de la atención y la gestión de los procesos.

Tabla N°12 Definiciones técnicas asociadas

En el presente objetivo se busca elaborar protocolos, los cuales pretenden dirigir los procesos de atención, factibles de resolver desde la información recabada en el objetivo N°1 y conforme a los tiempos asignados al proceso de Seminario de Título. Los componentes claves a trabajar los protocolos son los siguientes:

Concepto	Definición
Nombre del procedimiento	Se establece el calificativo de la labor o acción a pausar.
Objetivo. (Instructivo Establece Requisitos Básicos para la Elaboración de Guías Clínicas y Protocolos del Ministerio de Salud, MINSAL, 2008)	Propósitos específicos que se espera cumplir con el registro de información, tanto desde el punto de vista clínico (Ej.: Disminuir infecciones respiratorias), como de gestión (Ej.: Disminuir entrega de horas médicas innecesarias), o administrativos.
Alcance	Se refiere a los destinatarios, funcionarios a los que están dirigidos los protocolos.
Responsables de la ejecución. (Instructivo Establece Requisitos Básicos para la Elaboración de Guías Clínicas y Protocolos del Ministerio de Salud, MINSAL, 2008)	Profesionales y técnicos que deben conocer y aplicar los protocolos.
Documentación de referencia	Registros escritos (libros, manuales, normas,

	leyes, etc.) en los cuales existe información estrictamente relacionada con la materia del protocolo
Definiciones	Significados de los términos que contribuyen a comprender de mejor manera las pautas.
Desarrollo (Instructivo Establece Requisitos Básicos para la Elaboración de Guías Clínicas y Protocolos del Ministerio de Salud, MINSAL, 2008)	Fondo del protocolo, se especifican las instrucciones de los procedimientos, estas deben ser claramente interpretables, precisas y sin ambigüedades.
Sistema de evaluación	Métodos por los cuales se determinará el nivel de cumplimiento del protocolo con el fin de mejorar los procedimientos.
Distribución	Funcionarios y partes interesadas a los cuales se les hará entrega del protocolo en formato físico.
Responsabilidad del encargado	Jefaturas de las áreas a protocolizar.
Anexos	Guías, folletos, pautas, carnets etc.
Actualización del documento	Planilla que contiene las modificaciones que sufre el documento, con sus respectivas fechas de publicación.

Tabla N°13 Componentes claves de protocolos

b) Mecanismo de validación.

Juicio de experto del Equipo de Salud.

Un experto es una persona reconocida como una fuente confiable de un tema, técnica o habilidad cuya capacidad para juzgar o decidir en forma correcta, justa o inteligente, le confiere autoridad y estatus por sus pares o por el público en una materia determinada.

Esta definición permite relacionar la temática a abordar, con el juicio experto de la encargada de OIRS del CESFAM Jean & Marie Thierry, señorita Lorena Elgueta Abarca, Asistente Social del mismo y quien lleva en jefatura de la Unidad casi cinco años.

La profesional ha sido una fuente principal en materia de información con respecto al tema abordado, tanto en una fase preliminar como en la actualidad del proceso de Seminario de Tesis.

Ella realizará un análisis previo de las problemáticas frecuentes de los sectores y unidades complementarias, en cuanto al desarrollo del proceso de

atención a los usuarios, para establecer los procedimientos que le urge protocolizar al CESFAM.

Luego de haber hecho las respectivas observaciones por parte de Lorena Elgueta Abarca, los protocolos pasarán a manos del Equipo de Salud, específicamente a los funcionarios del área en que se desarrolla cada protocolo, para así tener una revisión más acuciosa y especializada en la que participen los involucrados directamente por cada uno de los protocolos.

CAPITULO IV:

RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

4.1 Quehacer de los Equipos de Salud asignados a los sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias del CESFAM Jean & Marie Thierry.



ANALISIS EQUIPO DE SALUD

Análisis Sector 1



Fotografía N°1 Dependencias Sector 1, CESFAM Jean & Marie Thierry

El análisis que a continuación se expone, presenta las distintas variables de trabajo vistas en las entrevistas realizadas al Equipo de Salud del Sector Uno. Las variables en cuestión son las siguientes:

- 1.- Calidad en Atención Primaria en Salud.
- 2.- Salud Familiar.
- 3.- Gestión de Calidad.

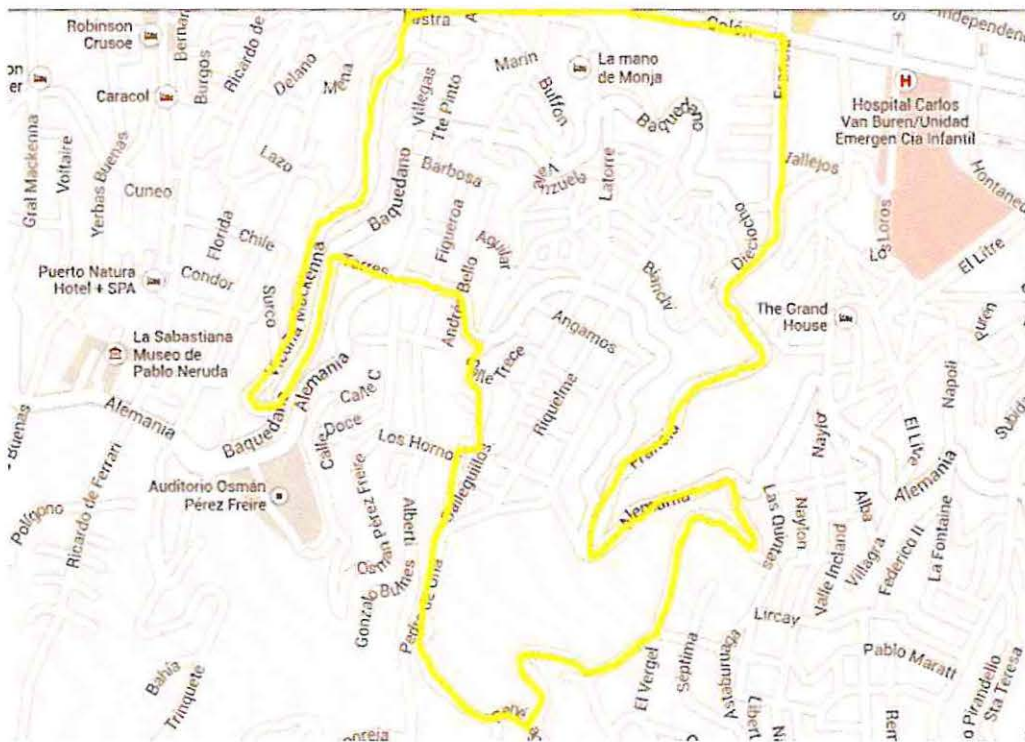
Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Territorio:

El Sector Uno, según la Carpeta de Salud Familiar elaborada por el Comité de Salud Familiar del CESFAM, comprende los Cerros Monjas y Mariposas, y parte del plan de Valparaíso. Estrictamente hacia el Norte comprende entre Avenida Colón entre Calle Las Monjas y Av. Francia. Hacia el Sur, desde el Este al Oeste corresponde a las calles René Lagos, Torreblanca y Galleguillos. Al Este, desde cerro a mar corresponde a Av. Francia y por último al Oeste, desde cerro a mar corresponde a Av. V. Mackenna, Lastra y Las Monjas.



En este Sector también son atendidos los funcionarios del Hospital Van Buren, al ser el Sector con menor cantidad de usuarios, se le asignaron además los funcionarios del HCVB, para de alguna manera, equiparar en cantidad a los demás sectores.



Fotografía N°2 Mapa Sector 1

- Color de Identificación sectorial:

Posee a su haber un color que lo caracteriza y lo diferencia de los demás; el amarillo.

- Equipo de Salud:

Conforme a las pautas establecidas por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA), el Equipo de Salud de este sector está compuesto por una Médica, una Enfermera y una Técnica Paramédico quienes son funcionarios exclusivos de este equipo. Además de ellos cuentan con otros profesionales, pero que ejercen su trabajo de manera transversal, debido a las necesidades del CESFAM. Entre ellos se puede mencionar a la Matrona, la Nutricionista, un Odontólogo, una Técnica Dental y los profesionales del área social; Psicóloga y Asistente Social.



Fotografía N°3 Equipo de Salud Sector 1.

Según Alma Ata para medir la calidad de los servicios de salud, es necesario contar con funcionarios que tengan un nivel de conocimientos y aptitudes acordes a las características que se necesitan en APS, en este caso el CESFAM cumple con la dotación de profesionales especializados, quienes pueden abordar y resolver las problemáticas que aquejan a los usuarios de su sector.

El carácter de las prestaciones se enmarca bajo los distintos programas que ejecuta el CESFAM. Y es así como lo menciona la encargada de este sector, la Jefa del Sector Uno manifiesta que:

"...En el Programa Infantil tenemos control de niño sano por Enfermeras, por Médicos con sus distintas pautas y evaluaciones del desarrollo sicomotor; escala de depresión que es como muy amplio para mencionar pero es como el ámbito del contexto Infantil, controles de salud de niño sano en distintas edades por médicos y enfermeras más las evaluaciones de desarrollo sicomotor correspondiente y otras escalas que se aplican eso sería el programa infantil. En el Programa

Cardiovascular tenemos el control de crónicos, realizado por los médicos, control crónicos de enfermeras, control nutricional eso más que nada más evaluación de diabéticos más evaluación del adulto mayor, eso es digamos lo cardiovascular. Y además tenemos el programa Salud Mental donde trabaja la sicóloga con sus controles, ingresos, consultas y además las interconsultas; también la asistente social y así cada profesional pero es como bien amplio y va en relación a los programas más que nada”.

Es posible entender la satisfacción usuaria respecto a las prestaciones entregadas en el sector como positivas, ya que no existen mayores reclamos hacia está en la OIRS, lo que quiere decir que los pacientes están conformes con la atención recibida por los funcionarios del Sector Uno del CESFAM Jean & Marie Thierry.

Claramente existen relaciones entre los Sectores y las demás unidades complementarias del CESFAM, es por ello que al ser consultados por el lazo existente, los funcionarios manifiestan que se da una dicotomía. Para definirlo de alguna forma podría decirse que se trata, por una parte de una relación informal; que es aquella que tiene lugar producto de la ausencia de algún profesional de otro equipo técnico, ahí es en donde los pacientes de esos otros sectores deben ser atendidos por algún funcionario de éste sector. Según las palabras de la Jefa del Sector Uno:

“...Modelo de Salud Familiar deberíamos atender exclusivamente a los usuarios del sector, conocer las características de nuestra población, conocer a los usuario, sus familias y trabajar con ellos”.

Por otra parte el segundo tipo de relación que se establece entre los distintos sectores del CESFAM, es de carácter formal, ello se debe a que es una relación que se establece entre los encargados de los diferentes programas existentes al interior del establecimiento y se puede plasmar en las palabras de la Enfermera quien menciona que:

“...Ponte tu, yo tengo que hablar con la enfermera del Sector Dos, ya que es la encargada del Programa del Adulto Mayor y si se presenta la necesidad de ingresar a un paciente me comunico con ella ya sea vía telefónica o vía correo para hacerle las consultas de cosas relacionadas con ese programa. Lo mismo el cardiovascular, se coordina con la nutricionista del sector cuatro que es la encargada, en esas situaciones se coordina con otros sectores ya sea por el tema de programas con el encargado del programa que es como el referente dentro del establecimiento”.

Se desprende de esta categoría que, no existe un pauteo acerca de cómo coordinar y organizar la atención de pacientes pertenecientes a otros sectores, afectando en gran medida a la implementación del Modelo de Salud Familiar.

Salud Familiar:

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

El MINSAL, a través del Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario comprende este Modelo como una relación de los Equipos de Salud con los usuarios, sus familias y la comunidad, por lo que es imprescindible que se conozcan algunos aspectos del sector y las características demográficas del territorio en el que habitan los usuarios del Centro de Salud. Dentro del CESFAM y debido a esta sectorización de los usuarios del establecimiento permite que exista un mayor conocimiento de las personas que se atienden en el consultorio, pues están bajo la atención del equipo técnico y es el tiempo el encargado de profundizar esta atención integral con el enfoque familiar comunitario, pues los reiterados controles hacen que se conozca a la familia en su conjunto. Un ejemplo que menciona el equipo del Sector Uno es que:

“...Se logra muy bien el tema con los postrados porque es como un número más o menos manejable porque cuando vienen las familias tu ya más o menos los conoces, además los visitamos frecuentemente, entonces yo diría que con ese grupo etario se logró un poco más el trabajo Modelo de Salud Familiar”

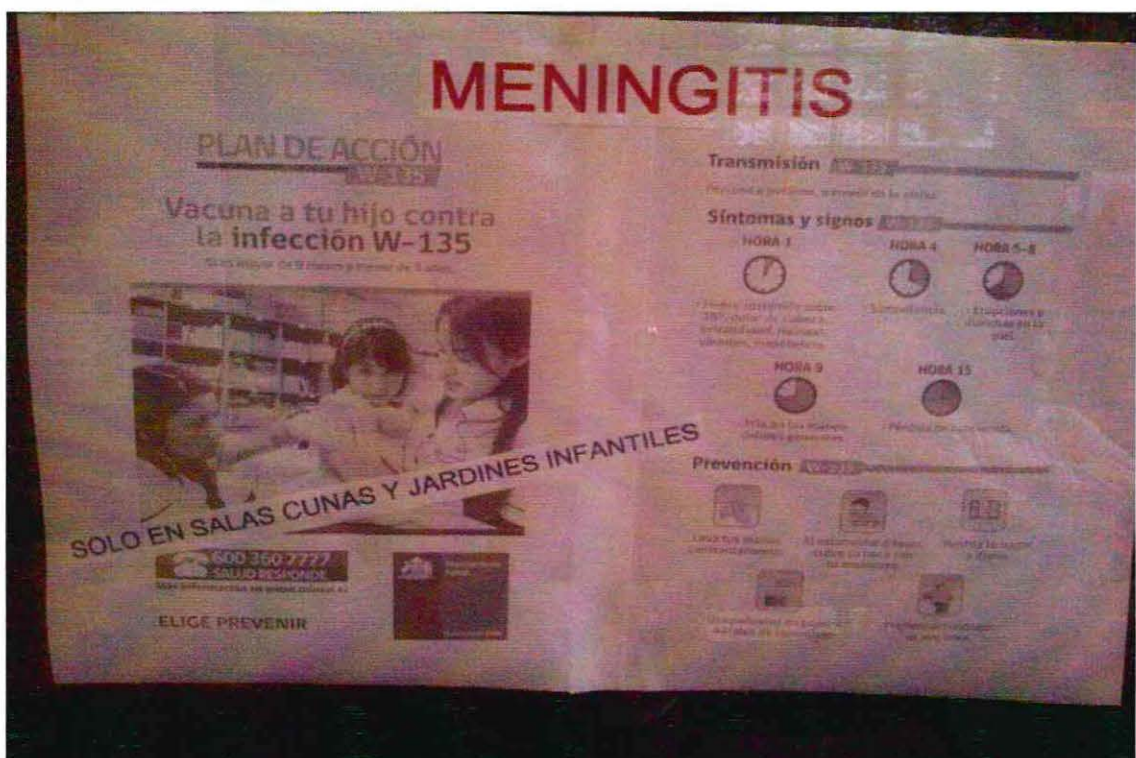
- Ciclo Vital de los pacientes:

Según Mc Whinney, cuando se habla de atención integral se debe tener en cuenta que esta se efectúa a lo largo del ciclo vital y al ser consultado el equipo técnico por este tema, la Jefa del Sector 1 respondió lo siguiente:

“...Yo por ejemplo percibo que atiendo muchos más niños y adulto. En el último tiempo he visto que en mi sector es así al ojo como un 80% niños y muy poco adulto”.

- Proceso Salud-Enfermedad:

El Modelo de Salud busca satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano y saludable, dentro del proceso salud enfermedad se nota que existe un serio problema en la prevención de enfermedades por parte de los pacientes, pues la mayoría de los usuarios del CESFAM acuden a éste cuando presentan síntomas de alguna enfermedad, es en este minuto cuando recuerdan que pueden acudir para ser atendidos. Según la información, los niños menores de 6 meses y los adultos mayores con enfermedades crónicas son quienes tienen la mejor estadística en cuanto a la asistencia a sus controles. Por el contrario los adolescentes y los adultos jóvenes son quienes menos asisten al CESFAM para controlar su salud. En general la gente no presenta una conciencia de auto-cuidado, que de cierta forma es la mejor alternativa al momento de prevenir futuras enfermedades crónicas y/o mortales.

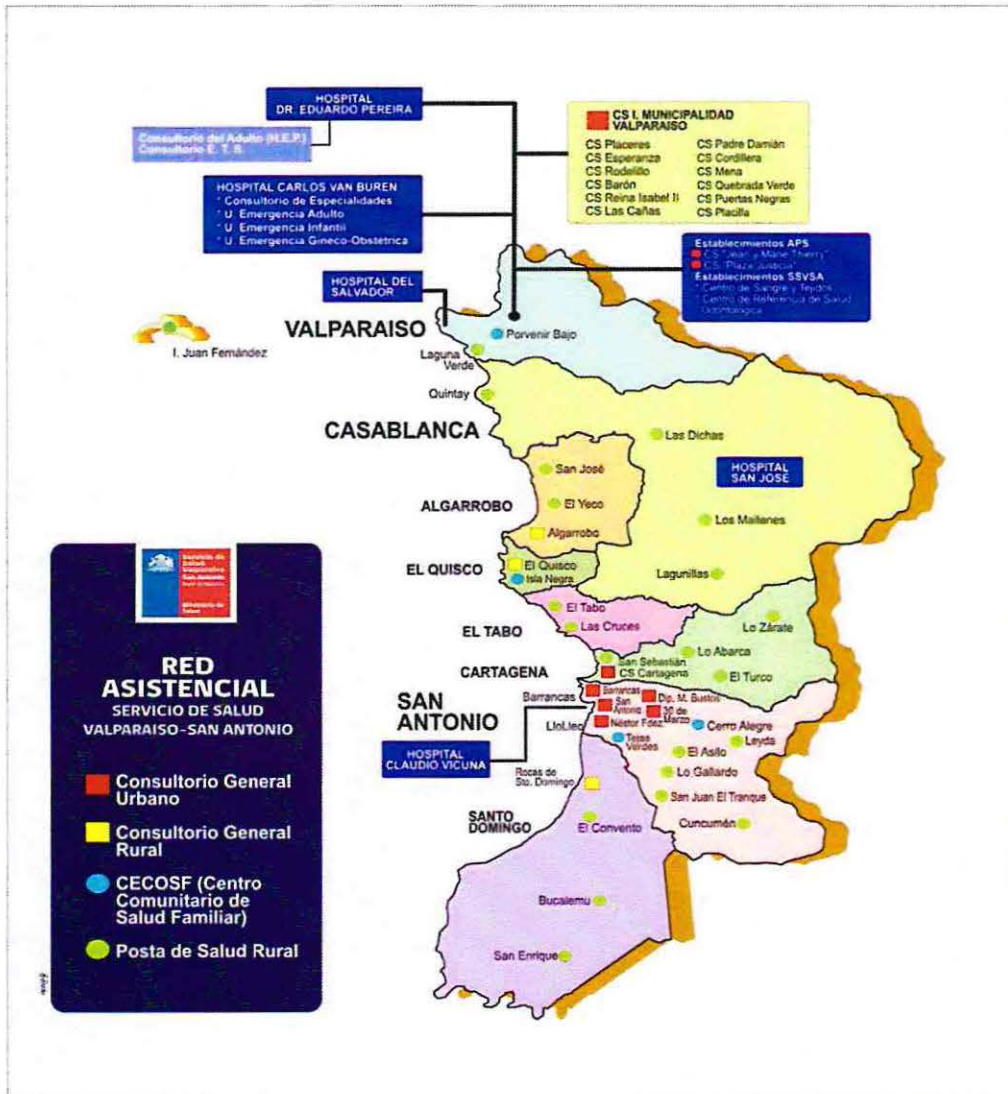


Fotografía 4° Afiche Meningitis Sector 1.

- Derivación en la Red de Salud.

Existen organizaciones vinculadas al CESFAM Jean & Marie Thierry, las que se encargan de atender a los pacientes que requieren de una atención

distinta a la que allí se entrega, tales como la toma de Radiografías o el ver a algún especialista. Estas derivaciones por lo general son al HCVB o al Hospital Eduardo Pereira, aunque dentro de la red del SSVSA se encuentran otros centros, que a continuación aparecen en la fotografía.



Fotografía N° 5 Red Asistencial SSVSA.

El conducto a seguir para poder ser derivado, es en una primera instancia asistir a un control con Médico General en el CESFAM (Primer nivel de atención), luego es este Médico quien evalúa la pertinencia de la derivación, en caso de que se requiera se hace una Interconsulta, la que es ingresada al sistema SIGGES, luego el paciente tiene que esperar a ser llamado para atenderse en algún Hospital.

Se desprende de la entrevista a la Enfermera del Sector que:

“...El médico es quien debe hacer la interconsulta, no es como que al usuario se le ocurrió hacerse una eco- tomografía y la tiene. Según su patología el médico hace la interconsulta correspondiente y se hace la derivación al Hospital Van Buren o al Pereira”.

Los tiempos de espera para la atención luego de haber presentado la interconsulta son relativos dependiendo de la prestación que se requiera.

Gestión de calidad.

- Gestión del Sector:

Lohr señala que *“Calidad es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.* Entre las principales problemáticas que intenta resolver la atención primaria se encuentran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, por lo tanto es imprescindible elevar los niveles de auto responsabilidad y participación del paciente y de la comunidad. Tras esta definición vienen tres dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud, estas son; Calidad Científico Técnica, Satisfacción Usuaría y la Accesibilidad al servicio.

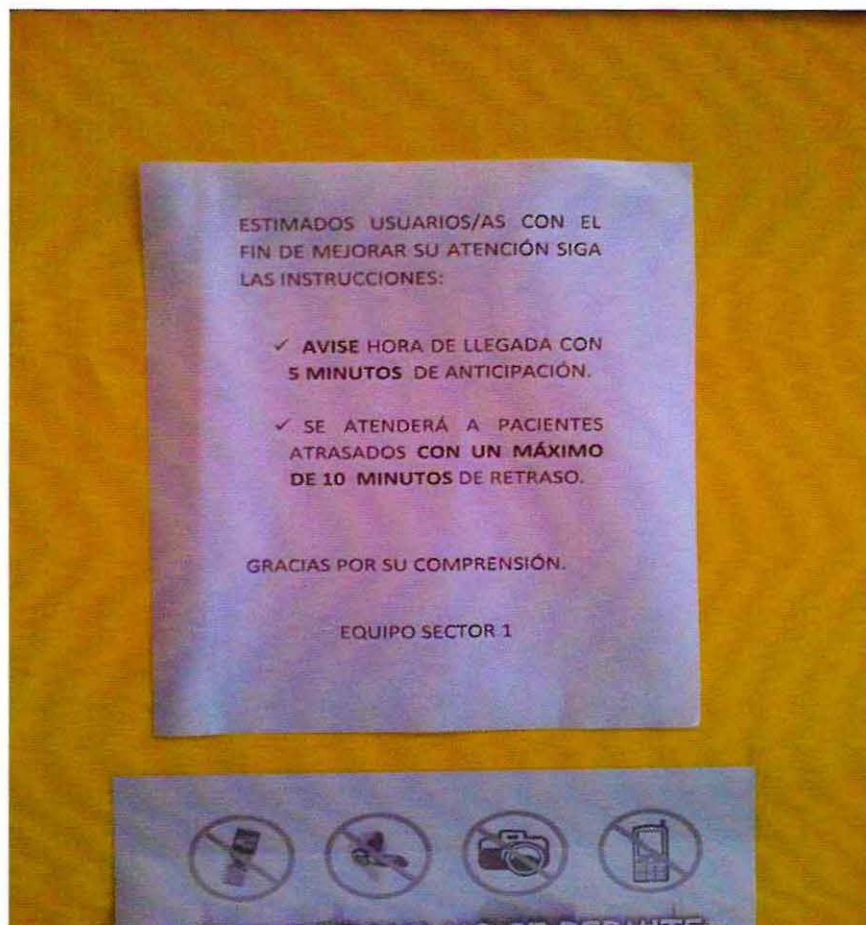
La Gestión en la Atención Integral y de como esta se relaciona con el Modelo de Salud Familiar es evaluada de buena forma por parte del Equipo de Salud de este Sector, dicen no tener mayores dificultades como equipo, saben relacionarse y coordinar las funciones necesarias para otorgar una buena prestación y en los momentos en que los usuarios la necesitan. Sin embargo reconocen que se presentan dificultades que generalmente son de responsabilidad de los usuarios, pues como menciona el Equipo de Salud:

“...Es la falta de comunicación con el paciente o que te dejan un teléfono que cuando tu llamas ya no corresponde o una dirección falsa y ya no viven ahí y entorpece el normal funcionamiento de la atención, debido a que no puedes entregarle una información”.

Por lo que se ve afectada la accesibilidad al servicio, no pudiéndose desarrollar este de manera óptima.

Cuando el Equipo de Salud del Sector Uno fue consultado por las opciones de mejoras que se pueden implementar en la atención de los usuarios, salen a relucir dos temas importantes en los que se piensa puede haber mejoras. El primero de éstos es crear un sistema en donde se lleve un control mensual y obligatorio en la asistencia a los controles de los niños, pues son ellos quienes presentan los índices más altos de asistencia al CESFAM, con el fin de corroborar y ayudar a aquellos que presentan inasistencias, averiguando los motivos y buscando poder solucionarlos.

Por otra parte se hace mención a que es necesario protocolarizar ciertas pautas de atención, como por ejemplo el hecho de que las personas lleguen tarde a sus controles y se pase a llevar los derechos de los otros pacientes, se alude a que debe haber un reglamento del CESFAM y que sea de conocimiento de los usuarios de éste, en donde se establezca con claridad el proceder en este tipo de casos, con el fin de entregar la mejor atención posible y sin menoscabar la integridad de ningún usuario.



Fotografía N°6 Afiche Informativo Sector 1

La Norma ISO 9000:2008 se basa en un modelo enfocado a procesos en el cual la organización debe determinar estos procesos y gestionarlos de manera sistemática, por lo cual se debiese planear una estrategia de atención para luego implementarla, en este caso como un protocolo, después se verifica si su ejecución ha sido buena o mala evidenciando tal vez alguna oportunidad de mejora para finalmente realizar las acciones de perfeccionamiento.

Análisis sector 2.



Fotografía N°7 Dependencias Sector 2, CESFAM Jean & Marie Thierry.

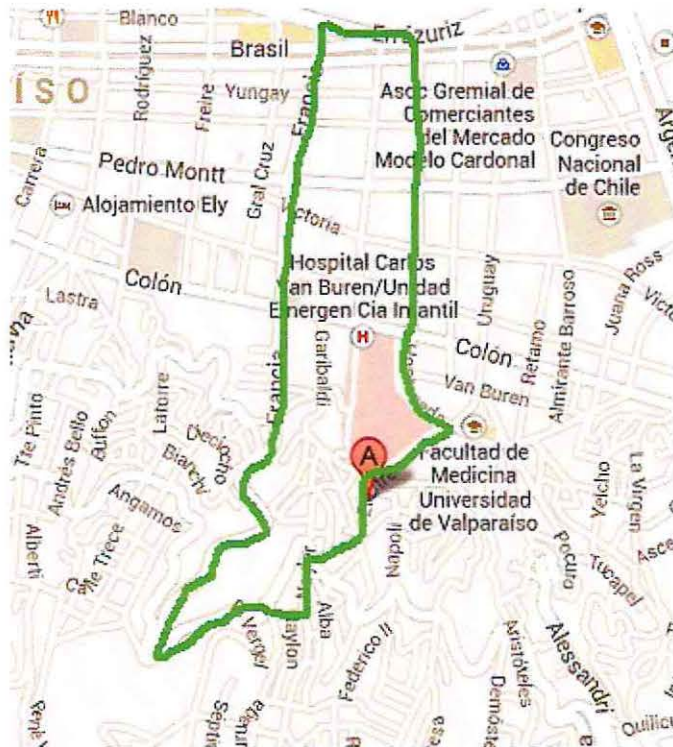
El análisis que a continuación se expone, presenta las distintas variables de trabajo vistas en las entrevistas realizadas al Equipo de Salud del Sector Dos. Las variables en cuestión son las siguientes:

- 1.- Calidad en Atención Primaria en Salud.
- 2.- Salud Familiar.
- 3.- Gestión de Calidad.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Territorio:

La carpeta de Salud familiar elaborada por funcionarios del CESFAM Jean & Marie Thierry, contiene el rango de acción del Centro de Salud y de sus respectivos sectores, en este caso, al sector Dos, le corresponde atender a las personas que residen en el Cerro La Cruz, específicamente hacia el Norte por Avenida Errázuriz entre Av. Francia y Av. Simón Bolívar hacia el Sur desde el Este al Oeste corresponde a las calles Naylor y Av. El vergel. Hacia el Este desde el mar a cerro Av. Simón Bolívar, Av. Hontaneda, Subida El Litre y Av. Naylor y por último desde cerro a mar corresponde a Av. Francia.



Fotografía N°8 Mapa Sector 2

- Color de Identificación Sectorial:

El color que caracteriza al Sector 2 y lo diferencia de los demás sectores es el color Verde.

- Equipo de Salud:



Fotografía N°9 Equipo transversal Sector 2.

Según el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Estatuto Administrativo, en cuanto a dotación, por el Decreto Ley n° 2.763 deben existir en un CESFAM, un Equipo de Salud de cabecera, compuesto por Médico, Enfermera y Técnico Paramédico, además de Odontólogo y Técnico Dental. Dentro de las Unidades complementarias debe haber Psicólogo, Asistente Social, Matrona, Nutricionista.

Según los datos recabados, en las encuestas realizadas por el alumno seminarista, se observa que en el Sector 2 del CESFAM Jean & Marie Thierry se compone por una Enfermera; quien a su vez es Jefa del Sector; una Médica y una Técnica Paramédica como equipo de cabecera que es complementado por un Odontólogo y una Técnica Dental; finalmente integran el Equipo de Salud los transversales: Asistente Social, Nutricionista, Psicóloga y Matrona.

Se concluye que la dotación del CESFAM cumple con las normativas legales del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, sus funcionarios

cumplen con las especializaciones establecidas para la atención de sus usuarios.

La Jefa de Sector lleva ocho años en el cargo, por lo que su experiencia, es un precedente que la califica para capacitar a los demás funcionarios que se integran a las labores del Equipo de Salud. La Médica, anteriormente, se desempeñaba en otro sector por lo que tuvo un proceso de adaptación de un año, período en el cual se interiorizó y conoció a los usuarios del Sector Dos, según las pautas otorgadas por el Modelo de Salud Familiar. A su vez, ella es la encargada de realizar labores relacionadas con Cirugías Menores, prestación que se lleva a cabo los días lunes y jueves de cada semana.

Las prestaciones que se otorgan a los usuarios pertenecientes al Sector Dos son: Control de Crónicos, Atención de Morbilidades, Salud Mental, Controles Nutricionales, Control de niño sano, Visitas Domiciliarias, los controles que componen el Programa Cardiovascular y por parte de Odontología la Salud Bucal.

Producto de la equidistancia que existe entre el sector Uno y Dos del CESFAM, se genera una relación relativamente más estrecha y un clima laboral afable, de la entrevista realizada a la Médico del Sector Dos, se desprende que

“...Tanto con el Sector Uno que hay una cercanía que hay incluso una cercanía organizacional por el tema de que está al frente con los otros sectores igual en el sentido que cuando otros pacientes que no son de nuestro sector y que estamos evaluándolos por falta de horas médicas de otros sectores entonces mantenemos una buena comunicación, fluida”

A si mismo ocurre con las unidades complementarias con quienes están en constante interacción, llevándose a cabo uno de los principios de la Atención Primaria como es la priorización del trabajo en Equipo para atender las necesidades expresas de la comunidad para el mejoramiento de su nivel de vida.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

En cuanto a la implementación del Modelo de Salud Familiar con Enfoque Familiar y Comunitario, se aprecia que es fundamental el trabajo no sólo con el usuario, sino que además se requiere de la participación del resto de la familia, para comprender una mayor integración y contribución de la totalidad del grupo familiar, es que se realizan visitas domiciliarias. La Jefa de Sector aporta que el CESFAM, debe regirse de acuerdo a las directrices entregadas por el Modelo de Salud Familiar.

Este es un subproducto del enfoque biopsicosocial en que el contexto familiar es el más relevante, busca comprender las distintas interrelaciones entre los subsistemas familiares, por tanto permite comprender las diferentes situaciones que vive cada individuo y su familia

En el Sector Dos el Equipo de Salud se preocupa de conocer a sus pacientes y a su entorno para poder implementar de la mejor manera este Modelo, preguntándoles sobre sus distintas situaciones familiares y la relación con sus vecinos.

- Ciclo Vital de los pacientes:

Siguiendo los parámetros del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, el Equipo de cabecera del Sector Dos, se encarga de atender a los usuarios durante todo el ciclo vital.

- Proceso de Salud Enfermedad:

El enfoque biopsicosocial del Modelo considera los aspectos subjetivos del proceso salud enfermedad, existe un reconocimiento de que las condiciones psicológicas, económicas, sociales y políticas tienen un efecto fundamental en el estado de salud de las personas su familia y su comunidad.

La forma en que se manifiesta el proceso salud enfermedad en los usuarios del Sector, bajo la perspectiva de la Jefa del Sector, señala que la carencia de horas médicas efectivas tendientes a la atención de pacientes trae como consecuencia una deficiencia en el modelo de atención, causando que queden usuarios sin obtener su debida atención médica, lo cual no ayuda a

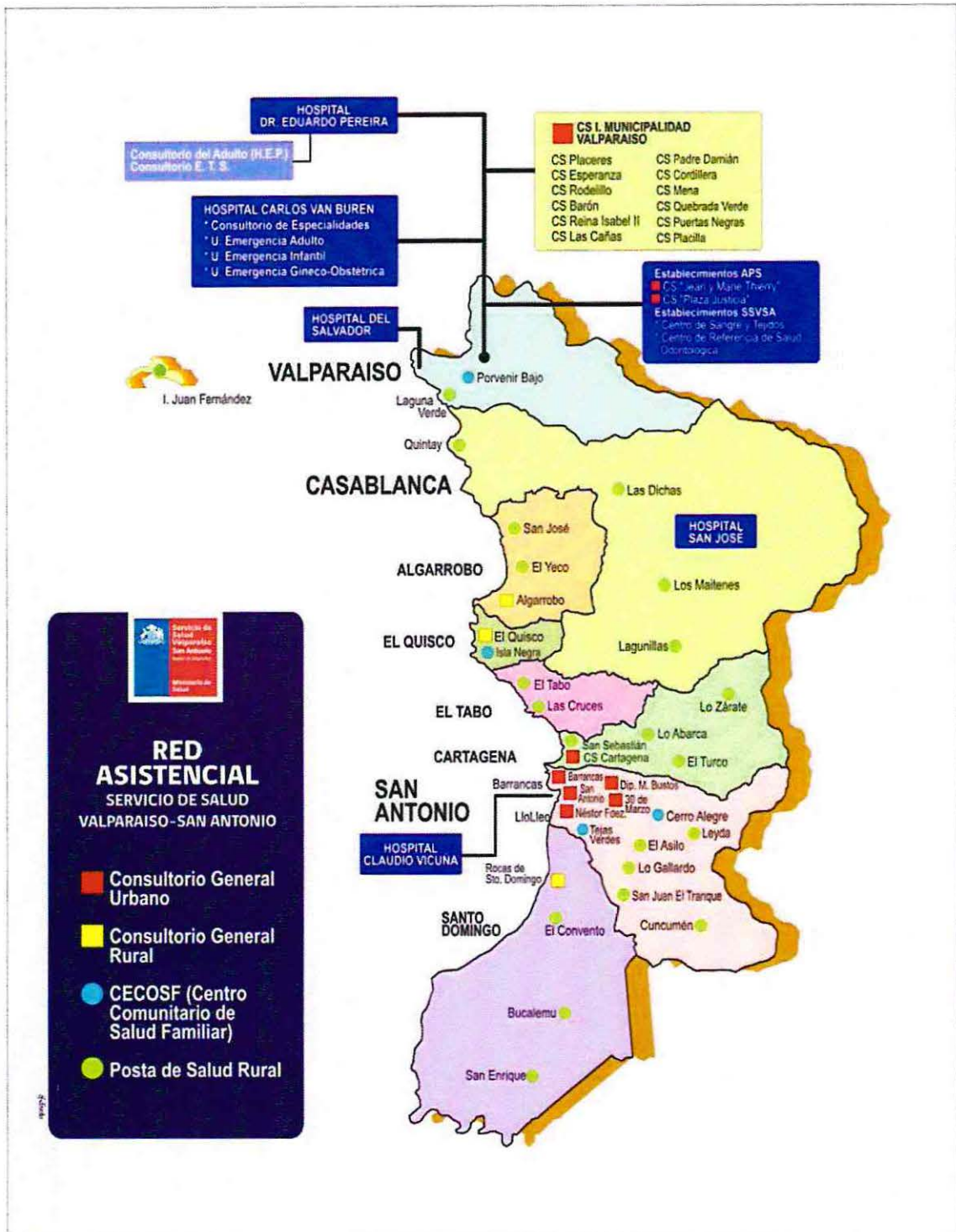
la optimización de los recursos y a los tiempos que destina el Equipo de Salud para abordar esta problemática, la cual lejos de tener una solución se presenta exacerbada con posterioridad por los mismos usuarios que no pudieron ser atendidos, ya que estos mismos solicitarán nuevamente un cupo de atención formando un estancamiento en las futuras agendas médicas.

La médico del Sector Dos indica que "...El médico no tiene los tiempos adecuados para desarrollar una actividad promocional entonces nuestro qué hacer como médico incluso como enfermera tiende ser más asistencialista porque ha habido y estamos continuamente en un siempre en una etapa de contingencia por faltas de horas médicas, por falta de horas de enfermeras entonces siempre se está aprovechando de las horas adecuadas para poder desarrollar la actividad promocional ,la actividad preventiva uno la desarrolla mientras está haciendo la consulta o el control porque intenta hacer una actividad preventiva a través de la educación".

- Derivación en la Red de Salud:

El MINSAL intenciona el desarrollo de los Centros de Salud Familiar y de apoyo a la gestión local. En esta tarea se suman los Servicios de Salud, cuyo rol se caracteriza por impulsar o potenciar el cambio, acompañar al Equipo de Salud, y brindar el cuidado necesario en los distintos niveles de atención.

Cuando los usuarios necesitan ser derivados para recibir una prestación distinta a las que entrega el CESFAM, se realiza un Interconsulta de acuerdo a los tipogramas de derivación con la finalidad de que este beneficiario, acuda al Hospital Carlos Van Buren o a algún otro recinto de la red de salud, considerando siempre los protocolos de referencia y contrareferencia. Los tiempos de espera van a depender siempre de la causa de derivación, estos pueden ser; rápidos, lentos o inexistentes. Si los pacientes vuelven o no a recibir atención del CESFAM también, dependerá de la patología que padezca el usuario, por lo que podrá volver al nivel primario de atención o si se determina cronicidad en la patología, este no podrá abandonar el nivel secundario de atención en salud.



Fotografía N°10 Red Asistencial SSVSA.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

Según Juran y Godfrey, un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los servicios que se ofrecen al usuario,

es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización.

En el caso del Sector Dos del CESFAM, en general la evaluación sobre la gestión que se lleva a cabo es considerada buena por los funcionarios entrevistados, se indica además que en el caso de existir dificultades específicas, se realizan labores tendientes a encontrar una solución lo más pronta y efectiva posible, se vislumbra en el caso de la Médico del sector *“...Es buena la gestión nosotros acá tenemos dificultades en las horas clínicas como te decía y nosotros vemos a nuestros pacientes crónicos que están con déficit con hora en la atención con el médico con la enfermera y nosotros tratamos de resolver esas situaciones en que haya dificultades para a la atención incluso lo vemos como extra, si les hace falta los medicamentos les hacemos la receta como para pacientes extras y coordinamos que tenga la atención y el control del médico en el mes o dos meses dependiendo de cómo sea la posibilidad de hora y como esté también el paciente, considero que es una gestión muy buena”*.

Con el fin de mejorar la gestión en las labores del Equipo de salud, es menester de este, lograr una coordinación adecuada en pro de agilizar los tiempos de atención, aumentar la cantidad de reuniones de sector y también protocolizando las actividades que se llevan a cabo para así estandarizar la atención que se entrega en cada sector del CESFAM y que los pacientes sean atendidos de igual manera y bajo los mismos patrones en sus respectivos sectores.

Análisis Sector 3.



Fotografía N°11 Dependencias Sector 3 CESFAM Jean & Marie Thierry.

El análisis que a continuación se expone, presenta las distintas variables de trabajo vistas en las entrevistas realizadas al Equipo de Salud del Sector Tres. Las variables en cuestión son las siguientes:

- 1.- Calidad en Atención Primaria en Salud.
- 2.- Salud Familiar.
- 3.- Gestión de Calidad.

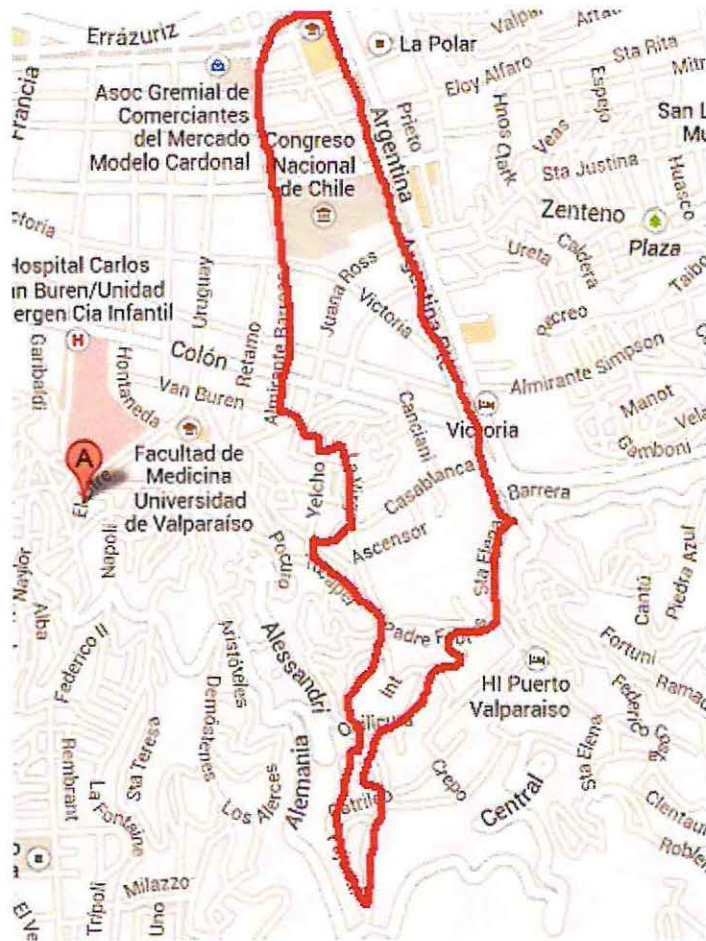
Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Territorio:

De acuerdo a las pautas establecidas por El Modelo de Salud Familiar, la división geográfica propia del Sector Tres del CESFAM, corresponde al Cerro Merced y La Virgen.

Sus límites se encuentran hacia el Norte hasta Avenida Errázuriz entre Calle Rawson y Av. Argentina, hacia el Sur desde el Este al Oeste corresponde a las calles Bruno Hernández, La Virgen, Pajonal, Moratín y Tucapel. Al Este, Avenida Argentina y Santa Elena y por último hacia el Oeste desde mar a

cerro corresponde a Calle Rawson, Almirante Barroso, Av. Hontaneda, Pocuro y Linares.



Fotografía N°12 Mapa Sector 3

- Color de Identificación Sectorial:

El color que identifica al Sector Tres del CESFAM Jean & Marie Thierry es el Rojo.

- Equipo de Salud:

Conforme al Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Estatuto Administrativo, en cuanto a dotación, el Sector Tres del CESFAM Jean & Marie Thierry está compuesto por una Médica, una Enfermera, una Técnica paramédica, un Odontólogo y una Técnica Dental, además de sus respectivas unidades complementarias como son: Asistentes Sociales, Nutricionistas, Matronas y Psicólogas. Los que en su conjunto se encargan de dar la atención de salud que necesitan los usuarios que en su mayoría pertenecen al sector del Cerro Merced y la Virgen y su parte correspondiente en el plan de la ciudad.



El Equipo de Salud, se dedica a hacer controles de pacientes crónicos principalmente los dispuestos por el Programa Cardiovascular para tratar Diabetes, Hipertensión, etc. En los que se da la participación de Nutricionistas, Consultas sobre distintas patologías, controles de niño sano, otros a adultos mayores, Controles de Evaluación Preventiva a Adultos Mayores. En el caso del Equipo de salud oral, se atiende a pacientes AUGE, desde los siete años de edad, a embarazadas y hay placas para los adultos mayores y además a los casos de riesgo se les puede efectuar visitas domiciliarias, tras una evaluación del caso, en reuniones de sector. Existe además la atención de consultas espontáneas, según el equipo de salud, estas son pocas horas de atención para los usuarios, debido a que se priorizan las patologías mencionadas anteriormente. El equipo de salud perteneciente al Sector Cuatro intenta optimizar la gestión de sus recursos, revisando los exámenes de los pacientes, llamando telefónicamente cuando existe alguna alteración en la agenda médica para avisar la fecha del nuevo control.

La relación que posee este sector con sus pares es directa y en muchas ocasiones también se recurre al apoyo de profesionales transversales como la Nutricionista, Kinesióloga, (Infantil y adulto), Matronas, el Equipo de Desarrollo Motor, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga y Educadora de Párvulos. La Jefa de Sector corrobora que:

"...El ideal es ponemos de acuerdo como estamento, todos los Médicos sobre una acción o por sectores sobre lo que vamos a hacer ante cualquier situación."

Para el logro del Modelo de Salud Familiar es imprescindible el trabajo en equipo, las acciones planificadas y evaluadas en función del impacto en la salud de la población.



Fotografía N°13 Equipo de Salud Sector 3.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

Este modelo está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para la mantención y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello los Centros de Salud deben contar con equipos de salud responsables y capacitados, que colaboren junto a las familias y comunidades para cuidar su salud y ejecuten actividades con enfoque familiar.

Referente a la implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en el CESFAM Jean & Marie Thierry, la conclusión es

negativa, este no se logra, se puede desprender de la entrevista a la Médico que:

“...Yo creo que no lo logramos implementar completamente yo creo que tenemos muchas falencias y principalmente falencias de recursos humanos. Es el gran problema, porque no se puede tener un programa de salud integral, o de salud familiar basado en un equipo de cabecera para una población de... sectorizada territorialmente... requiere de... en el caso de recurso humano medico el mayor estándar. Por ejemplo un Médico por 2000 habitantes... nosotros tenemos ehh... incluso no tenemos claro cuántos pacientes hay inscritos en el consultorio porque FONASA nos da un dato que no es real...nosotros estaríamos... yo creo alrededor de 23000 no validados pero que están operativos y eso es más de 5000 personas por sector. En cualquier país en donde el modelo familiar opera razonablemente ese número no podría ser. Te voy a dar un ejemplo, lugares que tienen CESCO (Centro de Salud Comunitario) en donde la población es mucho más chiquitita, estamos hablando de 2000 o 3000 habitantes, las Enfermeras, el equipo se sabe perfectamente los casos...están súper al tanto de cuantos pacientes de control de niño sano encontró bien, cuántos niños son obesos cuantos no, no asisten las personas diabéticas, manejan los datos son datos manejables. Hoy día yo te puedo decir algunos datos pero es muy difícil abordar una población de 5000 o 6000 habitantes como equipo. Ya, eh yo creo que esta es la gran razón de por qué nosotros no podemos hacer salud familiar como deberíamos.”

Tras estos categóricos datos duros, resulta difícil creer que se pueda implementar de manera óptima este Modelo de Salud si la división geográfica del territorio no es proporcional a la cantidad de funcionarios que ejercen sus labores en el sector.

- Ciclo Vital de los pacientes:

Los pacientes que acuden a atenderse al sector 4 pertenecen a todas las etapas del ciclo vital.

- Proceso de Salud Enfermedad:

El concepto de salud enfermedad ha evolucionado radicalmente en las últimas dos décadas. La salud, definida como un estado de bienestar físico, psicológico y social, implica una declaración completamente diferente a la concepción de salud basada en la ausencia de enfermedad, configurando lo que se denomina el Modelo Biopsicosocial de Salud.

El análisis referente al proceso salud enfermedad vivido por los pacientes del sector se efectúa de la siguiente manera: Los usuarios que padecen de enfermedades cardiovasculares crónicas, están más compensados ahora, que hace cuatro o cinco años atrás, se han reducido la cantidad de horas médicas para morbilidades, con la finalidad de aumentar la cobertura del sector, lo cual genera cierta molestia en los pacientes que acuden a consultas espontaneas. Existen enfermedades con bastantes buenos resultados, en el sentido de lo que amerita la prevención secundaria como objetivo. En cuanto a la priorización del sistema el Equipo de Salud destaca que:

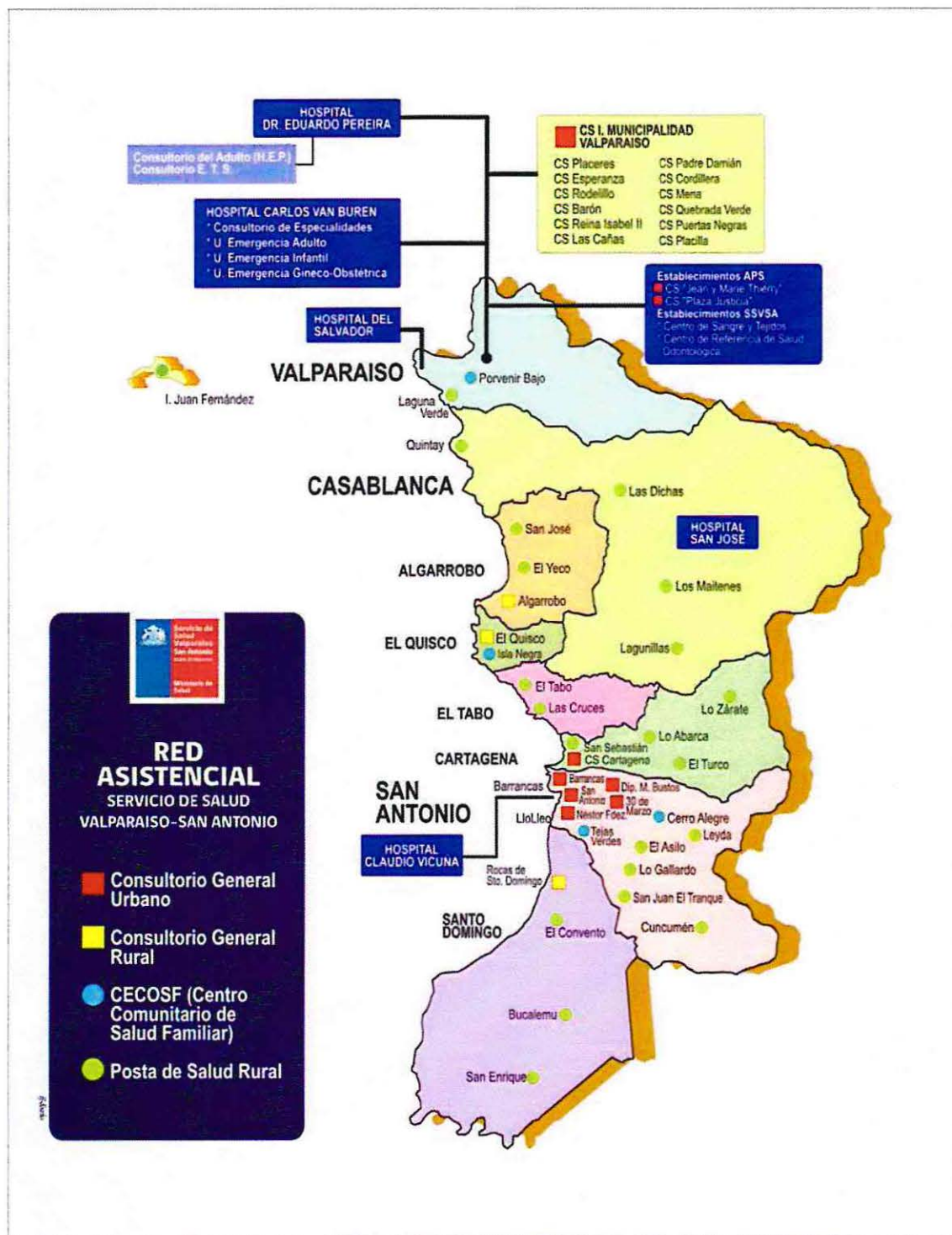
"...Por un lado es buena pero por otro lado esta misma priorización que en este caso sería el AUGÉ, generó problemas de cobertura de las otras patologías, estamos teniendo pacientes de primera y segunda categoría, enfermedades de primera y segunda categoría, en vez de atender a personas integrales y a la población... por lo tanto es súper diferente como se aborda tal o cual enfermedad."

- Derivación en la Red de Salud:

Uno de los principios orientadores del CESFAM Jean & Marie Thierry es el deber ser una organización flexible capaz de adaptarse permanentemente a los cambios, a partir del desarrollo de capacidades de respuesta ante las condiciones del entorno, con el objetivo de lograr la máxima eficacia y eficiencia, partiendo del principio de que siempre deberá predominar el trabajo orientado a los resultados sanitarios del país, y la satisfacción de la comunidad en la cual está inserto junto con la integración en la red asistencial de salud.

Los pacientes que requieren un tipo de atención distinto a las entregadas por el CESFAM, tienen la posibilidad de ser derivadas a otro centro de la red de salud, la demora que puede tener, existen áreas en que la tardanza puede demorar mucho, por ejemplo en Dermatología, debido a la inexistencia de Dermatólogos en el Hospital Van Buren, lo mismo ocurre con otras patologías como es el caso de Oftalmología, en el caso de Medicina Interna la derivación resulta bien, en Traumatología es bastante restringida la manera de derivar a los pacientes y cuando es necesario algún tipo de intervención quirúrgica, una vez derivados, es demasiada la espera para ser atendidos, luego la decisión de operar o no, puede tardar un par de años,

entonces en ese sentido, la carencia de especialistas en los hospitales genera gran cantidad de problemas que van más allá de la pertinencia del CESFAM.



Fotografía N°14 Red Asistencial SSVSA.

Los pacientes tienen la posibilidad de volver a ser atendidos en el Centro de Salud, ya que los usuarios no por haber sido derivados por una causa específica no pueden recibir otro tipo de atención en el CESFAM.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

Uno de los ocho principios de la calidad citados en la norma ISO 9000:2005 es el Enfoque en el Usuario, este básicamente dice que el paciente es primero, por lo que se deben realizar todos los esfuerzos posibles para lograr la satisfacción de sus necesidades y exceder sus expectativas.

El Sector Tres, posee la característica de tener una Enfermera nueva, que recién está conociendo a sus pacientes y una Médica que si bien los conocía, se ausentó por un largo período y ahora se encuentra retomando el contacto, pese a esta desventaja se intenta optimizar los recursos existentes, gestionando horas médicas de atención, se intenta que los pacientes pidan horas demás, revisando sus exámenes y avisándoles cuando estos están listos o cuando se encuentran alterados, en vez de decirles que soliciten una hora de atención para su revisión, porque a veces es innecesaria. Se está organizando la información, referente a las tarjetas de control, Sistema de Información del Cardiovascular, Postrados, Programa Infantil, para darle una cuota de orden al sector.

En vías de mejorar la gestión del sector, se podría aumentar de una a dos las reuniones de sector por mes, la Jefa del Sector manifiesta que:

“...Los médicos de sector (todos) deberíamos tener un horario para revisar exámenes y tomar acciones concretas para evitar que los pacientes se vean obligados a tomar horas, esas cosas son súper relevantes para poder ir viendo cómo vamos, ahora creo que sería muy bueno que haya un equipo estable que nosotros tratemos de permanecer acá para que las personas los usuarios las usuarias nos reconozcan como su equipo y puedan tener acceso cercano ya que puedan llamar que puedan pedir ayuda sin tener que pedir hora en el SOME por alguna cosa que se pudiera resolver en el minuto, eehh, peor esos tiempos digamos deberían ser más restringidos por un tema general, de tal manera de no reventarte digamos.”

Es necesario lograr que los funcionarios pertenecientes al sector se involucren y se comprometan con los objetivos de este para así poder lograr los resultados deseados.

Análisis sector 4.



Fotografía N°15 Dependencias Sector 4 CESFAM Jean & Marie Thierry.

El análisis que a continuación se expone, presenta las distintas variables de trabajo vistas en las entrevistas realizadas al Equipo de Salud del Sector Tres. Las variables en cuestión son las siguientes:

- 1.- Calidad en Atención Primaria en Salud.
- 2.- Salud Familiar.
- 3.- Gestión de Calidad.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Territorio:

El espacio geográfico que abarca el Sector Cuatro correspondiente al Cerro El Litre, sus calles limitantes comprenden hacia el Norte, Avenida Errázuriz entre Av. Simón Bolívar y Calle Rawson. Hacia el Sur desde el Este al Oeste corresponde a las calles Las Rosas, L. Cousiño, Sta. Teresa, La Fontaine, Lambecho, Rembrandt y Apeles, hacia el este desde mar a cerro corresponde a Calle Rawson, Almirante Barroso, Av. Hontaneda y Pocuro y para finalizar al Oeste, desde el mar a cerro Av. Simón Bolívar, Av. Hontaneda, Subida El Litre y Av. Naylor.

- Color de Identificación Sectorial:

En el caso del Sector 4 el color que lo identifica es en Azul.

- Equipo de Salud:

El SSVSA tiene la misión de incrementar la calidad de vida de sus pacientes, es por esta razón que el CESFAM Jean & Marie Thierry debe contar con un Equipo de Salud de Cabecera, además de distintos profesionales especializados, para entregar una Atención Integral dentro de su contexto familiar y social.

El Sector Cuatro cuenta con un Equipo de Salud encargado de brindar una atención de calidad y este está conformado por: un Médico, una Nutricionista, un Odontólogo, Técnica Dental, una Enfermera, una Técnica Paramédica y la dupla psicosocial; Psicóloga y Asistente Social y además una Matrona.

Como prestaciones de salud que reconocen ejercer, la Técnica Paramédica la categoriza de la siguiente manera:

“...El médico atención de morbilidad, atención de control Crónico y visitas domiciliarias a pacientes postrados y recién nacidos principalmente; las enfermeras hacen controles de salud, entre ellos, el control sano, control de crónico y evaluaciones de cómo el diabético va evolucionando, más los exámenes funcionales de los adultos mayores, las visitas domiciliarias de los pacientes postrados, visitas domiciliarias a niños de riesgos y a los recién nacidos como general.”.

Cumpliendo así rigurosamente con los programas emanados desde el Ministerio de Salud en pro de impulsar el cambio al Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, buscando conocer en profundidad el entorno de sus pacientes.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

Según Mc Whinney, el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario debe tener una visión integral del paciente y un enfoque preventivo-promocional en donde las redes asistenciales cumplan su rol de coordinadores de recursos. Dentro del enfoque de Salud Familiar y su vinculación con la Atención Integral, la organización que existe dentro del Equipo de Salud, va a depender siempre la comunicación que exista dentro de este;

"...Por ejemplo, si una enfermera encuentra algún hallazgo extraño le avisa al tiro al doctor y el doctor de inmediato realiza la atención al usuario afectado; y si el Doctor encuentra algún problema que requiera la intervención de la Enfermera, le comunica de la misma forma. Las intervenciones son de inmediato y ya no hay tanta derivación a través del SOME."

Esto permite que exista una muy buena comunicación dentro del equipo y que se respete la opinión de cada uno de los profesionales.

Conforme a las pautas establecidas por el Modelo de Salud Familiar, este Sector dice no cumplir con las exigencias de conocer a la población objetivo en toda su diversidad cultural y de género, ya que el Equipo de Salud manifiesta que atender a pacientes de otros sectores dificulta su trabajo y le impide conocer a los usuarios y las familias que residen dentro del sector que les corresponde atender según la distribución geográfica del CESFAM.

- Ciclo Vital de los pacientes:

Como Centro de Salud Familiar le corresponde la Atención Integral a lo largo de todo el ciclo vital de vida y de esta forma una de las profesionales afirma que:

“...Van desde los recién nacidos, desde los más chiquititos hasta el adulto mayor...”.

Aun cuando existe una atención a lo largo de todo el ciclo vital hay un periodo de vida que es un tanto dejado de lado, los niños pre-adolescentes y los adolescentes porque como dice el Equipo de Salud:

“Nosotros dejamos de ver a los niños como a los cinco años once meses 29 días y de ahí no los vemos a menos que tengan algún problema, pero eso afortunadamente no es frecuente, pero esos niños están como un poco a la deriva”.

- Proceso de Salud Enfermedad:

Existe una perspectiva de bienestar psicosocial, la cual anteriormente entendía la salud basada en la enfermedad, luego esto cambió y ahora su centro es la promoción y la prevención, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Al profundizar más sobre el proceso de salud- enfermedad, los profesionales del Sector Cuatro comentan que si bien existen exámenes preventivos como el EMPA en los adolescentes o el EFAM en los adultos, es el Equipo de Salud quien se preocupan de pesquisar y comunicar a los usuarios sobre la importancia de realizarse los exámenes con el fin de prevenir o descubrir algún tipo de enfermedad que presenten los pacientes. Al igual que en los demás sectores, los profesionales del sector 4 reconocen que existe una falta de interés por parte de los usuarios que no se preocupan de su salud y no le toman el peso a lo importante que es prevenir enfermedades y tener conciencia sobre mantenerse sanos durante su ciclo vital. La gente acude al CESFAM cuando presenta algún tipo de enfermedad, es en ese momento cuando se acercan al establecimiento a solicitar algún tipo de ayuda.

Por lo tanto se concluye que aún no se logra implementar de manera correcta este enfoque, y existe mucha falta de información en la comunidad respecto al propio cuidado de su salud para prevenir enfermedades.

- Derivación en la Red de Salud:

Para el Ministerio de Salud, es de suma importancia apoyar la gestión local a través de los Centros de Salud Familiar, en ocasiones la APS, no puede

cubrir la demanda de prestaciones de sus usuarios, por lo que es necesaria la ayuda de los Servicios de Salud en donde los pacientes pueden ser atendidos. Cuando un usuario presenta alguna complicación de carácter más grave funcionan las derivaciones en la Red de Salud y dentro del equipo que realiza las prestaciones en este sector, no existen mayores problemas en los trámites para generar dicho proceso. En el Sector Cuatro destacan como equipo el tener una mayor comunicación con el hospital, pues la Jefa de Sector presenta una relación directa con el hospital Carlos Van Buren, porque siempre se ha encargado de realizar este trámite y por ende tiene una comunicación más estrecha y fluida con los encargados de dicha gestión dentro del hospital. Una vez atendidos en el hospital los usuarios del CESFAM deben volver a atenderse, pero deben esperar una contrarreferencia que es la orden que debe extender el hospital autorizando sus controles. De cierta manera, esta contrarreferencia es el documento que permite que los profesionales vuelvan a prestar atención al usuario y puedan enterarse de la gravedad de sus diagnósticos, pero según las palabras de la Jefa del sector:

“...Pero siempre yo tengo un contacto directo con los familiares señora venga avisarme como le fue, señora cuénteme como le está yendo, venga todas las semanas, yo siempre estoy acá, indirectamente yo no necesito invitación, ni ninguna cosa para poder saber cómo se encuentran los usuarios”

Lo que se traduce en un avance en el cumplimiento de la atención integral, en el cual se establece una relación de continuidad entre Equipo de Salud y sus familias a cargo.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

Calidad se refiere al conjunto de propiedades inherentes al CESFAM, que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Respecto a la Planificación de la Calidad, Juran y Godfrey señalan que existen actividades que establecen requisitos y objetivos para la calidad y para la aplicación a los elementos de un Sistema de Calidad. La planificación consta de los siguientes pasos:

- Establecer el proyecto.
- Identificar a los usuarios.

- Identificar los requisitos del cliente.
- Desarrollar el producto.
- Desarrollar el proceso.
- Desarrollar los controles y enviar a operaciones.

La mejora de la calidad constituye un cambio benéfico, es decir, lograr mayores niveles de desempeño.

Al momento de realizar una evaluación sobre la gestión que ejercen como equipo profesional, mencionan que su buena comunicación y la confianza que existe entre los distintos profesionales para hacer saber si existe una equivocación o acotar que las gestiones a realizar deben ser otras, no hay ningún problema en aconsejar a quien esté cometiendo una equivocación, todo lo que sea en beneficio del paciente es bienvenido.

Al momento de planificar sus quehaceres el Equipo de Salud del Sector Cuatro, reconoce la comunicación como un pilar fundamental para el éxito de su trabajo, lo que facilita el intercambio de opiniones en búsqueda de las mejores soluciones a las problemáticas que se presentan.

Como mejoras para entregar una mejor prestación se menciona un ideal de poder cumplir lo que dice el reglamento de un CESFAM, y de esta forma poder; como equipo profesional, atender al sector que sale marcado en el mapa de atención y poder entregar el ideal de atención. Esta normativa no se cumple, pues por diferentes motivos algunos usuarios son atendidos por diferentes profesionales y de distintos sectores producto de las necesidades presentadas dentro del establecimiento.

La sectorización que se lleva a cabo por el CESFAM tiene como finalidad orientar para una mejor y más efectiva acción en salud con las personas y sus familias, por lo que si se atiende a usuarios correspondientes a la delimitación de otros sectores, esta tarea se dificulta enormemente.

Análisis de Radiografías de caderas.

Esta prestación se enmarca dentro del Programa Nacional de Salud en la Infancia, la cual tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento de protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Sujetos de Atención y procedimiento:

En APS existen pautas para la promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud, prevención de las enfermedades prevenibles y el establecimiento de servicios de rehabilitación y de salud, para el carácter de esta prestación, la articulación de estas es fundamental. La realización de la radiografía se lleva a cabo específicamente en el control que se realiza a los 4 meses de vida, este control reviste el carácter de revisar si se han hecho los requerimientos establecidos por el Médico que lleva el control salud del niño, es decir si se ha realizado efectivamente la radiografía requerida a los 4 meses de vida, si por el contrario esta no se ha podido efectuar, es menester pedir la orden al Médico correspondiente para que el niño no salga del control de los 3 meses sin su hora a radiología y en el caso en que el paciente tenga la hora pero no haya asistido el canal regular es el contacto telefónico para verificar la inasistencia y que por supuesto el sistema no lo haya tomado.

- Equipo de Salud:

El principal artífice de que se efectuó la Radiografía de Cadera es el Médico de cada sector, pues es él quien deriva a los bebés para que en su control de 4 meses puedan mediante el control que se realiza a los 3 meses del niño, es decir, se revisa que se haya realizado el control y automáticamente el paciente es ingresado a una ficha y se verifica si este se ha tomado la radiografía de cadera, se hace para salvaguardar la información del paciente y que las demás unidades tengan por supuesto acceso a dicha información,

pero en síntesis cada uno de los sectores debiese tener un registro de su paciente. La entrevistada agrega:

"...La relación con el encargado de ingresar las interconsultas es fundamental porque en este caso, él es quien envía la nómina que a su vez el recibe del Van Buren entonces él la manda con copia a todos los sectores ,cuando uno tiene esa base de datos yo la tomo la filtro porque viene una nómina de todo Valparaíso ,filtro las del Consultorio ahora como incorporamos a todos entonces al sacar mis pacientes tengo claro a quienes tengo que buscar en mi ficha porque o si no voy a tener que empezar a preguntar por los nombres –entonces el encargado de las interconsultas envía y recibe –el recibe del Centro de Gestión Global del Van Buren me parece los resultados ,recibe una nómina de Valparaíso completa entonces viene el detalle del nombre Rut el detalle por paciente y con el informe entonces él lo reenvía con copia entonces ahí uno debería ahí rescatar a sus pacientes "

Por lo que resulta fundamental la coordinación entre los sectores involucrados en esta prestación; Médico y encargado de las órdenes, para que se agilice el trámite de interconsulta y pueda llevarse a cabo esta prestación en los tiempos previamente determinados por el Programa Nacional de Salud en la Infancia.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

La OMS, propone que; “La salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia”, se entiende que el bebe de 3 meses no puede ser responsable en esta prestación, por lo que la familia de este juega un rol protector fundamental y es deber de ellos, el asistir con su hijo/a a todos los controles previstos.

La manera en que se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en esta prestación, se realiza del momento en que se toma el control del paciente y se tiene presente todo el historial médico del mismo; hace referencia más bien a tener en cuenta las especialidades a las que ha sido derivado y así tener un registro completo del niño pues se entiende que está en una parte importantísima de su crecimiento y debe, por lo tanto, considerar el apoyo proveniente de su familia y su entorno.



Fotografía N°16 Radiografía de caderas con Displasia.

- Ciclo Vital de los pacientes:

El periodo en el ciclo vital e que los usuarios acceden a esta prestación es a los 3 meses de vida en el Control de Niño Sano.

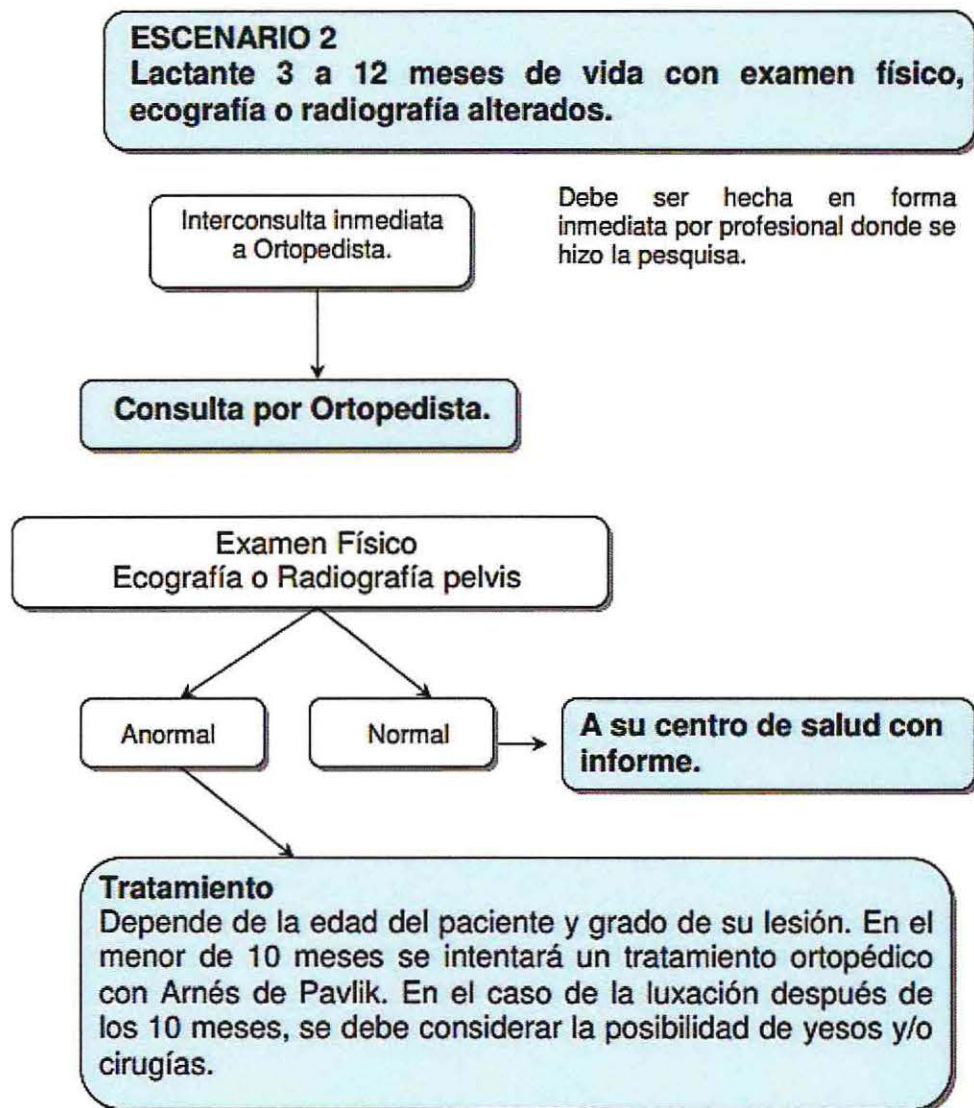
- Proceso de Salud Enfermedad:

La manera en que se manifiesta el proceso Salud–enfermedad en los usuarios que acceden a esta prestación es de tipo preventivo. Se revisa que a los tres meses se haya realizado la Radiografía de Cadera correspondiente, insistiendo siempre a los 4 meses en supervisar su realización y si esta no se ha hecho (teniendo la orden en sistema) se busca

el contacto con el adulto responsable del menor, que muchas veces por falta de información no asisten a las citas para llevar a cabo la radiografía priorizando la utilización de otras prestaciones, en este caso se orienta a las madres y se les explica la importancia que tiene la radiografía de cadera preventiva a los 3 meses, que muchas veces si no es realizada a tiempo puede presentarse una patología que pudo haberse detectado con anticipación.

- Derivación en la Red de Salud:

Las coberturas de controles de salud se encuentran determinadas por rangos etarios. El trámite que se efectúa es el siguiente, El Médico en el control de los 3 meses de vida, envía la orden al encargado de las radiografías de cadera y es este quien a través de la plataforma virtual SIGGES ingresa la orden para que esta sea notificada y agendada una fecha para la toma de la radiografía en el HCVB, luego de su revisión, si la muestra es normal, se envía el informa al CESFAM Jean & Marie Thierry, de no ser así se continua el tratamiento en Atención Secundaria.



Esquema N°10 Flujograma detección y manejo de la Displasia Luxar de Caderas, Guía Clínica, Displasia Luxante de Caderas, MINSAL, 2008.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

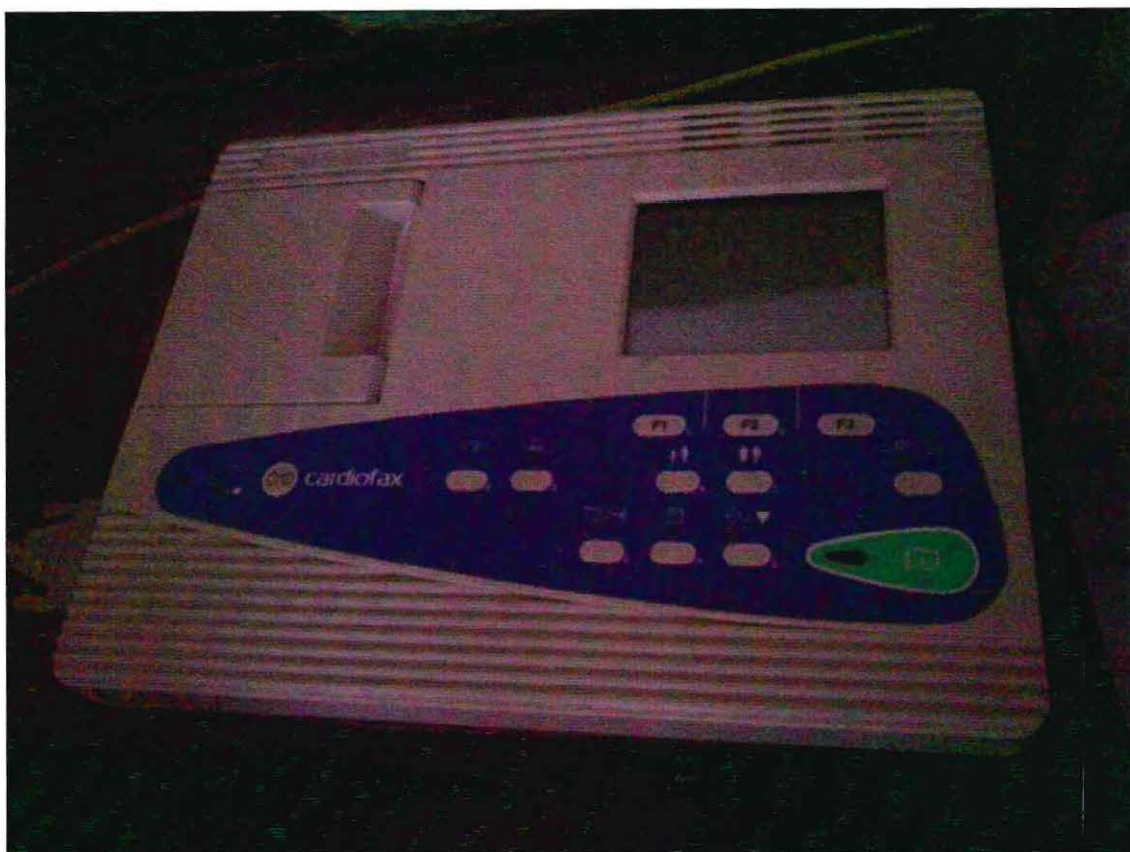
Existe un tema de accesibilidad al servicio en cuanto a la coordinación que debe existir entre el Médico, el encargado de enviar las ordenes y la familia del niño/a, si no se logra la organización de los roles de cada uno, los tiempos con los que se lleve a cabo esta prestación podrían llegar a ser engorrosos. En cuanto a la evaluación de la gestión que se lleva a cabo al otorgar esta prestación se manifiesta que se realiza de forma efectiva y ordenada, más bien se presentan reparos en cuanto a la gestión realizada en el hospital, en cuanto a la demora:

"...Porque le genera falsa expectativa a los usuarios, porque claro le toman ponte tú a los tres vino al médico le toman la orden le dieron la hora nunca va más allá de una o dos semanas y a ellos le dicen en una semana va a tener el resultado nunca fue entonces pasa de hecho por ejemplo ahora el funcionario que ingresa las fichas, si no me equivoco ayer Jueves mandó la nómina que a su vez recibió del Van Buren la nómina el mes de Abril de todas las radiografías que ha habido ,entonces te decía una mamá hace dos semanas me tomé una radiografía y me preguntaba el resultaba el resultado y no lo tenía ahora si lo tengo"

Referente a la manera en que podría mejorar la Calidad en la Gestión de esta prestación se hace referencia a que exista una protocolarización de la organización, que sea común a todos los sectores, eso facilitaría la estructura. Se manifiesta de forma clara que debería existir otro medio para solicitar las horas médicas, que no sea sólo con los dos funcionarios autorizados, sino que además exista un lugar especial en donde se pidan horas y con esto lograr que se realice de forma expedita. Otro medio para mejorar la calidad de la gestión es agilizar el proceso en el cual se envían las radiografías desde el Hospital, pues se manifiesta de forma clara que estas tienen tardanzas importantes, con una optimización del procedimiento para el envío de las mismas se agilizaría la entrega de los resultados a los pacientes y concordaría de forma perfecta con el control de los 4 meses.

Análisis Electrocardiogramas.

El electrocardiograma es la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón, que se obtiene con un electrocardiógrafo en forma de cinta continua. Es el instrumento principal de la electrofisiología cardíaca y tiene una función relevante en el cribado y diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y la predisposición a una muerte súbita cardíaca. También es útil para saber la duración del ciclo cardíaco.



Fotografía N°17, Electrocardiógrafo.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Sujetos de Atención:

Pacientes de cualquier edad que sean derivados por los Médicos de los distintos sectores para la realización del EKG (Electrocardiograma).

- Equipo de Salud y procedimiento:

La toma del EKG es llevada a cabo por Técnicos Paramédicos pertenecientes a la unidad de Tratamiento. La principal función del Electrocardiograma es revisar el curso cardíaco que tiene el organismo a través de un registro que obtiene el médico. En el SOME se informa de todos los requerimientos necesarios con que debe cumplir la persona que se realiza este procedimiento, por ejemplo, el usuario debe ir relajado, no beber nada caliente, no haber comido nada antes. El encargado de la prestación afirma que:

"...Los pacientes deben llegar quince minutos antes; se los hace pasar...se les pide que se descubra de la cintura hacia arriba para que nosotros podamos colocar todos los materiales y más los cuatro de las extremidades y en base a eso nosotros hacemos funcionar la máquina. (...)El arrojado del papel o de la lectura se corta, y se etiqueta, se colocan los sensores y después supuestamente va a un determinado sector".

Finalizado el procedimiento, el doctor interpreta los datos; estos exámenes llegan en conjunto con las nóminas al sector correspondiente.

Debido a la complejidad para poder ingresar los electrocardiogramas al sistema computarizado, se requiere de la ayuda de otros sectores para así no detener la atención al público.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

El Modelo de Salud Familiar busca hacer un seguimiento de los pacientes, funcionando como mecanismo de continuidad. Todas las prestaciones que dan los profesionales en el consultorio se enfocan de manera unidireccional, ya que la atención debe sostenerse a lo largo del tiempo. Es por esta razón que el Electrocardiograma cumple una función fundamental, ya que ayuda a llevar continuidad en el tratamiento de un caso.

En este tipo de prestaciones es la manifestación del Enfoque leve, ya que se centra más que nada en el individuo y no en su entorno familiar ni social.

- Ciclo Vital de los pacientes:

El electrocardiograma se puede realizar en cualquier período del ciclo vital de un paciente, pero generalmente se lleva a cabo en adultos mayores, y también niños de 12 a 13 años.

- Proceso de Salud Enfermedad:

Los usuarios que acceden a esta prestación en su mayoría son derivados por los Médicos del CESFAM, para controles cardiovasculares. Este examen no entrega un dictamen final y concluyente, pero si ayuda a detectar el origen de alguna falencia cardíaca el entrevistado manifiesta que

"...Es el puntapié de inicio para otras patologías un poco más complejas de lo que es cardiovascular."

- Derivación en la Red de Salud:

La derivación la realizan los médicos tratantes según corresponda el sector de atención de los usuarios, generalmente este examen es realizado a los usuarios del Programa Cardiovascular.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

Podría decirse que calidad es una propiedad de, y un juicio sobre un acto de atención de salud, en donde se aplica ciencia y tecnología con el máximo beneficio para la salud sin aumentar los riesgos, a través de un proceso interpersonal enmarcado en valores, normas y dictados éticos de quién realiza esta prestación y de expectativas y aspiraciones de los usuarios.

La evaluación sobre la gestión de los Electrocardiogramas es positiva ya que es un examen que arroja resultados inmediatos (a diferencia de los exámenes de sangre, por ejemplo, que toma más días su obtención), pero a pesar de ello se critica la falta de recursos para poder cubrir, en este caso, la demanda de los usuarios del CESFAM.

Los plazos de atención en la realización de esta prestación los indica el Médico bajo el examen. Para mejorar la calidad en la entrega de este servicio se propone como idea principal la renovación constante de los equipos que se utilizan para los electrocardiogramas, a fin de obtener resultados más precisos, por medio de una maquinaria más eficiente.



Fotografía N°18 Camilla Electrocardiograma.

Análisis Programa Postrados.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Sujetos de Atención:

Pacientes que estén inscritos en el CESFAM y que se encuentren en estado de postración crónica o transitoria.

Según el Índice de Kaiz una persona postrada aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria tales como; Bañarse, vestirse, trasladarse, alimentarse, etc.

- Equipo de Salud:

El equipo de salud está compuesto principalmente por una Asistente Social, una Nutricionista, Kinesióloga y las Enfermeras, y la función de la encargada del programa es coordina al equipo de salud en reuniones (una mensual), hace envíos de documentación, se recopilan datos estadísticos, derivaciones a la unidad de estadística o dirección de servicio, en estas reuniones se evalúan las situaciones de los usuarios del programa, cabe destacar que no se tiene un tiempo asignado dentro de las labores de Enfermera de sector para emplearlo en esta prestación, por lo que se complica evaluar y enfocar el programa.

Existe una relación de coordinación con los demás sectores y unidades transversales, con la finalidad de recopilación de información.

El MINSAL establece responsabilidades para el Equipo de Salud que pertenece al programa, algunas de las más importantes son:

- Identificar y categorizar a los beneficiarios que cumplen con las condiciones de inclusión al programa.
- Identificar y enrolar al familiar cuidador de las personas beneficiarias del programa.

- Capacitar o reforzar la capacitación a los cuidadores, con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al cuidador y familia para la modificación de éstas y ofrecer alternativas de enfrentamiento.
- Realizar visita mensual para verificar la mantención de las condiciones de inclusión del paciente y su familiar cuidador y velar por que el paciente reciba los cuidados adecuados.

En el CESFAM Jean & Marie Thierry esta última condición no se aplica debido a la falta de horas en la agenda del Equipo de Salud destinadas a la realización de esta prestación.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

En el contexto del Plan de Salud Familiar, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario se manifiesta del momento en el que se trabaja con el usuario y su familia o círculo cercano, quienes son un pilar fundamental en el estado de salud del paciente ya que son ellos quienes tienen que hacerse cargo del postrado ayudándole en todas las actividades que no puede realizar por sí sólo.

- Ciclo Vital de los pacientes:

Durante todo el ciclo vital, los pacientes están expuestos en algún momento de la vida a quedar postrados, por lo que no existe límite de edad.

- Proceso de Salud Enfermedad:

El proceso de salud enfermedad se expresa no de manera preventiva, si no que más bien de forma curativa y paliativa. El Equipo de Salud se encarga de efectuar las visitas domiciliarias que pueden, no se cumple con lo establecido por el MINSAL, ya que en el CESFAM, no existen horas de trabajo destinadas a la atención de este programa. En estas visitas se entregan



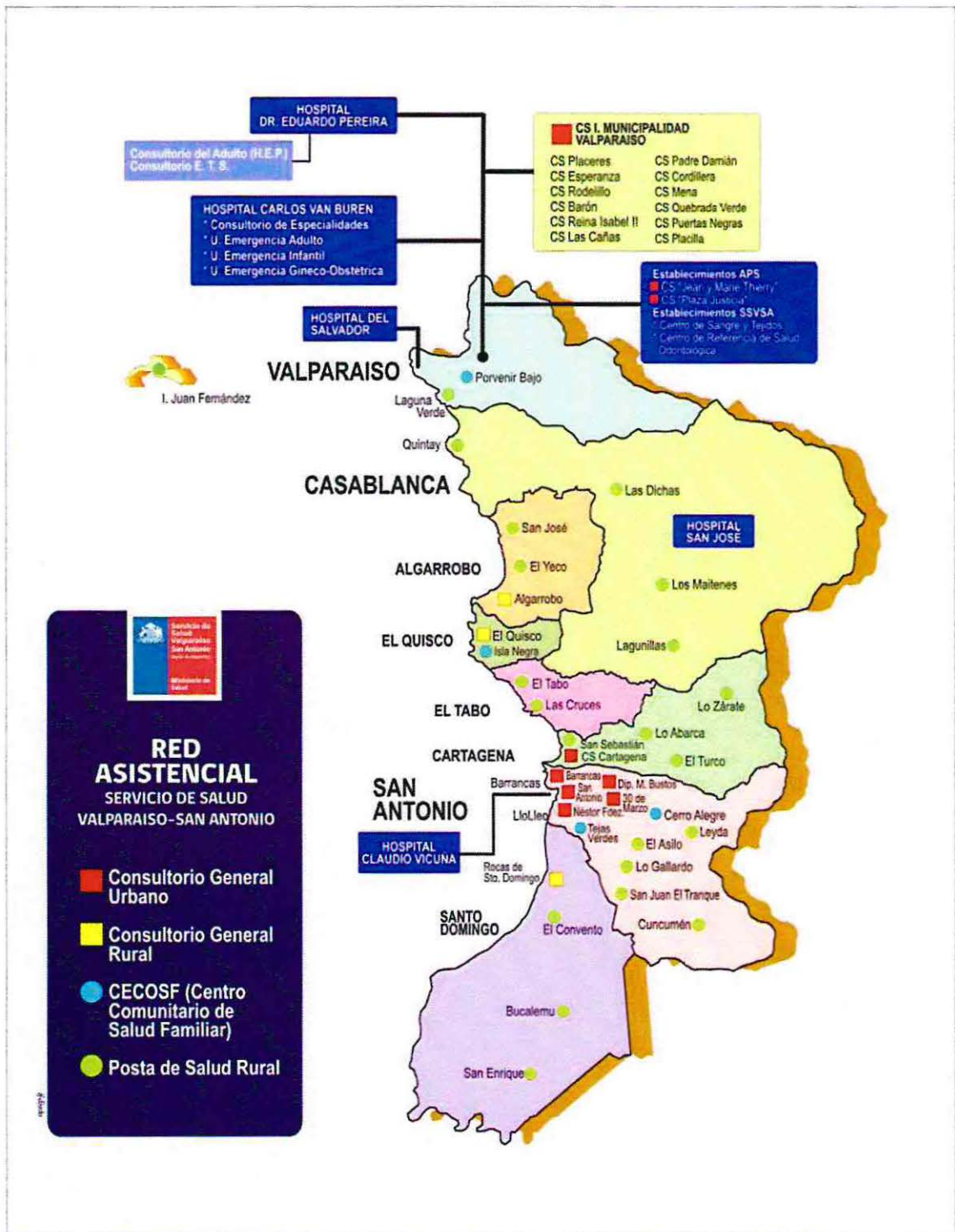
medicamentos, se toman exámenes, ayudas técnicas, tales como; Sillas de ruedas, bastones, colchones anti escaras y andadores ortopédicos, talleres para los cuidadores, etc. Cabe destacar que además existe un estipendio mensual que recibe el cuidador del paciente.

- Derivación en la Red de Salud:

La derivación en la red de salud va a depender siempre de la situación, la Encargada de la prestación afirma que

“...Va a depender de qué tipo de derivación y para qué es, si es una derivación para una situación aguda, funciona en la medida en que la Unidad de Emergencia pueda asumir esta actividad, y si son atenciones más bien crónicas pasa a formar parte de una misma atención que le hacemos al paciente, según la enfermedad que tengo es el tiempo que se demora esa derivación en ser resuelta.”

Es necesario conocer entonces la situación de cada caso en particular para poder precisar la forma de derivación y los tiempos de espera en que se realice esta en el Nivel Secundario de Atención.



Fotografía N°19 Red asistencial SSVSA.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

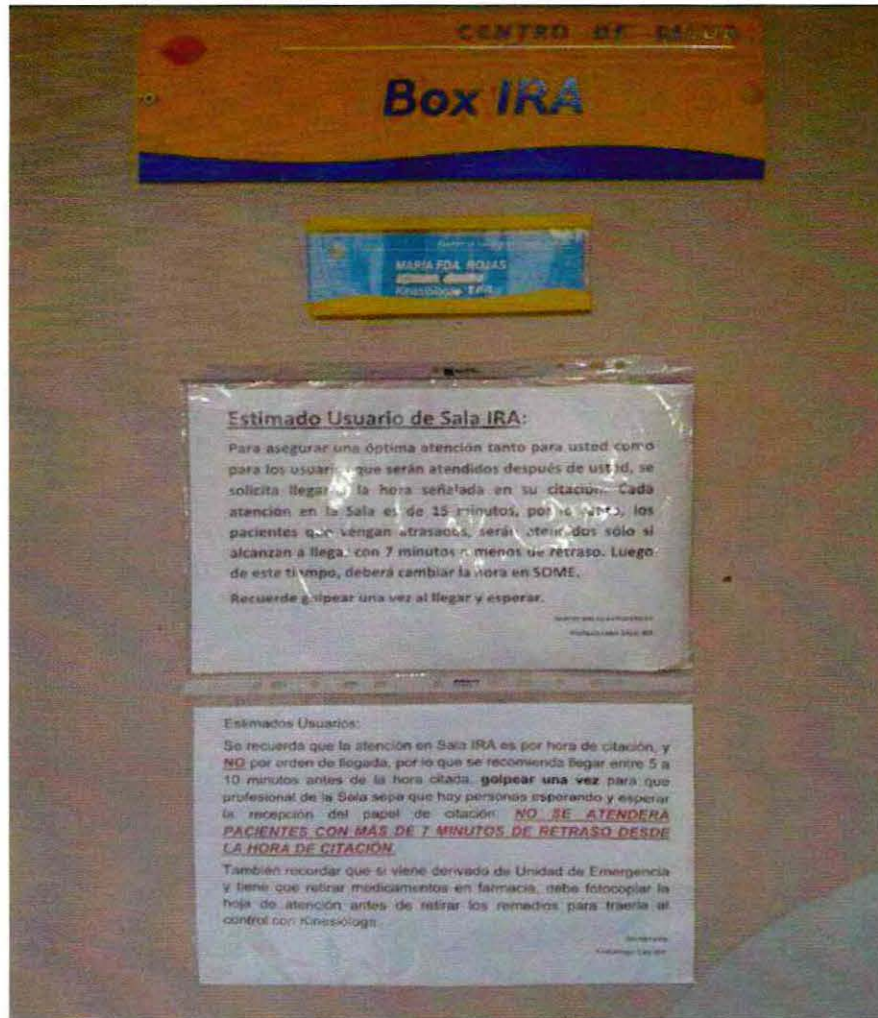
Siguiendo las pautas de la metodología PHVA (Walter Stewart) esta consiste en planear, hacer verificar y dirigir, en el caso del Programa Postrados se visibiliza la necesidad de mejorar en el primer punto, ya que la planificación es muy difusa y no están bien determinados los procesos ni tiempos en que se lleva a cabo la atención de los usuarios de la prestación.

La gestión del programa posee una articulación deficiente ya que el tiempo que se le dedica es muy poco, para mejorar este punto es necesario aumentar la dotación de recursos humanos, principalmente Técnicos Paramédicos, las horas medicas también deben ser más al igual que el tiempo que se le dedica a la coordinación del Programa Postrados.

Más allá de los saberes y habilidades del Equipo de Salud, el desperfecto en este programa se dirige hacia los tiempos destinados para la realización de este, existe una descoordinación entre los tiempos de los profesionales que componen el equipo, lo que dificulta mucho la organización del programa.

Análisis IRA.

Como lo demuestran los principales indicadores sanitarios, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) del niño/a, constituyen un problema de gran relevancia epidemiológica, por lo cual el Ministerio de Salud las considera una prioridad técnica y de política sanitaria, en todo el país.



Fotografía N°20 Box IRA.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Sujetos de Atención:

El equipo de salud de la unidad IRA entrega atención a lactantes y menores de 15 años con patologías crónicas respiratorias. Teniendo en cuenta esto (que sólo ven a niños) la relación existente con los demás sectores y las demás unidades del CESFAM es que todos los sectores y unidades del Centro de Salud en que el paciente a derivar sea un niño puede recibir atención en la sala IRA. Se extrae parte de la entrevista realizada a la Jefa de esta prestación:

"Bueno, nosotros vemos solamente niños, ya, entonces a nosotros todos los sectores, personalmente a mí cualquier sector me puede derivar, no es como por ejemplo las matronas o las psicólogas que están sectorizadas 1-2 y 3-4 y sólo esos sectores las derivan, a mi no, me puede derivar cualquier Médico, de hecho, hasta

el Médico de extensión me deriva pacientes, ya y al doctor, el doctor es de la misma forma, los Médicos le derivan o yo, dependiendo del caso del niño, y esa es la relación, porque en realidad ni enfermeras ni matronas a mí como Kinesióloga me pueden derivar".

- Equipo de Salud:

Conforme al reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Estatuto Administrativo, en cuanto a dotación, componen el equipo de salud de la sala IRA dos funcionarios; un Médico y un Kinesiólogo. Se hace referencia a la carencia de personal para el logro de un óptimo funcionamiento de la prestación, que debió haber sido designado a esta unidad, como lo es el Técnico Paramédico.

Las prestaciones que otorga el equipo de salud de la unidad IRA se relacionan estrictamente con los pacientes crónicos respiratorios, que normalmente van dirigida a los menores de 15 años y los lactantes que tengan Asma (Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente, o Asma del Lactante o el Asma Bronquial, la prestación la otorga el Médico de la unidad; En cuanto a la prestación que realiza el Kinesiólogo es otorgada a los pacientes con patologías como: las Bronquitis Obstructivas Agudas, etc. En síntesis el Médico trata las patologías agudas y el Kinesiólogo las crónicas, sin perjuicio de que a su vez el Kinesiólogo realiza un seguimiento de la patología.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

En cuanto a la manera en que se logra implementar el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, cabe mencionar que la unidad IRA no está sectorizada por lo tanto es difícil realizar un catastro de todos los pacientes que reciben atención en ella y de sus familias, pues los pacientes que son designados a este sector pueden venir de distintas unidades, lo cual hace dificultoso realizar un seguimiento y por consecuencia intentar darle un enfoque familiar y comunitario. Generalmente llegan las personas más enfermas por lo que el Modelo de Atención Integral tampoco cabe en esta

unidad (se hace mención además a que los funcionarios del sector no son Médicos de cabecera).

- Ciclo Vital de los pacientes:

El periodo del ciclo vital en el cual es necesario recibir este tipo de prestación es hasta los 15 años como se dijo anteriormente, sin perjuicio de esto los pacientes que efectivamente reciben la prestación está entre los 4 meses y 10 años. La entrevistada realiza una descripción de los pacientes que reciben la prestación:

" Bueno nosotros tenemos todos los niños hasta los 15 años, pero principalmente vemos los de no sé de 4 meses hasta 10 años es el fuerte de los pacientes de nosotros, principalmente obviamente los como crónicos, los pacientes que están entre los 5 y los 9 años, ahí es los que más crónicos tenemos y a mí como Kine los que más me llegan son de 0 a 6 años, ahí es donde se concentra la parte aguda y sobre todo en época de invierno, pero los crónicos que son siempre son entre 5 y 9 y 5 y 10 más o menos la edad".

Según la Guía Clínica AUGE, Infección Respiratoria Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 años, en APS, dentro de las IRA bajas, las más frecuentes son los cuadros bronquiales obstructivos, que dan cuenta del 20% del total de consultas de morbilidad pediátrica en el país.

Los padres de estos niño/as son los encargados de estar al tanto de las vacunas y de las sintomatologías presentadas por los menores, por lo cual el enfoque debe ser siempre el cuidado familiar para prevenir enfermedades más graves.

- Proceso de Salud Enfermedad:

Las IRA son la principal causa de hospitalización en pediatría (DEIS, MINSAL 2011). De todos los fallecidos por IRA, sobre el 90% de los casos, la causa del deceso es la neumonía. En Chile, sigue siendo la principal causa de mortalidad infantil tardía evitable.

Para poder comprender de qué manera se manifiesta el proceso salud enfermedad en los usuarios IRA, se debe diferenciar entre pacientes crónicos

y agudos. Se establece que los pacientes llegan enfermos a esta unidad y cuando es menester recetar medicamentos y un tratamiento, la diferenciación guarda importancia pues si es un paciente agudo se deriva al funcionario médico de la unidad quien lo deriva finalmente al Kinesiólogo para que siga un tratamiento, cuando el paciente es crónico es producto de que ha tenido más de un episodio agudo durante el año, que esté crónico no significa que esté enfermo, solamente se le hace un seguimiento de la patología. Es decir la labor es de medicarlos cuando están agudos, pasan al Kinesiólogo a recibir un tratamiento en el caso de que sea más de un episodio agudo durante el año, el paciente pasa a ser crónico se hace el seguimiento del paciente crónico como una acción preventiva.



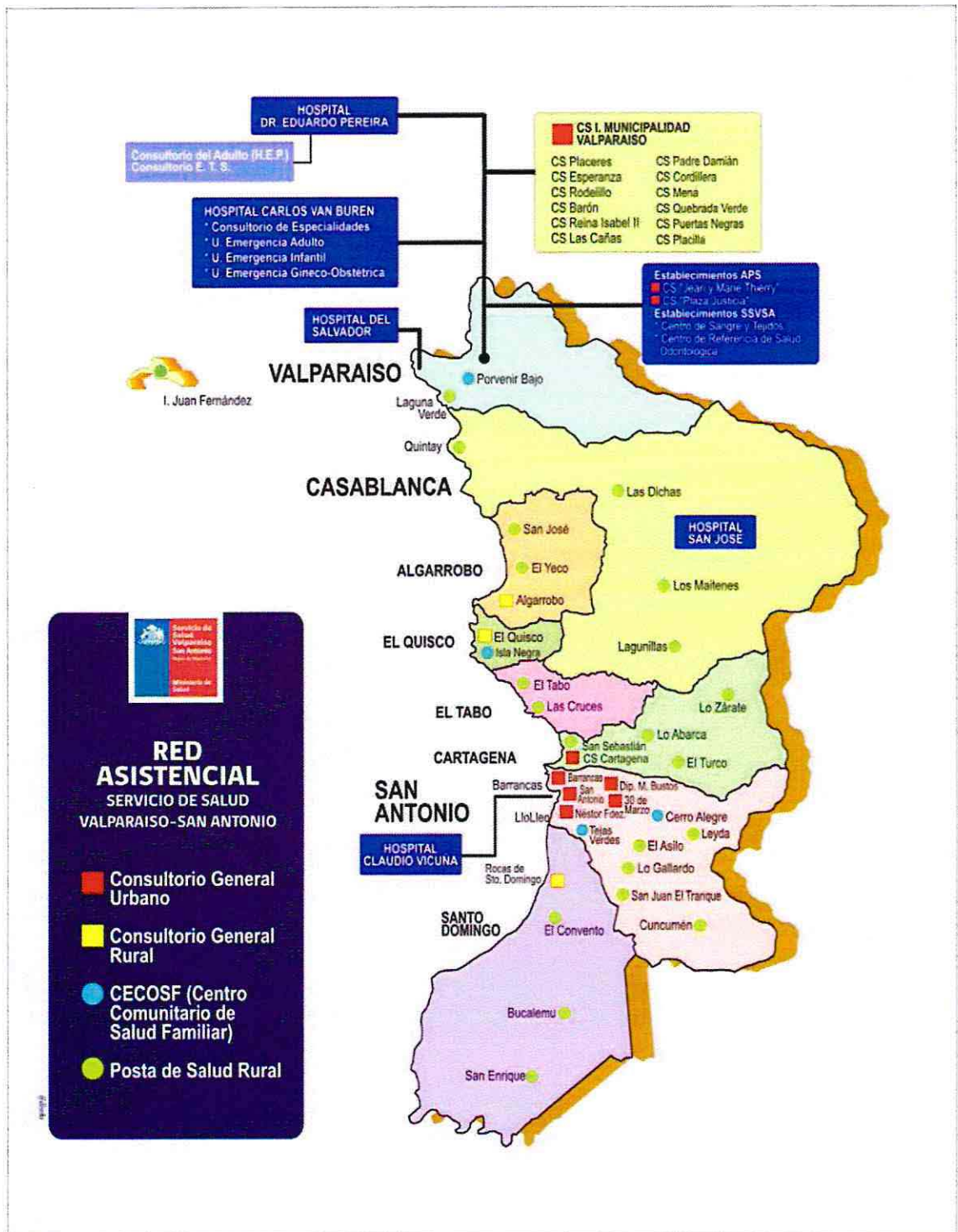
Fotografía N°21 Afiche informativo uso del inhalador.

- Derivación en la Red de Salud:

La forma en cómo funciona la derivación en la red de salud en lo que concierne a los pacientes IRA es por medio de dos canales: Una para el Kinesiólogo y otra para el Médico. Primero la derivación del paciente que se presenta con un cuadro agudo debe ser al médico quien posteriormente debe derivarlo al Kinesiólogo. Por ley no puede haber una atención directa al Kinesiólogo, siempre debe existir un Control Médico previo y posterior derivación. Funciona así la derivación tanto en esta misma red como en consultorio o postas.

En los casos en que la patología sea crónica o los cuadros agudos sean repetitivos y no exista una evolución en el paciente se debe recibir una atención en la Posta, explica este procedimiento la entrevistada:

"Si el asma es muy severa, tienen que seguir en control abajo, porque aquí está dividido como por canastas de medicamentos, por ejemplo aquí nosotros tenemos Budesonida para los pacientes y con eso se debería estabilizar la patología crónica del asma a un paciente leve o moderado, pero cuando ve que la Budesonida no le está haciendo efecto y sigue con sus crisis o con sus cosas más complicado, se deriva al poli de abajo y ellos cambian su canasta y ya no la tienen acá, la tienen abajo, hasta que el médico del polirespiratorio decide que el paciente logra estabilizarse".



Fotografía N°22 Mapa Red Asistencial SSVSA.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

La Calidad Científico Técnica es la capacidad que tienen los prestadores para abordar un problema de salud aplicando el nivel de conocimientos más avanzados. La formación que posee el Médico y la Kinesióloga de la unidad los faculta y habilita para la atención de los usuarios que acceden a esta prestación.

La evaluación de la gestión que se lleva a cabo en la unidad es muy buena debido a la vasta experiencia que posee el Médico IRA, además la adaptación a Avis, (Nueva plataforma virtual con la que trabajan los funcionarios del CESFAM) fue rápida, lo que agiliza la gestión de la unidad.

La manera que cree que se podría mejorar la atención de la unidad es por medio de una derivación directa del Kinesiólogo, la explicación es bastante lógica, el médico está una vez por semana lo que provoca una escasez de horas por lo tanto la demanda que tiene la Kinesióloga en la semana es bastante baja versus la demanda de horas que tiene el Médico que es bastante alta. A su vez los pacientes que no consiguen horas van a la posta y se contagian nuevamente, llegando a esta unidad más enfermos de lo que se encontraban. Sería una forma de tener un medio más expedito de atención pero cabe recordar que la ley prohíbe una atención directa de Kinesiólogo sin una previa supervisión de un Médico, quien en definitiva detecta la patología y receta los medicamentos correspondientes.

Existe un problema de accesibilidad referido a la posibilidad de obtener en tiempo y forma la atención sanitaria, se debiesen habilitar más horas médicas, para consultas de pacientes IRA.

Análisis Alimentos.



Fotografía N°23 Entrega de alimentos y leche.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Sujetos de Atención:

Conforme a la normativa legal que rige al PNAC (Programa Nacional de Alimentación Complementaria) La Ley 18.681 del 31 de Diciembre de 1987 que establece normas complementarias de administración financiera, de incidencia presupuestaria y personal. Ley que en su artículo 68 dice textualmente: "Declárese que los beneficios comprendidos en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria constituyen un subsidio estatal especial financiado con aporte fiscal. Corresponderá al Ministerio de Salud determinar los productos que conforman dicho programa, así como dictar las normas para su distribución. En estas normas y en su aplicación deberá otorgarse especial prioridad a los niños/as hasta los seis años de edad y a las mujeres gestantes y puérperas en riesgo biomédico y de escasos recursos, independientemente de su situación laboral o previsional o del régimen de atención de salud al cual se encuentren afectos".

El programa alimentario involucra a la población infantil, a las embarazadas, a los adultos mayores y a algunos grupos específicos de alto riesgo. El objetivo principal del programa continúa siendo mantener óptimo el estado nutricional de la población, desarrollo de la capacidad institucional en materia de promoción de estilos de vida saludable; incorporando en ésta, su primera etapa, a la mujer y al niño(a).

- Equipo de Salud:

Alimentos, está compuesto por una Nutricionista y una Técnica Paramédica, y entre sus funciones se encuentran el cumplimiento del beneficio correspondientes a los usuarios, tanto a los menores de Cero a Cinco años once meses y veintinueve días, a adultos mayores y a los usuarios pertenecientes al programa Chile Solidario y a las embarazadas, es una medida epidemiológica de protección para que se cumplan los controles.

Existe un entrelazamiento con los demás sectores y unidades transversales, ya que si no se cumplen los controles, a los niños no se les puede entregar la leche, tampoco si no se han vacunado y si las embarazadas tampoco los cumplen no se les pueden entregar sus respectivos alimentos.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

El Modelo entiende la salud como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. Este programa per se posee un Enfoque Familiar, las madres desde antes de dar a luz ya son beneficiarias, por lo que se podría decir que se ve favorecida ella y su hijo próximo a nacer, para los adultos mayores también existen bebidas lácteas y sopas.

A través de la entrega de leche y alimentos ponen al usuario y sus familias al centro de la toma de decisiones ya que se les reconoce como un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios.

- Ciclo Vital de los pacientes:

Uno de los objetivos de esta prestación es Servir de centro articulador para la intervención nutricional a través del ciclo vital, detectando, previniendo y controlando aumentos de peso excesivo en la población beneficiaria.

Los usuarios que pueden hacer uso de esta prestación fluctúan entre los cero y los cinco años once meses y veintinueve días, en el caso de los adultos mayores, ellos deben cumplir primero con su EFAM. También tienen acceso los prematuros de menos de mil quinientos gramos y/o treinta y dos semanas de gestación, se les entrega leche especial.



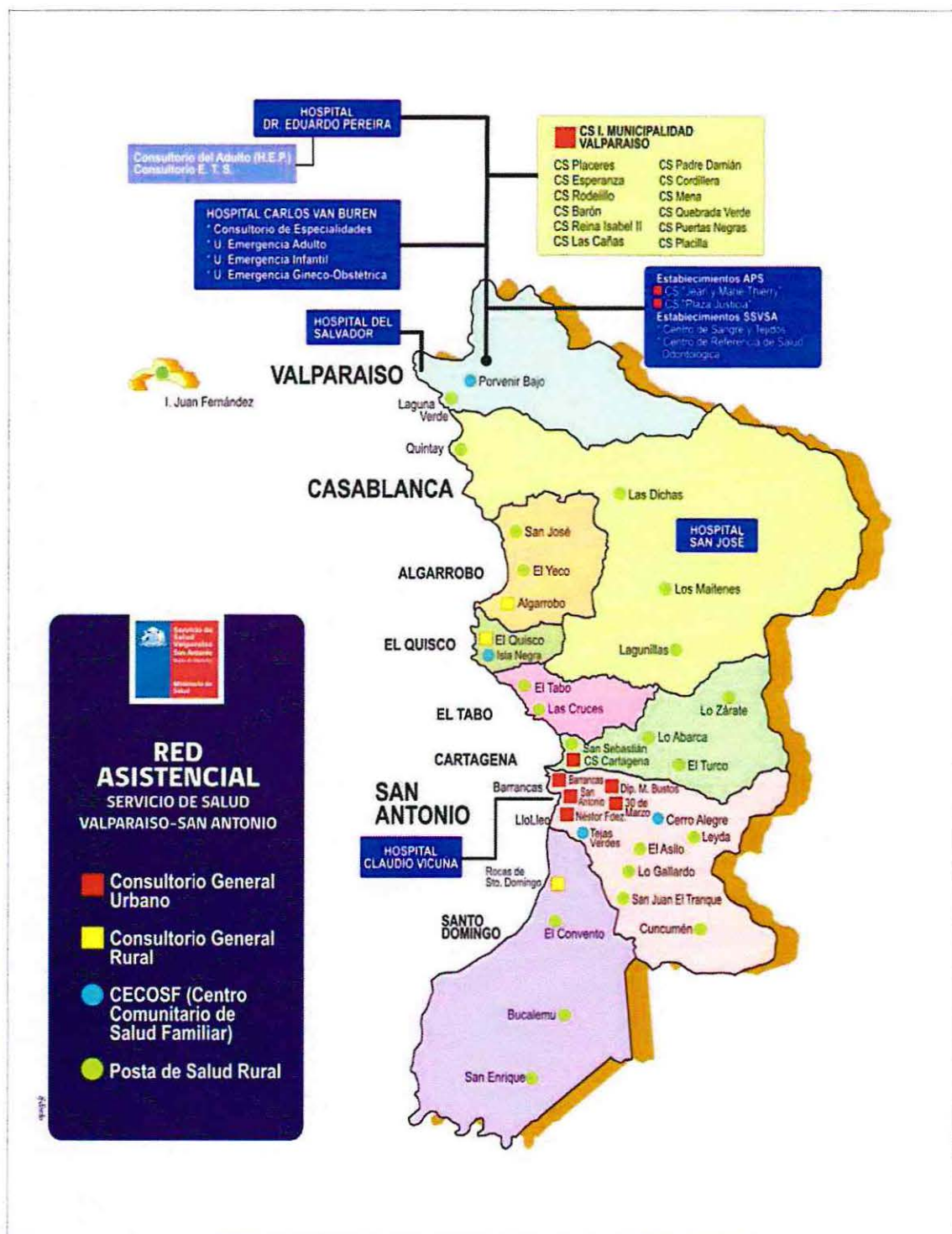
Fotografía N°24 Bebidas lácteas y crema.

- Proceso de Salud Enfermedad:

En relación al proceso salud enfermedad, se pretende contribuir a la prevención de enfermedades crónicas de alta prevalencia en el país, lo que forma parte de la estrategia de Intervención Nutricional en el Ciclo Vital y del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales del adulto mayor y mantener su funcionalidad física y síquica. Se logra entregando los alimentos y las leches en las fechas establecidas en los controles nutricionales destacando que el usuario y su entorno es el mayor responsable de la ingesta de estos alimentos.

- Derivación en la Red de Salud:

La derivación en la red de salud para los prematuros extremos, funciona a través de la coordinación con Neonatología de los Hospitales Bases, ellos mandan a los bebés prematuros informando a la Autoridad Sanitaria y ellos avisan a la Asistente Social y Enfermera para saber su domicilio.



Fotografía N°3 Red Asistencial SSVSA.

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

Según el Instituto de Medicina de EEUU;

“Calidad es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual...”.

La gestión es considerada buena, ya que esta se maneja bien, y no existen reclamos en la OIRS, existe un alto nivel de satisfacción del usuario, según palabras de la entrevistada:

“... Mira yo creo que la cosa más tácita que hay es que la Directora y ninguna Directora se ha preocupado, no porque no haya interés porque la persona responsable de Farmacia y Alimentos es la Directora, yo soy supervisora, pero ellos nunca se han preocupado porque saben que ésta Jefa de Alimentos va a estar ahí arreglando la situación.”.

La Jefatura de esta unidad posee una larga y vasta experiencia, ya que hace once años que ella se encuentra presidiendo este cargo.

Análisis Unidad Vacunatorio.



Fotografía N°26 Puerta box Vacunatorio.

El Programa Nacional de Inmunizaciones es el conjunto articulado de programas y medidas de salud pública que utilizan como herramienta las vacunaciones,

Estas pueden ser universales, focalizadas en grupos específicos, regulares según edades, estacionales o esporádicas.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Sujetos de Atención:

En concordancia con las disposiciones del MINSAL, plasmadas en el Programa Nacional de Inmunizaciones, la población objetivo se compone por todos los recién nacidos y niños del país, además de los adultos mayores, durante el 65° año de vida.

- Equipo de Salud:

El equipo de salud encargado de controlar las enfermedades inmunoprevenibles, acorde a las pautas del Programa Nacional de Inmunizaciones, está compuesto por la Enfermera a cargo y en este momento 3 Técnicos paramédicos, uno titular y dos que lo subrogan.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

El programa nacional de inmunizaciones posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

En el Vacunatorio es complicado encontrar el enfoque familiar y comunitario, cada sector del CESFAM conoce a su población y derivan a los pacientes que les corresponda atención, pero el Vacunatorio tiene más bien la visión de la persona a vacunar y no de su entorno. La mayor relación que podría tener, es que los padres acuden con más hijos y se les recuerda las demás vacunas para estos, pero en realidad resulta dificultosa la implementación del enfoque, porque es una unidad que más bien realiza procedimientos y no tiene mayor relación con el usuario.

- Ciclo Vital de los pacientes:

Según las normativas legales por las que se rige el MINSAL, las vacunas están destinadas para los niños en distintas edades a lo largo de su ciclo vital, anteriormente eran solo para los niños pero ahora se amplió a los adultos mayores, en distintas edades.

Plan Nacional de Inmunizaciones
Calendario de
VACUNACIÓN 2013

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Tuberculosis
2, 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
12 meses	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
1º Básico	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
3º Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
Adultos de 65 años	Neumocócica Polivalente	Enfermedades por Neumococo



Fotografía N° 27 Calendario de Vacunación 2013.

- Proceso de Salud Enfermedad:

Es una acción de prevención en salud, las vacunas pueden ser universales, focalizadas en grupos específicos, regulares según edades, estacionales o esporádicas. Se está previniendo una serie de enfermedades y otras para manejar ciertos brotes de alguna enfermedad, como una de las medidas adoptadas por el MINSAL para la Campaña de Invierno como la vacunación contra la W-135 y la influenza.

- Derivación en la Red de Salud:

En este caso la derivación ocurre al interior del Centro de Salud y son los sectores quienes se encargan de derivar a sus pacientes a Vacunatorio, las 13 vacunas que previenen enfermedades son:

- Tuberculosis.
- Difteria.
- Tos convulsiva.
- Tétanos.
- Hemofilus Influenza b.
- Hepatitis B.
- Poliomiелitis.
- Sarampión.
- Rubeola.
- Paperas.
- Influenza.
- Enfermedades por neumococo.
- Rabia.





Fotografía N° 28 Refrigerador de Vacunas

Gestión de Calidad.

- Gestión del Sector:

Uno de los 8 principios de la calidad según la norma 9000:2005 dice relación con el enfoque a sistema para identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. La entrevistada hace ver una serie de procesos que dificultan la optimización de los recursos, principalmente con el programa AVIS (plataforma virtual utilizada por los funcionarios del CESFAM), razón por la cual el estándar de calidad disminuiría, ella afirma respecto a la gestión de su unidad que:

“La verdad es que funciona bastante bien desde que el AVIS... Pero lo que pasa es que hay algunas inconveniencias de coordinación pero supuestamente con el AVIS se iban a terminar, pero se han demorado en implementarlo. Ahora en el AVIS hay un rubro en donde el profesional que atiende al niño puede pinchar la vacuna y ver la vacuna que le corresponde y de eso se enteraría el Vacunatorio de una manera más objetiva. Actualmente no se ha puesto en marcha pero antiguamente existía al llegar el AVIS nuestro plan era generar una orden de vacunación, supongamos yo atiendo a un niño y hago una orden que respalde que yo atendí a ese niño eso no existe, ahora es bien como digamos bien artesanalmente uno manda al paramédico con las fichas, es más uno no le anota, algunas teníamos la costumbre de ponerle primera dosis de vacuna, con eso se supone que ya se enterarían de vacuna estamos hablando, pero eso no es así. Afortunadamente ahora existe un registro nacional informático de vacunas en donde tu ingresas el RUT y salen todas las vacunas del niño, con eso se evitan un montón de errores porque a veces los niños se ponían la vacuna aquí y las mamas no se acuerdan... ahora es es mucho más simple y se ve cuando se la puso o en qué fecha, se puede ver el plazo de vacuna y vacuna. Eso está listo pero se tendría tenemos pendiente el tema de quien se hace responsable de la indicación de vacuna. Como por escrito. Se suponía que con el AVIS se iba a resolver, porque uno pinchaba y estaba listo.”

Resulta indispensable el capacitar a los funcionarios del Centro de Salud para que se familiaricen con AVIS y se le pueda hacer un buen uso al Software, la tecnología está al Servicio de las Ciencias y se debe aprovechar.

Análisis Unidad Dental.



Fotografía N°29 Box Dental.

Calidad en Atención Primaria en Salud.

- Sujetos de atención:

La atención otorgada por la unidad de Dental se distribuye entre los cuatro sectores de atención pertenecientes al CESFAM, según su edad, usted será atendido en los sectores de la siguiente forma:

- Pacientes de 6 años: Sector 4 Dental.
- Pacientes de 12 años: Sector 3 Dental.
- Pacientes embarazadas por primera vez: Sector 1 Dental.
- Pacientes embarazadas: Sector 2 Dental.
- Pacientes menores de 20 años: Sector que le corresponda atención, según su domicilio.
- Pacientes de 60 años o más: Sector 3 Dental
- Urgencias: Se solicita hora de atención en el SOME de Lunes a Viernes a las 15:30 horas.

- Equipo de Salud:

La Política de Salud Bucal está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considera además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.

El equipo de salud está compuesto por seis Odontólogos y Cinco Técnicos Paramédicos.

Las prestaciones que realiza la unidad son más que nada de tipo preventivo y promocional, atenciones recuperativas como restauraciones con amalgama o composite.



Fotografía N°30 Comando Dental.



Fotografía N°31 Sillón Dental.

La vinculación que posee la unidad con las demás transversales se ha ido incrementando en el último tiempo sobre todo con el SOME, en donde se coordinan las horas de atención, con las Matronas también existe un lazo gracias al programa Chile Crece Contigo. Afirma el Jefe de Dental que la relación con las enfermeras debiese ser más fluida para un mejor control del ingreso al Programa Niño Sano.

A nivel de atención primaria la tecnología utilizada por el Equipo de Salud de Dental está acorde a las expectativas de los usuarios que acuden a la unidad, con sillones dentales que han sido renovados hace pocos años.

Salud Familiar.

- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

La Salud Bucal es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida.

La visión del Departamento de Salud Bucal es que la población goce y valore una Salud Bucal que le permita mejorar su calidad de vida, con la participación activa de toda la sociedad. Su misión es integrar la Salud Bucal con eficacia, equidad y solidaridad a las políticas y estrategias de salud del país, con énfasis en la promoción y en la prevención.

Se desprende que el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario necesita para su óptima implementación, el compromiso de todos los participantes de los programas y de los distintos estamentos, con el conocimiento y definición de los funcionarios involucrados y sus roles de participación dentro de la unidad, enfocándose en las características etarias de la población.

- Ciclo Vital de los pacientes:

La atención otorgada por la unidad de Dental se extiende a lo largo de todo el ciclo vital de los pacientes, hasta antes de la gestación incluso ya que al educar a la madre, se promueve y se previene, las de tipo técnico, como son las restauraciones y extracciones, se dan desde los dos años en adelante.

- Proceso de Salud Enfermedad:

En cuanto al proceso salud-enfermedad en los usuarios de Dental, el jefe de la unidad manifiesta que:

“La mayoría de las personas vienen cuando tienen problemas... Eehh... No hay una cultura odontológica preventiva por parte de los pacientes. De a poquito se ha ido inculcando eso cuesta mucho, pero el... Generalmente los pacientes acuden al odontólogo cuando tienen dolor, o cuando tienen una molestia o se les salió la tapadura, pero muy pocos vienen a control salvo cuando nosotros se lo indicamos. Me refiero a que al paciente se le da de alta y siempre se le da un control, o sea nosotros terminamos el tratamiento sale de alta de 6 meses y se le da un control”

Por lo que se deduce que los pacientes difícilmente asisten a los controles ordinarios por voluntad propia y aún existen falencias en las estrategias provenientes del MINSAL, en donde se pone énfasis en la promoción y prevención de la Salud Bucal.



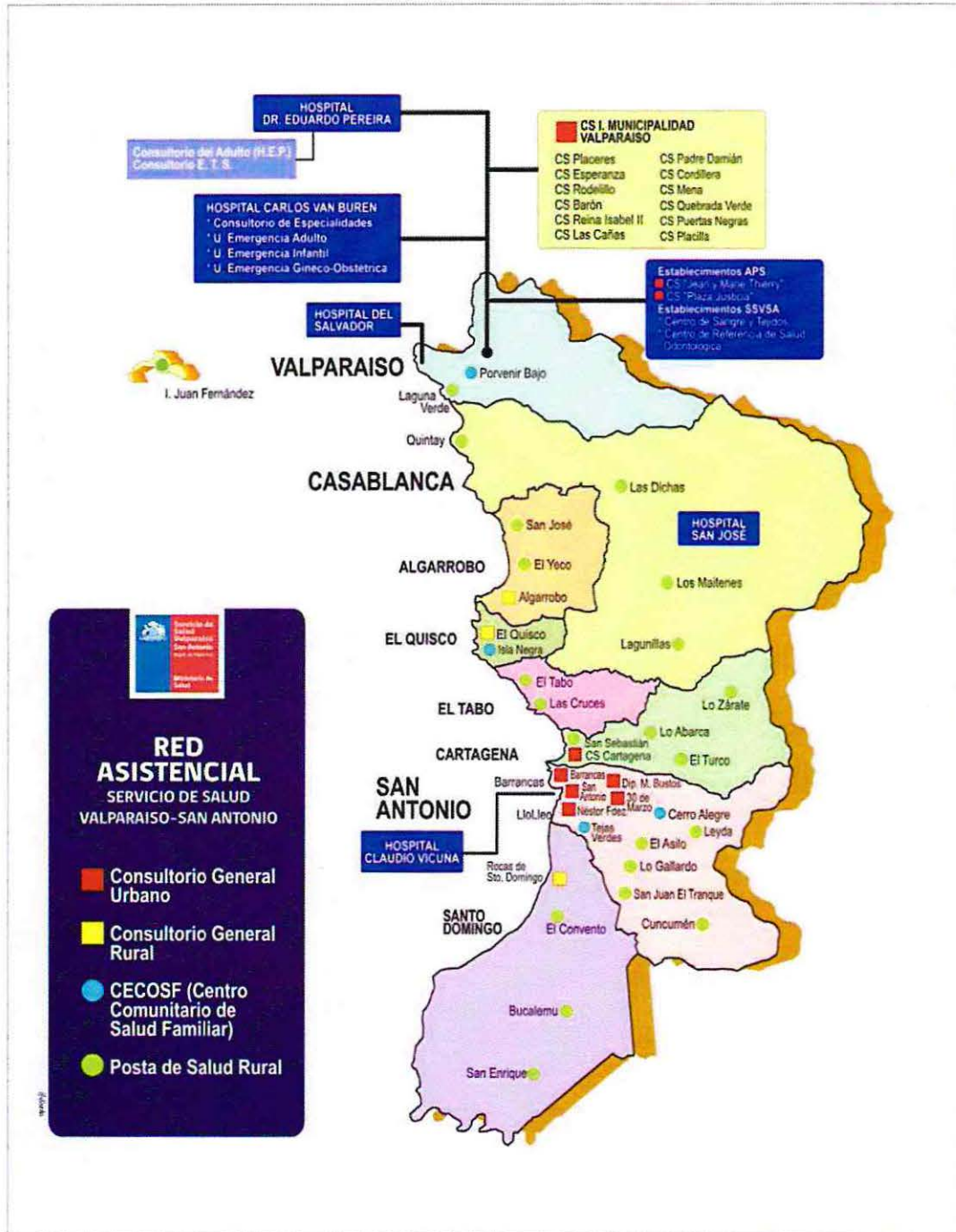
Fotografía 32 Afiche Informativo Dental

Se intenta en la Unidad de Dental fomentar los buenos hábitos de Salud Bucal, creando conciencia sobre la importancia del cuidado dental con información en las afueras y dentro de los boxes de atención.

- Derivación en la Red de Salud:

Desde la subsecretaría de redes tiene como propósito posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutiveidad y de la integralidad de la atención en base al Modelo con Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.

La derivación en la red de salud funcionan relativamente bien en casi todas las especialidades, salvo en cirugía, pacientes que son derivados al Hospital Van Buren, las demás que son enviadas al Centro de Especialidades Odontológicas funcionan cada vez mejor, los tiempos de espera han disminuido.



Fotografía N°33 Red Asistencial SSVSA.

Gestión de Calidad.



- Gestión del Sector:



Las normas ISO 9000 apuntan a dirigir la gestión de la calidad y son la base para el establecimiento de Sistemas de Gestión de Calidad. En la norma 9001 aparece la Metodología PHVA, desarrollada por Walter Shewart, la cual consiste en: Planear, hacer, verificar y actuar.

Para Dental, se puede llevar a cabo la metodología antes mencionada, pero sus principales falencias son la escasa comunicación entre los integrantes del Equipo de Salud y la inexperiencia en el cargo por parte del Jefe de la Unidad.


La evaluación de la gestión llevada a cabo por Dental, se dificulta por el poco tiempo que lleva la Jefatura de la unidad, aunque se cree que con mayor compromiso y participación se pueden lograr cambios además de una mejor relación con las demás unidades.

Análisis Transversal Sectores y Unidades Complementarias.

Síntesis	
CESFAM Jean & Marie Thierry	
Salud Familiar.	
Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario 	Se implementa el modelo en sus aspectos: cobertura a lo largo del ciclo vital, atención del proceso salud enfermedad y derivación en la red de salud. Entrega dificultosa del enfoque de salud integral dificultoso por el gran número de usuarios Constantes cambios de sector de los pacientes, no permite conocimiento acabado de estos y sus familias.
Ciclo Vital de los pacientes 	Los programas que ofrece el CESFAM, apuntan al desarrollo físico, psíquico y social de la población, durante todo el ciclo vital de los usuarios.

<p>Proceso de Salud Enfermedad</p> 	<p>Promoción de estilos de vida saludable desde CESFAM. No existe conciencia preventiva en los usuarios. Atención de salud marcadamente paliativa.</p>
<p>Derivación en la Red de Salud</p> 	<p>Coordinaciones frecuentes: Consultorio de Especialidades, Hospital Carlos Van Buren y Hospital Eduardo Pereira.</p>

Esquema N° 11 Síntesis Salud Familiar

<p>Síntesis</p>	
<p>CESFAM Jean & Marie Thierry</p>	
<p>Gestión de Calidad</p>	
<p>Gestión de los sectores y unidades transversales</p> 	<p>La evaluación es positiva, hay profesionales especializados que promocionan, previenen, tratan y rehabilitan para cumplir con los compromisos de gestión establecidos por el SSVSA. Se visualiza en un protocolo, un avance significativo en temas de planificación y organización.</p>
<p>Principios, normas y metodologías.</p>	<p>Se cumplen los 8 principios de la calidad. Conforme a las normas ISO 9000 se establece un Sistema de Gestión de Calidad. Se adopta la metodología PHVA para gestionar los procesos.</p>

Esquema N°12 Síntesis Gestión de Calidad

<p>Síntesis</p> <p>CESFAM Jean & Marie Thierry</p> <p>Calidad en Atención Primaria en Salud.</p>	
<p>Territorio</p> 	<p>El territorio se divide en 4 sectores correspondientes al plan de la ciudad y los Cerros; Merced, El Litre, La Cruz, Monjas y Mariposa.</p>
<p>Sujetos de atención</p> 	<p>Existen 13.774 familias inscritas, de las cuales cerca del 70% son usuarios activos, que en su mayoría pertenecen a los grupos etarios más vulnerables, con escasa participación comunitaria, prevención y promoción en salud.</p>
<p>Equipo de Salud</p> 	<p>Dotación conforme al Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Estatuto Administrativo por el Decreto de Ley N° 2.763 y sus modificaciones.</p>
<p>APS</p> 	<p>Se entregan prestaciones referentes a los programas del MINSAL. Encuestas indican que los pacientes están conformes con la atención y el trato recibido Cuenta con una infraestructura moderna y cómoda.</p>

Esquema N°13 Síntesis Calidad en APS.

4.2 Protocolización de los procesos de atención realizados por los sectores 1, 2, 3, 4 y unidades complementarias del CESFAM Jean & Marie Thierry.

**PROCOLOS VALIDADOS POR EL
EQUIPO DE SALUD.**

PROTOCOLO DE VISITA DOMICILIARIA MÉDICA INTEGRAL.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	Directora del CESFAM JMT	Directora del CESFAM
Unidad OIRS		Encargada de la unidad OIRS
Alumno Seminarista	Encargada de la unidad OIRS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	2
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	3 - 4
Desarrollo.....	4 - 6
Sistema de evaluación.....	6
Distribución.....	6
Responsabilidad del encargado.....	6
Anexos.....	7 - 8
Actualización del documento.....	9

- **Objetivo**

Conocer y evaluar las características de la funcionalidad familiar, el hogar y el entorno.

Detectar las necesidades y recursos de la familia, identificando las redes del grupo familiar y caso índice.

Entregar atención sanitaria directa en procesos crónicos agudizados.

Fomentar el autocuidado en el paciente y su entorno.

- **Alcance**

Este protocolo rige para todos los médicos que ejercen sus funciones en el CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución**

Médicos pertenecientes los cuatro sectores del CESFAM

- **Documentación de Referencia**

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.

Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

Atención domiciliaria:

Es la atención entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor, actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados. Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera ser negociado y concordado con la familia y no impuesto desde el equipo de salud.

Equipo de Salud:

Es un grupo de personas con saberes y funciones diferentes, que comparten un mismo objetivo, brindando un servicio de salud más eficiente y efectivo.

Jefe de Sector:

Es el encargado de coordinar las funciones del equipo de cabecera compuesto por Médico de Salud Familiar, Enfermera y Técnico Paramédico.

Visita domiciliaria integral:

Se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial

continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

- **Desarrollo.**

La visita médica integral consta de cuatro etapas que son; programación, planificación, ejecución y evaluación.

Programación:

El Médico en conjunto con el Equipo de Salud debe identificar las familias en riesgo y el número de visitas.

Clarificar cuales serán los funcionarios que efectúen la visita.

Se debe elegir en forma estratégica el momento más adecuado para efectuar esta actividad, de modo de mantener y reforzar la relación de continuidad en la forma más eficiente posible.

Planificación:

Se debe clarificar el motivo de la visita y darse el tiempo necesario para recolectar todos los antecedentes.

Fijar los objetivos y diseñar una pauta de observación.

Seleccionar los instrumentos a utilizar (Genograma, Apgar familiar, Ecomapa, etc.)

Se debe obtener el consentimiento de la familia, tomar todas las medidas de la confidencialidad y precisar día, fecha y hora.

Que la familia tenga muy claro el beneficio que va a obtener con la visita para que no queden con la sensación de que expusieron su intimidad para nada.

Ejecución:

El médico en conjunto con el Equipo de Salud se dirige hacia el hogar, momento en el que puede observar las características del sector: el estado del tráfico, la disposición de las basuras y otros servicios básicos, cómo se viste la gente, cómo y cuánto habla, cómo utiliza el espacio público, el grado de seguridad, el nivel de contaminación, así conocerá el marco de protección, cuidado, socialización y satisfacción de necesidades en el que se desenvuelve esta familia en su proceso de salud o enfermedad.

Una vez dentro el hogar, además de realizar los exámenes de rigor, debe observar, nuevamente, los elementos estructurales y relacionales y entre los segundos, un elemento clave es quién abre la puerta, quién espera y recibe al equipo de salud, quién lo saluda y cuál es la actitud de todos los miembros de la familia allí se va creando el clima de confianza y el acercamiento necesario para entrar en temas de mayor profundidad.

El facultativo realiza un examen clínico completo, incluida la anamnesis y el examen físico, aproximación diagnóstica y tratamiento del paciente, según sea el caso

Desde el punto de vista estructural, la casa refleja la vida de la familia, a través del orden, luminosidad, si los objetos, son del pasado o futuristas, se puede relacionar con la etapa del ciclo vital que vive esa familia, se debe analizar el color, el olor, las fotos, los adornos, los cuadros, el uso del espacio; se debe tomar contacto con la vida íntima de la familia, ver dónde acostumbran sentarse; no es lo mismo hacerlo en el patio, en el living o en la cocina; ver qué pasa con las puertas cerradas, qué dicen esos lugares prohibidos que suelen tener las familias; es útil hacer la visita alrededor de la hora de una comida, para ver la mesa y fijarse en los puestos, lo que habla de la jerarquía familiar, ver quién se sienta a la cabecera, si comen con el televisor encendido, cómo se da el proceso de comunicación, si comen todos juntos, cómo son los ritos y rutinas.

En lo relacional, es fundamental observar la dinámica familiar; quién habla, quién calla, quién autoriza, quién manda. Esto es importante en caso de sospecha de abuso sexual, violencia y/o maltrato en general.

Hay que ver quién colabora, quién está ausente y dónde está ese ausente, quién es el cómico y quién es el que rompe el clima de tensión; esa persona será un aliado muy importante a la hora de realizar una intervención. Ésta es la oportunidad para fortalecer los factores protectores y para esto hay que recurrir al refuerzo positivo, felicitando a los integrantes de la familia por haber incorporado medidas de autocuidado, protección y prácticas saludables, aunque sean elementales.

Con los factores de riesgo: se debe señalar el problema y empezar de inmediato a negociar la búsqueda de soluciones prácticas.

Se debe aplicar un enfoque anticipatorio de eventos previsible y, por supuesto, apoyar a los cuidadores para actuar, en términos de lograr mayor accesibilidad.

Se debe trabajar el tema de los satisfactores en la práctica cotidiana como un elemento para potenciar

solución de conflictos, identificar los roles de cuidado y señalar conductas de resiliencia. Finalmente, es importante no apurar la despedida y fijarse quién sale a despedir al equipo; muchas veces es el que no pudo hablar adentro y va a aprovechar esta salida para entregar datos muy importantes: un temor, una confesión, un dato perdido.

Se realiza el registro en tarjeta familiar y aplica instrumentos de salud familiar, según sea el caso.

Evaluación y Registro:

La evaluación de la visita comienza cuando el Equipo de Salud se retira.

El Médico en conjunto con el Equipo de Salud se deberá reunir para analizar los datos obtenidos y extraer conclusiones.

El Médico debe elaborar una descripción y evaluación de la actividad. Con todo esto se deberá elaborar una hipótesis acerca de los problemas y sus posibles soluciones, hipótesis que se deberá confrontar con los demás integrantes del equipo y, posteriormente, con la familia.

Todo esto se debe registrar en la Ficha Clínica perteneciente al grupo familiar y además en la plataforma virtual AVIS.

La etapa de registro asegura la continuidad y el contacto del próximo encuentro, proporciona una relación permanente y documentada de la acción realizada del equipo de salud y permite programar la investigación y acciones futuras.

- **Sistema de Evaluación.**

Los Médicos y Jefes de Sector podrán supervisar el cumplimiento de este protocolo utilizando la Tarjeta de Registro Familiar

- **Distribución.**

Dirección del CESFAM JMT
Jefes de Sector
Equipos de Cabecera.

- **Responsabilidad del encargado**

Jefes de Sector

- **Anexos**

Tarjeta de Registro Familiar.

PROTOCOLO INASISTENCIA MÉDICA.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Unidad OIRS Alumno Seminarista	Directora del CESFAM JMT	Directora del CESFAM JMT
	Jefa SOME	Jefa SOME
	Estamento médico	Estamento médico
	Encargada OIRS	Encargada OIRS
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	3
Desarrollo.....	4
Sistema de evaluación.....	4
Distribución.....	4
Responsabilidad del encargado.....	4
Anexos.....	4
Actualización del documento.....	5

- **Objetivo**

Clarificar el proceso de atención de los pacientes que acuden al CESFAM y el médico con el que fueron citados, no se encuentra en el Centro de Salud.

- **Alcance**

Este protocolo rige para todos los Médicos que ejercen sus funciones en el CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución**

Médicos del CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Documentación de Referencia**

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.

Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

SOME:

Significa Servicio de Orientación Médica y Estadística y es la puerta de entrada a todos los usuarios para ser beneficiario de las prestaciones que entrega el CESFAM Jean & Marie Thierry y tiene como función principal asignar y coordinar las citas de los usuarios con los diferentes profesionales que trabajan en el Centro de Salud, con el fin de mantener una buena organización con relación al funcionamiento del recinto y así poder satisfacer las necesidades de los usuarios.

OIRS:

Significa Oficina de Información Reclamos y Sugerencias, es un espacio de participación ciudadana cuya finalidad es garantizar el derecho de los usuarios a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar, acerca de las diversas materias en salud, retroalimentando la gestión de las reparticiones públicas.

- **Desarrollo.**

Ante la ausencia de un Médico las pautas de acción son las siguientes:

- Si el Médico avisa el mismo día sobre su ausencia, su listado de pacientes crónicos debe ser redistribuido en el de los demás Médicos, en la medida en que sus agendas lo permitan. Los pacientes con horas de morbilidad, serán citados nuevamente en los días posteriores.
- Avisar en el SOME y OIRS y sectores, para que en el caso en que los pacientes requieran información sobre su situación y eventuales próximas citaciones, estos pudiesen tener una información clara al respecto.
- Si el Médico avisa con anticipación su ausencia, debe dejar las recetas de los pacientes citados en su ausencia.

- **Sistema de evaluación.**

Registro de asistencia.

Informes de presentaciones ciudadanas de felicitaciones, sugerencias y reclamos con relación a las ausencias médicas, responsabilidad de la OIRS

- **Distribución.**

Directora del CESFAM JMT.

Funcionarios del CESFAM.

Administrativos.

- **Responsabilidad del encargado**

Dirección del CESFAM.

Jefes de sectores

- **Anexos**

No aplica.

- **Actualización del documento**

PROTOCOLO ATRASADOS.

PACIENTES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Unidad OIRS	Directora del CESFAM JMT	Directora del CESFAM
Alumno Seminarista	Jefa SOME	Jefa SOME
	Encargada OIRS	Encargada OIRS
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	3
Desarrollo.....	3
Sistema de evaluación.....	4
Distribución.....	4
Responsabilidad del encargado.....	4
Anexos.....	4
Actualización del documento.....	5

- **Objetivo.**

Clarificar el proceso de atención de los pacientes que se presenten en el CESFAM con atraso respecto a la hora previamente indicada en su citación

- **Alcance.**

Este protocolo rige para todos los Equipos de Salud que ejercen sus funciones en el CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución.**

Equipos de Salud del CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Documentación de Referencia.**

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.
Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

Equipo de Salud: Comprende a los Equipos de Cabecera, Equipos de Salud Dental y demás unidades transversales.

Atraso: Se considera atrasado un paciente que llegue a buscar su atención después de 5 minutos pasados desde su hora de citación.

- **Desarrollo.**

El Equipo de salud debe esperar a sus pacientes hasta 5 minutos luego del horario en el que fueron citados.

En el caso de que un paciente llegase atrasado y su demora sea inferior a 5 minutos desde su hora de citación, este deberá igualmente ser atendido por el Equipo de Salud.

Si el paciente llega después de los 5 minutos de atraso otorgados y quiere ser atendido, deberá esperar que se ausente otro usuario y se genere un cupo de atención, de no suceder lo anterior, el paciente deberá solicitar una nueva hora de atención.

El profesional de todas maneras deberá explicar el motivo por el cual el paciente no será atendido como corresponde, momento en el cual puede revisar la ficha clínica del paciente, entregar recetas médicas.

En el caso de los pacientes de morbilidad, el Técnico Paramédico preguntará el motivo de atención para que el Equipo de Salud evalúe el procedimiento a seguir

En el caso de situaciones excepcionales, las pautas de acción quedarán a criterio del Equipo de Salud

Los pacientes deben estar informados sobre las pautas del presente protocolo, esta información debe ser; suficiente, oportuna, veraz, comprensible, en forma visual, verbal o por escrito.

- **Sistema de evaluación.**

Informes de presentaciones ciudadanas de felicitaciones, sugerencias y reclamos con relación a las ausencias médicas, responsabilidad de la OIRS.

- **Distribución.**

Directora del CESFAM JMT.

Funcionarios del CESFAM.

Administrativos.

- **Responsabilidad del encargado.**

Equipo de Salud.

- **Anexos.**

No aplica.

PROTOCOLO PÉRDIDA DE CARNET CARDIOVASCULAR.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Unidad OIRS Alumno Seminarista	Directora del CESFAM JMT Jefa Programa Cardiovascular Encargada de la unidad OIRS	Directora del CESFAM JMT Encargada OIRS
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	3
Desarrollo.....	3
Sistema de evaluación.....	4
Distribución.....	4
Responsabilidad del encargado.....	4
Anexos.....	5
Actualización del documento.....	6

- **Objetivo**

Clarificar el procedimiento para otorgar atención a pacientes crónicos que extravían su Carnet de Programa Cardiovascular.

- **Alcance**

Este protocolo rige para todo el Equipo de Salud que ejerce sus funciones en el CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución**

Sectores de atención del CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Documentación de Referencia**

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.

Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

Carnet del Programa Cardiovascular:

Documento en el cual se registran los datos de pacientes crónicos que asisten al CESFAM. Es una herramienta para el cuidado de la salud de los usuarios ya que con él, pueden seguir más cercanamente el control de sus enfermedades. Su principal función es registrar los datos de los usuarios, fechas de controles, de medicamentos, alimentos e indicaciones médicas.

- **Desarrollo.**

Si un usuario requiere atención y ha perdido su Carnet del Programa Cardiovascular, debe dirigirse a su sector de atención para solicitar uno nuevo.

Es deber del Equipo de Salud del sector, proporcionarle al paciente un nuevo Carnet del Programa Cardiovascular.

Se establece un límite de dos pérdidas de carnet al año, luego de la segunda pérdida el paciente deberá coordinar con la OIRS la tramitación de un nuevo Carnet de Programa Cardiovascular.

Es responsabilidad del Técnico Paramédico asegurarse de registrar nuevamente los datos, diagnósticos, fechas de controles, entregas de medicamentos, alimentos e indicaciones del paciente.

- **Sistema de evaluación.**

Planilla de registro de carnets perdidos (OIRS)

Informes de presentaciones ciudadanas de felicitaciones, sugerencias y reclamos con relación a pérdidas de Carnet de Programa Cardiovascular, responsabilidad de la OIRS.

- **Distribución.**

Directora del CESFAM JMT.

Funcionarios del CESFAM.

Administrativos.

- **Responsabilidad del encargado**

Jefes de sectores.

- **Anexos**



CARNET DEL PROGRAMA CARDIOVASCULAR



Cuide este carnet que tiene su historia de salud.
Llévelo cada vez que acuda al Centro de Salud.

- Actualización del documento

Planilla de actualización de documento

Nº Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en	Nº de Documento



PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	Directora del CESFAM JMT	Directora del CESFAM JMT.
Unidad OIRS	Encargada de Programas Alimentarios	Jefes de Sectores
Alumno Seminarista	Encargada de la unidad OIRS	Encargada de la unidad OIRS
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	4
Desarrollo.....	4 - 6
Sistema de evaluación.....	6
Distribución.....	6
Responsabilidad del encargado.....	6
Anexos.....	7 - 9
Actualización del documento.....	10

- **Objetivo :**

- Promover la lactancia materna, mediante la entrega de educación y apoyo nutricional a la gestante y a la mujer que amamanta

Contribuir a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles desde las primeras etapas de la vida, mediante educación nutricional y entrega de alimentos adecuados a cada etapa del desarrollo.

- Contribuir con la detección y control de los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad física y síquica del adulto mayor.

- Promover en los Centros de Atención Primaria de Salud, una modalidad de trabajo integral con el adulto mayor, con participación de un equipo de salud multidisciplinario, la familia y las organizaciones de la propia comunidad

- **Alcance**

Este protocolo rige para la Nutricionista y Técnico Paramédica vinculadas a los Programas Alimentarios del CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución**

Encargada Programa de Alimentación.
Técnico Paramédica Programa de Alimentación.

- **Documentación de Referencia**

Marco legal PNAC Prematuros: Resolución Exenta 386 de 9 de Febrero del 2004.

Marco Legal PACAM: Resolución Exenta N° 620 del 04 Abril de 2001.

Manual de Programa Alimentario.

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.

Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC):

Es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a niños/as menores de 6 años, niños con peso de nacimiento menor de 1.500 g y/o menos de 32 semanas de gestación, niños y adolescentes con enfermedades metabólicas, gestantes y madres que amamantan.

La entrega de los beneficios se realiza a través de los establecimientos de la Red de Atención Primaria de Salud y de otros establecimientos en convenio con el Ministerio de Salud.

El PNAC cumple con el propósito de lograr un desarrollo adecuado del embarazo, una lactancia exitosa durante los primeros meses de vida del niño, un desarrollo y crecimiento normal del niño.

Como a su vez contribuir a mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de los niños prematuros.

Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM):

El PACAM es un conjunto de actividades de apoyo alimentario-nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, en los Establecimientos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Su propósito es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del Adulto

Mayor, como también aminorar las brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar la calidad de vida de éstos.

Bebidas Lácteas:

Son alimentos de consistencia fluida, que son obtenidas a partir de la mezcla entre leche fermentada y otros derivados lácteos e ingredientes tales como el suero de leche, entre otros. Pese a que las bebidas lácteas e ingredientes tales como el suero de leche fermentada, no significa que tengan menor contenido nutricional, ya que también aportan nutrientes como el calcio y la proteína, que son importantes para el mantenimiento y restauración de diferentes tejidos corporales. Además, tiene como ventaja su baja consistencia que ofrece una sensación refrescante al consumirlas

- **Desarrollo.**

Los Programas Alimentarios poseen cobertura universal, por lo tanto, pueden hacer usufructo de ellos, usuarias/os que pertenezcan a la jurisdicción del CESFAM que cotizan otro plan de salud. Tienen derecho a retirar sus alimentos mostrando previamente documentación, en el caso de las embarazadas; el formulario de estado nutricional emitido por la Matrona y en el caso de los niños de hasta 5 años 11 meses y 29 días, un certificado de Enfermera o Pediatra.

Programa de Alimentación Complementaria.

En caso de niños/as, los alimentos entregados son un adicional de producto lácteo y/o Mi Sopita, y para las gestantes y madres que amamantan un adicional de producto lácteo.

En el caso de enfermedad celiaca o excepciones en la distribución

Se autoriza la entrega de Leche Purita Fortificada hasta los 5 años 11 meses 29 días, a los niños y niñas portadores de enfermedad celiaca con certificación del profesional gastroenterólogo ó biopsia que acredite y confirme la patología.

Las excepciones en la distribución deberán ser consultadas formalmente a nivel central previo al estudio formal (informe social, médico) a nivel local.

PNAC Prematuros.

Los beneficiarios de este programa son recién nacidos con menos de 1500 g y/o menos de 32 semanas de gestación) egresados desde las Unidades o Servicios de Neonatología Públicos o Privados. La entrega de beneficios de este subprograma

está condicionada al cumplimiento de las acciones de salud establecidas por el "Manual del Programa de Prematuros" y a la presentación del formulario PNAC prematuro que especifica el producto y las cantidades que retirarán.

El PNAC para Prematuros distribuye productos lácteos especiales para la condición biológica de estos niños/as y entrega de Bebida Láctea Purita Mamá a las madres que mantienen lactancia materna exclusiva y/o predominante hasta los 6 meses de Edad Gestacional Corregida (EGC).

Cuando el niño/a prematuro está hospitalizado (tras su nacimiento) y previo al alta, la madre tendrá derecho a retirar Bebida Láctea Purita Mamá, en el establecimiento donde se realizó su control de gestante. Para ello se requiere que el profesional a cargo del Programa Alimentario del Centro de Salud acredite la condición de lactancia actual del niño/a prematuro.

Cada vez que se haga entrega de Bebida Láctea Purita Mama se deberá evaluar la situación de lactancia materna para cada caso, determinando la cantidad necesaria de Bebida Láctea Purita

Mama según:

- Lactancia materna exclusiva.
- Lactancia materna predominante: recibe más del 50% de leche materna.

Cómo determinar la situación de Lactancia Materna:

Estimar producción de leche por cuantificación de extracción o por pesada antes y después de mamar.

Volumen requerido de alimentación: aproximadamente 200ml/kg/día

Restar volumen estimado leche materna al total requerido para calcular necesidad de fórmula.

Entrega de Alimentos PNAC Prematuro:

Después de inscribir al niño en el CESFAM Jean & Marie Thierry, estará en condiciones de retirar los productos del programa.

Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.

El Programa distribuye dos kilos mensuales de un alimento instantáneo (precocido) elaborado en base a cereales, leguminosas y/o leche, enriquecido con vitaminas y minerales. Este producto puede ser consumido como una sopa o papilla caliente, o puede emplearse combinado con otros alimentos en diversas preparaciones, algunas de las cuales se sugieren en un recetario preparado con la colaboración de los propios beneficiarios. Una ración de 50 gramos del alimento seco aporta aproximadamente el 25% de las necesidades de los principales micronutrientes. La precocción tiene como fin reducir la manipulación y disminuir el gasto en combustible, por tratarse de un Programa dirigido a los grupos de menores ingresos.

Nota: Según el ordinario 1457 emitido el 9 de Octubre de 2012, el Secretario Regional Ministerial de Salud, con el antecedente de resolución MINSAL N° 409 del 28 de Junio de 2012, indica lo siguiente: "Citar para la próxima entrega de alimentos, dejando registrado en el documento de control de salud y en registro manual o electrónico de entrega de productos del Programa Alimentario dicha citación debe

PROCOLOS EN ESPERA DE
APROBACION DEL EQUIPO DE SALUD

PROCOLO CONTROL NIÑO SANO DE ENFERMERA.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Unidad OIRS	Directora del CESFAM JMT	Directora del CESFAM JMT
Alumno Seminarista	Encargada de la Unidad OIRS	Encargada OIRS
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	3 - 4
Desarrollo.....	4 - 10
Sistema de evaluación.....	11
Distribución.....	11
Responsabilidad del encargado.....	11
Anexos.....	12 - 13
Actualización del documento.....	14

- **Objetivo**

Evaluar el crecimiento y desarrollo integral del niño o niña, corroborando que este se realice de forma normal de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo vital

- **Alcance**

Este protocolo rige para todas las enfermeras que ejercen sus funciones en el CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución**

Enfermeras del CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Documentación de Referencia**

Norma Administrativa del Programa Nacional de Salud en la Infancia.

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.

Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

DSM:

El desarrollo psicomotor es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso incluye aspecto como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo, que está relacionado con la autoestima. A través de la manipulación de objetos y el dominio del espacio a través de la marcha, el niño va adquiriendo experiencias sensoriomotoras que le permitirán construir conceptos, que se traducirán ideas y desarrollarán su pensamiento, su capacidad de razonar.

Escala de Edimburgo:

Tiene como objetivo la detección de signos tempranos de depresión post parto en la madre durante el Control de Salud del niño o la niña a los 2 y 6 meses de edad.

EEDP:

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor permite pesquisar a niños y niñas que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotriz, con el fin de intervenir junto con sus familias, mediante acciones de recuperación que contribuyan al logro de un desarrollo normal.

TEPSI:

El test de desarrollo psicomotor Es un instrumento de evaluación de niños preescolares, que mide tres áreas básicas del desarrollo infantil: coordinación, lenguaje y motricidad.

- **Desarrollo.**

Primer Control: Se realiza a los 15 días de nacido el niño o niña.

Se deben reunir los implementos necesarios para la atención del menor y registros (fichas, formularios, folletos, etc.)

La enfermera mide parámetros antropométricos y se realiza un examen físico general y segmentario, evaluando el incremento del peso diario.

Se encarga de fomentar el apego y la estimulación del DSM

Se lleva a cabo el Taller de Lactancia Materna.

Se verifica la hora de control del mes **y se entregan citaciones de taller Chile Crece Contigo (CHCC).**

Segundo Control: Se realiza a los 2 meses.

Se deben efectuar el examen físico céfalo caudal y control de peso, talla y perímetro craneal, (énfasis en fontanelas, reflejos, piel, mucosas e higiene corporal).

Se aplica la Escala de Edimburgo, pauta bucodentaria y score IRA.

La enfermera fomenta la lactancia materna y el vínculo con el niño o niña, además apunta al DSM, indicando que se le debe hablar, cantar, tocar, masajear, mover sus extremidades, etc.

Debe incentivar la limpieza bucal y corporal.

Educar sobre enfermedades IRA y posibles accidentes.

Derivar a Vacunatorio (Vacuna Pentavalente, Sabin y Synflorix).

Se entrega citación para Médico y control de 3 meses.

Tercer Control: Se realiza a los 4 meses.

Anamnesis sobre estado de salud actual.

Se realiza el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, (verificar fontanela posterior cerrada).

Se fomenta la lactancia materna exclusiva, incorporando horarios para ésta.

Se realizan indicaciones para la estimulación del DSM, juegos entre padres y hermanos, móviles y juguetes al alcance de sus manos, cantar y tocar instrumentos musicales, ayudar a sentarlo/a con apoyo y paseos en coche.

La enfermera debe aplicar pauta breve, bucodentaria, Escala de Massie Campbell y score IRA.

Revisión de Radiografías de Caderas.

Derivar a Vacunatorio (Vacuna Pentavalente, Sabin y Synflorix).

Se entrega citación para Nutricionista y control de 5 meses.

Cuarto Control: Se realiza a los 6 meses.

Se realiza el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal (énfasis en boca, erupción dentaria).

La Enfermera entrega pautas de alimentación, se incorpora la primera comida más postre de fruta.

Se realizan indicaciones para la estimulación la motricidad gruesa en el DSM, se recomienda sentarlo/a en el suelo con cojines alrededor, enseñarle a imitar gestos, despedirse agitando la mano o esconderse, usar juguetes de colores brillantes, bloques y figuras de madera.

Se aplica Escala de Edimburgo (Si no está alterada a los 2 meses), pauta bucodentaria y score IRA.

Derivar a Vacunatorio (Vacuna Pentavalente, Sabin).

Se entrega citación para Enfermera control de 8 meses.

Quinto Control: Se realiza a los 8 meses.

Se realiza anamnesis exhaustiva sobre salud actual.

Aplicar el EEDP, (si el niño/a esta enfermo, este no debe realizarse) y pauta bucodentaria.

Se realiza el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal (énfasis en fórmula dentaria).

La Enfermera entrega pautas de alimentación, se incorpora la segunda comida (huevo, pescado y legumbres) más el postre.

Se realizan indicaciones para la estimulación del DSM, se le debe hablar, cantar, mostrar figuras simples, nombrarle objetos, aplaudir, fomentar el uso del corral para gateo

Se entrega citación para Pediatra, control de 10 meses.

Sexto control: Se realiza a los doce meses.

Se realiza anamnesis sobre el estado de salud actual.

Se realiza el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal (énfasis en boca y erupción dentaria, varones con testículos descendidos).

Se debe aplicar pauta breve, bucodentaria, Escala de Massie Campbell y score malnutrición por exceso.

Se deben verificar los horarios de alimentación y fomentar el destete.

Para estimular el DSM, se deben establecer límites con cariño y reforzar el buen comportamiento.

Derivar a Vacunatorio (Vacuna Tres Vírica y Synflorix).

Se entrega citación para Enfermera, control de 15 meses.

Séptimo Control: Se realiza a los 15 meses.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal.

La Enfermera aplica pauta breve y bucodentaria.

Se le indica a la madre que debe verificar los horarios de alimentación, incentivar el consumo de frutas y verduras, el uso de taza y cuchara, además de comenzar la eliminación de la mamadera.

Se realizan indicaciones para la estimulación del DSM, el niño/ debe nombrar objetos, caminar sólo, agacharse, subir escaleras, comprender y obedecer órdenes simples.

Se entrega citación para Enfermera, control de 18 meses.

Octavo Control: Se realiza a los 18 meses.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, (énfasis en el cierre de la fontanela anterior formula dentaria 141/141).

La Enfermera aplica EEDP y pauta bucodentaria.

Se le indica a la madre que debe darle comida de la casa, picada en trozos pequeños, ensaladas y postre de fruta sin azúcar.

Se debe iniciar la suspensión de mamadera nocturna.

Se realizan indicaciones para la estimulación del DSM, el niño/ debe caminar sólo, con seguridad, obedecer órdenes simples. Jugar con otros niños, imitar palabras y cantos, debiese tener vocabulario de 7 a 20 palabras.

La madre debe incentivar la limpieza bucal con cepillo sin pasta dental.

Entrenar el control de esfínter, recompensando la conducta con demostraciones de cariño.

Integrar la formación de actitudes, hábito y disciplina, para responder bien ante la frustración.

Derivar a Vacunatorio (Vacuna Pentavalente, Sabin)

Se entrega citación para Enfermera, control de 21 meses.

Noveno Control: Este se efectúa a los 21 meses.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal.

La enfermera debe aplicar pauta breve y bucodentaria.

Se le indica a la madre que debe continuar con la comida casera, picada en trozos, ensaladas y postre de frutas, sin azúcar.

Se debe seguir con la suspensión de mamadera nocturna.

Se entrega citación para Enfermera, control de 24 meses.

Décimo Control: Es efectuado a los 24 meses.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en la evaluación de pie plano.

La enfermera debe aplicar pauta breve, bucodentaria y score de malnutrición por exceso.

Se le indica a la madre que debe darle comida de la casa, picada en trozos pequeños, ensaladas y postre de fruta sin azúcar, el niño/a debe dejar la mamadera.

Se debe incentivar la limpieza bucal con cepillo, sin pasta dental y preocuparse de que el niño/a se duerma con los dientes limpios.

Entrenar el control de esfínter para dejar los pañales.

La enfermera debe mostrar ejercicios para la estimulación del arco plantar.

Se entrega citación para Enfermera, control de 2 años 6 meses.

Undécimo Control: Se efectúa a los 2 años 6 meses.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en la evaluación de pie plano.

La enfermera debe aplicar pauta bucodentaria.

Se le entregan a la madre indicaciones para la estimulación del DSM, se debe favorecer la independencia, aseo y vestimenta casi sin ayuda, usar lápices, dibujar figuras, explicar el uso de los objetos, llamar las cosas por su nombre, jugar al aire libre, saltar, correr, subir y bajar escaleras, jugar con pelotas.

Estimular el DSM para el próximo control con TEPSI.

Se entrega citación para Enfermera, control de 3 años.

Duodécimo Control: Se efectúa a los 3 años.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en la evaluación de pie plano.

Se le indica a la madre que debe continuar con la comida casera, picada en trozos, ensaladas y postre de frutas, sin azúcar. Se incorpora leche y jugo en vaso.

La enfermera debe aplicar TEPSI, pauta bucodentaria y score malnutrición por exceso.

Se promueve la inserción a la educación preescolar.

Se entrega citación para Nutricionista, control de 3 años 6 meses.

Decimotercer Control: Se realiza a los 4 años.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en la evaluación de pie plano, derivar en caso de encontrar pie plano grado 3 y 4, columna)

Se derivará a Médico en caso de pie plano grado 3 y 4.

La Enfermera debe aplicar pauta bucodentaria y score malnutrición por exceso.

Para estimular el DSM la madre deberá valorar la independencia e iniciativa del niño o niña.

Decimocuarto control: Se realiza a los 4 años 6 meses.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en extremidades inferiores y columna.

La Enfermera aplica pauta bucodentaria y score malnutrición por exceso.

Decimoquinto control: Se realiza a los 5 años.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en extremidades inferiores y columna.

Derivar genu valgo (distancia intermaleolar de 5 cm. O más en decúbito, medio con rodillas en contacto).

La Enfermera aplica pauta bucodentaria y score malnutrición por exceso.

Decimosexto control: Se realiza a los 5 años 6 meses.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en extremidades inferiores y columna.

Derivar fimosis y genu valgo (distancia intermaleolar de 5 cm. O más en decúbito, medio con rodillas en contacto).

La Enfermera aplica pauta bucodentaria y score malnutrición por exceso.

Decimoseptimo control: Se realiza a los 6 años.

Se realiza anamnesis sobre salud actual.

Se ejecuta el control de peso, talla y perímetro craneal, además del examen físico céfalo-caudal, poniendo énfasis en extremidades inferiores y columna.

Derivar fimosis y genu valgo (distancia intermaleolar de 5 cm. O más en decúbito, medio con rodillas en contacto).

La Enfermera aplica pauta bucodentaria y score malnutrición por exceso.

Se entrega alta.

- **Sistema de evaluación.**

Pauta Breve.

EEDP.

Escala de Edimburgo.

Escala Massie Campbell.

TEPSI.

Tarjeta de Control de Actividades de Salud Infantil.

- **Distribución.**

Directora del CESFAM JMT.

Funcionarios del CESFAM.

Administrativos.

- **Responsabilidad del encargado**

Enfermeras del CESFAM.

PROTOCOLO DE INMUNIZACIÓN.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Unidad OIRS	Directora del CESFAM	Directora del CESFAM
Alumno Seminarista	Encargada Vacunatorio	Encargada Vacunatorio
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	3
Desarrollo.....	4-5
Sistema de evaluación.....	6
Distribución.....	6
Responsabilidad del encargado.....	6
Anexos.....	6-7
Actualización del documento.....	8

- **Objetivo.**

Aplicar el programa de inmunizaciones en el CESFAM Jean & Marie Thierry, de acuerdo a la normativa Ministerial, en forma estandarizada y con el máximo de cobertura y seguridad para el paciente.

- **Alcance.**

Este protocolo rige para todos las Enfermeras y Técnicos Paramédicos de la Unidad Vacunatorio del CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución.**

Equipos de Salud de la Unidad Vacunatorio del CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Documentación de Referencia.**

Normas Técnicas de Cadena de Frío, Minsal 2000.

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.

Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

Cadena de Frío: Conjunto de elementos y actividades necesarias para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde su fabricación hasta la administración.

Acumuladores de frío: dispositivos que tienen la capacidad de conservar el frío.

Cadena fija: Lugar donde se almacenan las vacunas hasta su utilización representada por los refrigeradores.

Cadena móvil: Compuesta por los contenedores o neveras portátiles y los acumuladores de frío que son utilizados para el transporte de las vacunas.

Neveras: Cajas isotérmicas destinadas a mantener la temperatura aislada del medio externo.

- **Desarrollo.**

En la sala de Cadena de frío se preparan las neveras con unidades refrigerantes y el termómetro 20 minutos antes de guardar las vacunas.

Abrir refrigerador central, realizar la medición de temperatura del interior del refrigerador y registre en hoja Control T° Máxima y Mínimo.

Retire del refrigerador la cantidad de vacunas necesarias según la programación diaria y depositela en la nevera.

Revisar el maletín de shock anafiláctico.

La administración de las vacunas se debe realizar con la participación de los siguientes documentos; Orden Médica, Carnet de vacunas, Ficha clínica.

La indicación de la administración de las vacuna es de responsabilidad médica y debe registrarse en la Ficha Clínica, Tarjeta de Control de Actividades de Salud Infantil, Carnet de vacunas, RNI (Registro Nacional de Inmunizaciones) o AVIS, según sea el caso.

La administración de las vacunas debe ser realizada por un Profesional o Técnico Paramédico capacitado.

Previo a la administración de la vacuna se debe realizar la verificación de correspondencia del nombre del paciente, edad y vacuna a administrar, con la indicación médica o carné de vacunación.

Previo a la administración se debe consultar a cada paciente o su acompañante sobre posibles contraindicaciones a la vacuna. En caso de presentar alguna, la persona no se vacunará, dejando constancia en su Ficha Clínica, Carné de vacuna o AVIS, según sea el caso.

Las indicaciones generales de contraindicación de la vacunación son:

- Alergia al huevo.
- Antecedente de alergia en vacunaciones anteriores.
- Enfermedad febril o infecciones que cursen con temperatura sobre 38° Celsius.
- Primer trimestre de embarazo.

La persona encargada de la administración de las vacunas debe estar en conocimiento de las contraindicaciones específicas por tipos de vacunas.

Las Vacunas y los remanentes de frascos multidosis deben ser eliminadas de acuerdo a la normativa de "Plan de Eliminación de Residuos Peligrosos".

Se deben aplicar las precauciones estándar en la administración de la vacuna.

Debe mantenerse registros actualizados de la totalidad de vacunas administradas.

Procedimiento para la administración de Vacunas.

Revisar RUT del paciente en RNI o AVIS para verificar vacunas anteriores.

Registre el procedimiento en documento clínico (Tarjeta de Control de Actividades de Salud Infantil, carnet de vacunas, RNI o AVIS) tipo de vacuna, dosis y fecha.

Realice lavado clínico de manos.

Sacar vacuna a utilizar de la nevera.

Coteje indicación médica de vacuna a administrar.

Verifique posibles contraindicaciones de la vacuna.

Lávese las manos.

Limpie la piel del paciente con tórula seca.

Lávese las manos y cargue la dosis necesaria en el caso de multidosis.

Administre la vacuna de acuerdo a vía de administración según tipo de vacuna.

Realice lavado clínico de manos antes y después de cada vacunación.

Reforzar información al paciente y/o acompañante sobre los posibles efectos adverso de la vacuna, y medidas a realizar en caso de presentar reacciones adversas.

Elimine el material cortopunzante y contaminado en receptáculos destinado para este fin.

Realice lavado clínico de manos.

Realice el resumen de estadística diaria.

Retorne las vacunas no utilizadas al refrigerador durante el control de temperatura de la tarde.

- **Sistema de evaluación.**

Reportes de Inmunizaciones administradas mensuales del Programa.

- **Distribución.**

Directora del CESFAM JMT.

Funcionarios del CESFAM.



Administrativos.

- **Responsabilidad del encargado.**

Encargada Unidad Vacunatorio CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Anexos.**

Control de Temperatura.

GRAFICA CONTROL DE TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR

Establecimiento: _____ Modificación Design: _____
 Funcionario Responsable: _____ Mes: _____ Año: _____

DÍAS	M							M							M							M									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Temperatura Máxima																															
Temperatura Mínima																															
Temperatura Promedio																															
Observaciones																															

Estado del Refrigerador: OK No OK

Temperatura mínima: _____

Temperatura máxima: _____

Temperatura promedio: _____

Observaciones: _____

PROTOCOLO DE VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERA PROGRAMA POSTRADOS.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Unidad OIRS	Directora del CESFAM JMT	Directora del CESFAM
Alumno Seminarista	Encargada de Programa Postrados.	Encargada de la unidad OIRS
	Encargada de la unidad OIRS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo.....	2
Alcance.....	3
Responsables de la ejecución.....	3
Documentación de Referencia.....	3
Definiciones.....	3 - 4
Desarrollo.....	4 - 6
Sistema de evaluación.....	6
Distribución.....	6
Responsabilidad del encargado.....	6
Anexos.....	7 - 8
Actualización del documento.....	9

- **Objetivo**

Mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a.

- **Alcance**

Este protocolo rige para todas las enfermeras que ejercen sus funciones en el CESFAM Jean & Marie Thierry.

- **Responsables de la ejecución**

Enfermeras pertenecientes los cuatro sectores del CESFAM

- **Documentación de Referencia**

Carta derechos y deberes de usuarios/as y funcionarios/as.

Ley 20.584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Definiciones.**

Atención domiciliaria:

Es la atención entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor, actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados. Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera ser negociado y concordado con la familia y no impuesto desde el equipo de salud.

Visita domiciliaria integral:

Se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

Escala de Glasgow:

Es un instrumento diseñado para evaluar el nivel de consciencia en los seres humanos.

Índice de Katz:

Es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y a demás su proceso de recuperación.

Test de Zarit:

Es un instrumento diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona postrada y/o con discapacidades. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

- **Desarrollo.**

La visita de la Enfermera consta de cuatro etapas que son; programación, planificación, ejecución y evaluación.

Programación:

La Enfermera en conjunto con el Equipo de Salud debe identificar los pacientes en riesgo y el número de visitas.

Debe realizar 4 visitas al año.

Planificación:

Se debe clarificar el motivo de la visita y darse el tiempo necesario para recolectar todos los antecedentes.

Fijar los objetivos y diseñar una pauta de observación.

Seleccionar los instrumentos a utilizar (Índice de Katz, Genograma, Apgar familiar, Ecomapa, etc.)

Se debe obtener el consentimiento de la familia, tomar todas las medidas de la confidencialidad y precisar día, fecha y hora.

Que el paciente y sus cuidadores tengan muy claro el beneficio que van a obtener con las visitas para que no queden con la sensación de que expusieron su intimidad para nada.

Ejecución:

La Enfermera y el Equipo de Salud se dirige hacia el hogar, momento en el que puede observar las características del sector: el estado del tráfico, la disposición de las basuras y otros servicios básicos, cómo se viste la gente, cómo y cuánto habla, cómo utiliza el espacio público, el grado de seguridad, el nivel de contaminación, así conocerá el marco de protección, cuidado, socialización y satisfacción de necesidades en el que se desenvuelve especialmente los cuidadores del paciente.

Una vez dentro el hogar, además de realizar los exámenes de rigor, debe observar, nuevamente, los elementos estructurales y relacionales y entre los segundos, un elemento clave es quién abre la puerta, quién espera y recibe al equipo de salud, quién lo saluda y cuál es la actitud de todos los miembros de la familia allí se va creando el clima de confianza y el acercamiento necesario para entrar en temas de mayor profundidad.

La enfermera aplica el Índice de Katz para conocer los niveles de funcionalidad y evaluar el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria.

Aplica además la Escala Glasgow para conocer el nivel de conciencia del paciente postrado.

Debe realizar el test de Zarit con la finalidad de conocer la sobrecarga del cuidador.

Aplicar ficha de Ingreso y abrir tarjetón de seguimiento.

Desde el punto de vista estructural, la casa refleja la vida de la familia, a través del orden, luminosidad, si los objetos, son del pasado o futuristas, se puede relacionar con la etapa del ciclo vital que vive esa familia, se debe analizar el color, el olor, las fotos, los adornos, los cuadros, el uso del espacio; se debe tomar contacto con la vida íntima de la familia, ver dónde acostumbran sentarse; no es lo mismo hacerlo en el patio, en el living o en la cocina; ver qué pasa con las puertas cerradas, qué dicen esos lugares prohibidos que suelen tener las familias; es útil hacer la visita alrededor de la hora de una comida, para ver la mesa y fijarse en los puestos, lo que habla de la jerarquía familiar, ver quién se sienta a la cabecera, si comen con el televisor encendido, cómo se da el proceso de comunicación, si comen todos juntos, cómo son los ritos y rutinas.

En lo relacional, es fundamental observar la dinámica familiar; quién habla, quién calla, quién autoriza, quién manda.

Hay que ver quién colabora, quién está ausente y dónde está ese ausente, quién es el cómico y quién es el que rompe el clima de tensión; esa persona será un aliado muy importante a la hora de realizar una intervención. Ésta es la oportunidad para fortalecer los factores protectores y para esto hay que recurrir al refuerzo positivo, felicitando a los integrantes de la familia por haber incorporado medidas de autocuidado, protección y prácticas saludables, aunque sean elementales.

Con los factores de riesgo: se debe señalar el problema y empezar de inmediato a negociar la búsqueda de soluciones prácticas.

Se debe aplicar un enfoque anticipatorio de eventos previsibles y, por supuesto, apoyar a los cuidadores para actuar, en términos de lograr mayor accesibilidad.

Se debe trabajar el tema de los satisfactores en la práctica cotidiana como un elemento para potenciar la solución de conflictos, identificar los roles de cuidado y señalar conductas de resiliencia. Finalmente, es importante no apurar la despedida y fijarse quién sale a despedir al equipo; muchas veces es el que no pudo hablar adentro y va a aprovechar esta salida para entregar datos muy importantes: un temor, una confesión, un dato perdido.

Se debe elaborar un plan de cuidados para el cuidador o cuidadora.

Evaluación y Registro:

La enfermera en conjunto con el Equipo de Salud se deberá reunir para analizar los datos obtenidos y extraer conclusiones.

Debe elaborar una descripción y evaluación de la actividad.

Todo esto se debe quedar registrado en el tarjetón de seguimiento.

La etapa de registro asegura la continuidad y el contacto del próximo encuentro, proporciona una relación permanente y documentada de la acción realizada por la Enfermera y el equipo de salud y permite programar la investigación y acciones futuras.

- **Sistema de Evaluación.**

Ficha de Ingreso.

Tarjetón de seguimiento.

- **Distribución.**

Dirección del CESFAM JMT.
Jefes de Sector.
Equipos de Cabecera.

CAPITULO V:

REFLEXIONES PROFESIONALES



5.1 Calidad y Salud Familiar:

A través del enfoque de familia, se ve a la persona dentro de un sistema familiar e inmerso en un contexto social y cultural que condiciona su bienestar y aporta factores de riesgo de enfermar y factores protectores de su salud. Estos factores van a condicionar el estado de salud de la persona.

Se puede brindar atención integral de calidad al paciente motivando en él y su familia la participación en el auto cuidado, adherencia al tratamiento, bienestar y satisfacción.

La Salud Familiar sigue unos principios básicos en la práctica, los cuales fueron definidos por Ian McWhinney, uno de los precursores de la Medicina Familiar, y son los siguientes:

a) Los 8 principios de la salud familiar son:

✓ Compromiso:

El Equipo de Salud del CESFAM es responsable de la evaluación inicial y de la coordinación de la atención de sus pacientes. La atención que reciben no se termina con la curación de una enfermedad, la terminación de un tratamiento. El compromiso se da mientras la persona está sana, antes de que se haya desarrollado cualquier problema.

✓ Visión Integral:

Para la comprensión a cabalidad de los padecimientos de los usuarios, el equipo de salud se esfuerza por comprender el contexto personal, familiar y social de éstos para enfocarse en las problemáticas de fondo, muchas veces complementando esfuerzos de las distintas disciplinas, se llega a esta subyacencia y se solucionan más problemas de los que solicitó el usuario.

✓ Enfoque Preventivo-Promocional:

Para el Equipo de salud cada contacto con sus pacientes, se vislumbra como una oportunidad para la promoción y la prevención de la salud mediante el desarrollo y aplicación de las guías anticipatorias con enfoque familiar, por lo que las entre vistas de primer contacto y las consultas habituales además se desarrollan talleres como respuesta a problemas pesquisados y como formas de anticiparse a ellos.

✓ Enfoque de Riesgo:

Más allá de poner su atención en pacientes individuales el Centro de Salud ve a su población como una comunidad en riesgo y claramente se puede dividir en dos, familias de bajo y alto riesgo, lo importante es mantener el equilibrio entre ambas, pero por motivos de falta de recursos, le es inevitable al Equipo de Salud del CESFAM comprometerse con las familias que presentan más problemas

✓ Gestor de Red:

El CESFAM forma parte de la red comunitaria de organizaciones (Juntas Vecinales, clubes de adulto mayor, colegios, etc.) y funciona como articulador de redes de apoyo desplegando todos los recursos de la comunidad en beneficio de sus pacientes.

Además existe la red de salud que comprende al Hospital Eduardo Pereira, Hospital Carlos Van Buren y el CESFAM Plaza Justicia.

✓ Continuidad:

El Equipo de Salud y la comunidad establecen lazos de intercambio de información, sobre aspectos que a unos y otros le son de interés, producto de ello, ambos amplían su visión, perdiendo los miedos y generando lazos de confianza, interactuando permanentemente en el consejo de desarrollo local, grupos de usuarios enfocados en mejoras del CESFAM, etc. Los usuarios además pueden sugerir de manera formal a través de la OIRS. La idea es que el paciente acuda al Centro de Salud no sólo cuando se encuentre enfermo.

✓ Inserción en la Comunidad:

El Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry reconoce la participación comunitaria como un derecho de las personas, abriendo las puertas a una interacción sistemática con la comunidad. Se trabaja en función de la salud de la población y es así como a través de las visitas domiciliarias, diagnósticos participativos, etc. El Equipo de salud logra instalarse como un organismo que otorga bienestar, acoge demandas y es validado por la comunidad.

✓ Gestor de recursos:

El Equipo de Salud utiliza las redes comunitarias en la búsqueda de respuestas integrales, se estimula la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones alternativas a problemas específicos. Se llevan a cabo reuniones en las que participan usuarios del CESFAM y sus opiniones se suman a los criterios técnicos del equipo, esta interacción genera mayor compromiso con las soluciones escogidas y su implementación permite a todos los involucrados incorporar una mirada más integradora. De esta forma se produce una mayor movilización de la comunidad en la búsqueda de recursos cuando estos no están disponibles.

b) Calidad en el Centro de Salud Familiar.

El Ministerio de Salud promueve la calidad en el Modelo de Salud Familiar, en donde debe existir un compromiso con las personas, más que con un cuerpo de conocimientos además de comprender el contexto biopsicosocial del proceso salud/enfermedad, educando a los usuarios enfocándose en la prevención y promoción de la salud. El acercamiento e interacción con el hábitat de las personas colabora en la maximización de los estándares de calidad en las acciones de la Salud Familiar estrechando la relación entre el Equipo de Salud y los usuarios, quienes deben conocerse, los usuarios identificar a los usuarios y viceversa.

En el CESFAM Jean & Marie Thierry cuesta que los sectores de atención conozcan a sus pacientes, esta tarea se ve dificultada porque los pacientes que van a recibir atención de morbilidad, se atienden en el sector donde hayan cupos de atención, factor que siempre es relativo y va cambiando según la disponibilidad médica que haya.

Desde la experiencia personal se puede establecer que en algunas ocasiones desde el SOME, no se entregan las citas para los usuarios en el sector que les corresponde atención, además de una situación puntual que es cuando se ausenta un Profesional, los pacientes son atendidos por los de los otros sectores.

Según los principios de la Salud Familiar revisados anteriormente, el CESFAM intenta insertarse en la comunidad con un enfoque integral y comprometiéndose a elevar la calidad de vida de su comunidad gestionando los recursos para sacarle provecho y utilizar de manera funcional la red de salud.

A través de la OIRS (Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias), que funciona como un espacio de atención ciudadana, las personas entran en contacto con los diferentes servicios públicos, en este caso el CESFAM Jean & Marie Thierry, para facilitar el ejercicio de sus derechos o el cumplimiento de sus deberes, garantizando la oportunidad de acceso y sin discriminación. Además, este espacio permite difundir las políticas públicas, las prioridades

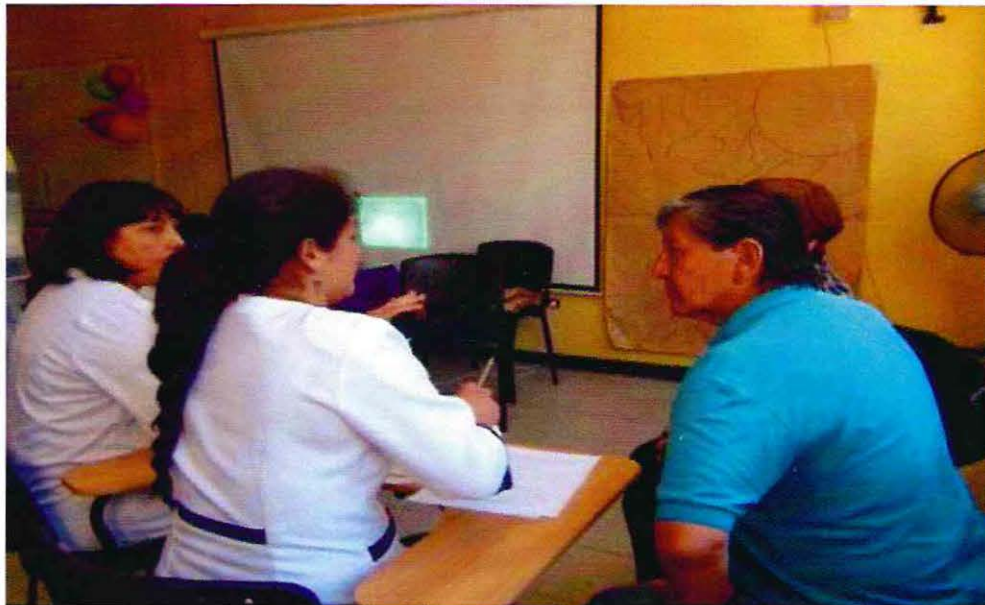
gubernamentales en materia de APS y trámites propios del Centro de Salud Familiar.

La OIRS debe ser el reflejo del Modelo Integral de Atención de Usuarios que el Servicio ha establecido, teniendo claridad en los procedimientos y plazos de entrega de servicio/beneficios/trámites, la canalización de solicitudes ciudadanas al interior de la institución (sus mecanismos y plazos de respuesta) y los medios de Información utilizados por la Repartición Pública para con los usuarios.

Se ha avanzado en el proceso de integrar a las familias y hacerlas participes de su propio bienestar y cuidados en salud organizando talleres, diagnósticos participativos en donde la idea es empoderarlos y crear una conciencia de salud comunitaria para su propio beneficio.

El año 2012 en la finalización de la práctica profesional nivel de comunidad de éste alumno seminarista se dio una instancia en donde diversos sectores de la comunidad del CESFAM Jean & Marie Thierry como Juntas Vecinales, Centros de Adultos Mayores, representantes del Consejo de Desarrollo local y demás actores sociales se dieron cita en el establecimiento para, en conjunto con el Equipo de Salud, conversar sobre sus experiencias en el Centro de Salud y de cómo éste puede ser un agente activo dentro de la comunidad involucrando a los usuarios y sus respectivas familias.

Los asistentes al evento manifestaban satisfacción al darse cuenta de que sus propuestas tienen buena acogida y su participación no queda sólo en palabras si no que se pueden generar mejoras en su atención.



Fotografía N°35 Diagnóstico Participativo.

5.2 Gestión de Calidad.

Uno de los objetivos del Centro de Salud apunta a mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción, prevención y garantizar una atención médica oportuna y de calidad cuando esta se requiera para ello, utiliza un Sistema de Gestión de Calidad el que es definido como:

“una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (Recursos, Procedimientos, Estructura organizacional y Estrategias) para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen a los usuarios, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción de los pacientes y en el logro de los resultados deseados por la organización.”

a) Sistema de gestión de Calidad

- Recursos:

El CESFAM dispone de Recursos y Equipamiento de acuerdo a los requerimientos del Plan de salud integral familiar.

El Centro de Salud cuenta con una infraestructura relativamente moderna, pero en ciertos procedimientos que requieren el apoyo de tecnología acorde a las necesidades planteadas por los usuarios, la existente en el Centro de Salud resulta ser deficiente o simplemente no hay y los pacientes deben ser derivados a otros establecimientos de la red de salud.

Cuenta con las tecnologías apropiadas acordes al nivel de desarrollo de la comunidad, durante el seminario de título, pasó que la maquina que realiza los ECG (Electrocardiograma) se estropeo, por lo que los usuarios que necesitaban este examen fueron al Hospital Dr. Eduardo Pereira por un período de dos meses aproximadamente. Luego la maquina fue arreglada y los pacientes pudieron realizar sus exámenes en el CESFAM.

Respecto al recurso humano que conforma el Centro de Salud, se intenta contar con gente que posea conocimientos y experiencia en materia de Salud Familiar existiendo equipos de cabecera con experticia en el tema, quienes además de encargan de compartir sus saberes.

Cada cargo posee un perfil determinado con las labores que cada funcionario debe cumplir, por lo que si no cumple con lo establecido en el perfil, este es despedido.

Para seleccionar a los funcionarios se privilegian las competencias globales más que las habilidades específicas como el sentido ético, la capacidad para trabajar en equipo, autocrítica y compromiso con el autoaprendizaje.

- Procedimientos:

En este acápite cabe destacar que la cantidad de procedimientos que se llevan a cabo en la gestión del CESFAM son demasiados por cada funcionario, por lo que el enfoque estará destinado sólo a algunos de ellos, de manera de ejemplificar.

Las decisiones más importantes que se toman, en reuniones del Equipo de Salud (reuniones ampliadas en donde participan la totalidad de los funcionarios y otras en las que sólo participan los distintos estamentos), se identifican, y gestionan los procesos interrelacionados como un sistema, para contribuir a la eficacia y eficiencia en el logro de sus objetivos.

Un punto importante dentro de las problemáticas evidenciadas durante la que permiten que los funcionarios logren motivarse experiencia vivida como alumno y además como funcionario del CESFAM, se centra en la disparidad de criterios al llevar a cabo un determinado procedimiento, cada sector asigna sus propias medidas y normas para proporcionar los distintos servicios a los usuarios, lo que a su vez crea confusión de parte de éstos, ya que algunas pautas de atención van a estar definidas según el criterio establecido en el sector en el cual se atiende.

Al ocurrir esto, se coartan las posibilidades de comunicación entre los sectores, en cambio si trabajaran de la misma forma se posibilita la fluidez y claridad en la entrega del mensaje y de paso al tener todos los usuarios la misma información, disminuiría la cantidad de reclamos.

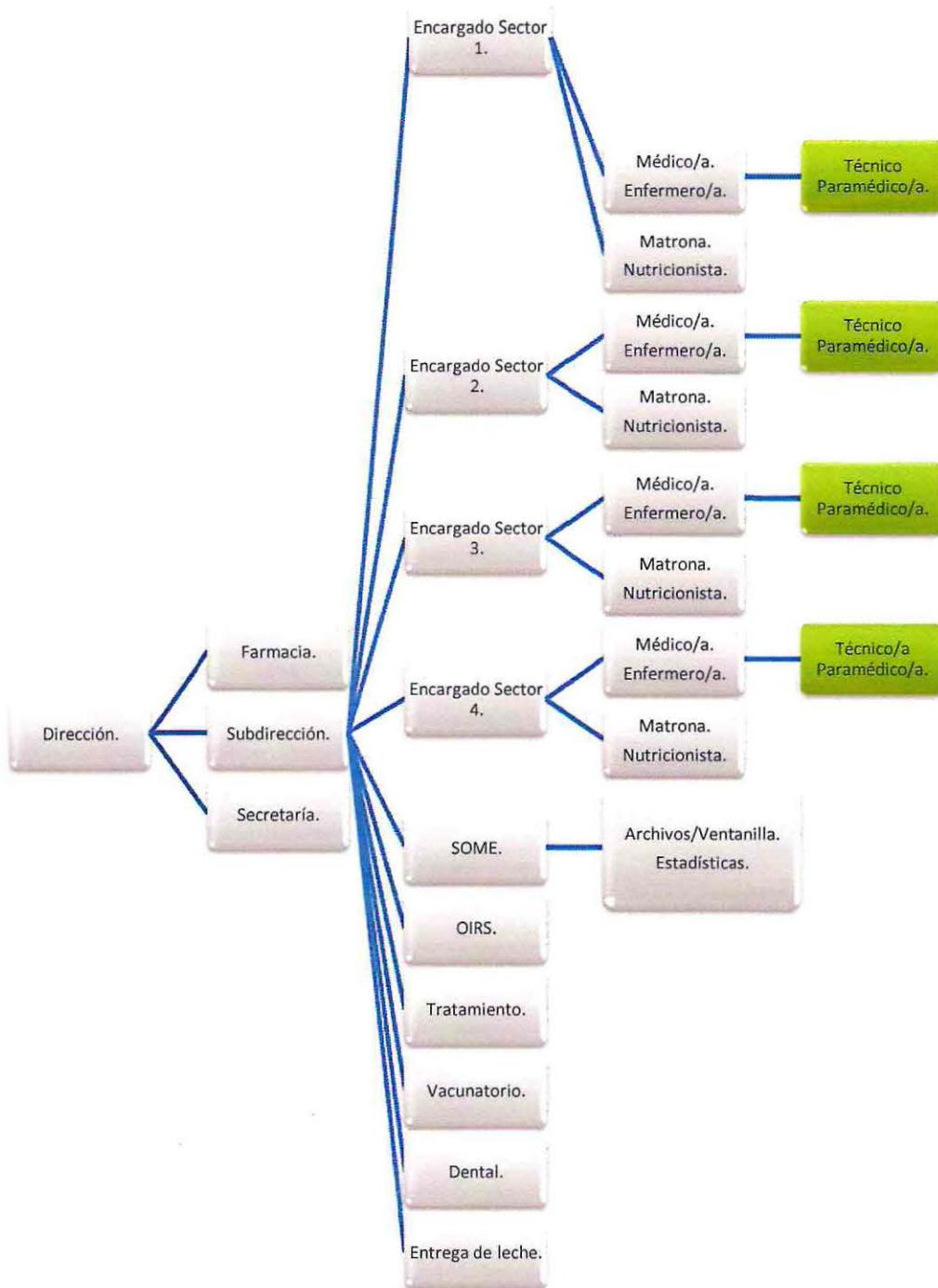
Según una entrevista realizada a una profesional del Equipo de Salud respecto a mejoras en la calidad de la gestión, manifiesta que;

“Yo creo que acá de repente falta un protocolo interno y no solamente del sector, tal vez para todos, en algunas cosas, como por ejemplo ¿Qué hacemos cuando los pacientes vienen atrasados y reclaman que quieren atender igual? ¿Tengo que atenderlo igual y echarme encima a la demás gente que viene a la hora? O a quien derivar en el caso de que la persona tuvo algún problema X, o sea esas cosas falta protocolizarlas porque se generan conflictos, se generan conflictos con la OIRS, con el sector, a veces tratamos de darles soluciones a los pacientes y a veces con esas soluciones no quedan conformes, entonces ¿Que hacemos en esos casos? ¿A donde los mandamos a conversar? ¿Cómo les podemos dar una solución que los deje conformes y a la vez también a los pacientes que están afuera? O sea tenemos que tratar de llegar a una armonía y eso creo que se podría hacer mucho más fácil con un protocolo, de que por reglamento el consultorio no permite por ejemplo pacientes atrasados o que por reglamento el consultorio espera hasta cierto tiempo los pacientes atrasados y después de eso no puede ser atendido o tiene que solicitar nueva hora, en caso de que el paciente avise que va a llegar atrasado, que es lo que se hace, ¿se atiende o no se atiende?, o sea ir viendo como una cosa más reglamentada, porque a veces cuando uno lo hace como sector, también se genera el conflicto de que ahh y porque en el otro sector a mi si me dejan y ustedes no me dejan, entonces ahí se genera el conflicto y hay que entrar a explicarles que es un CESFAM y la organización de sector interno entonces se presta para mucho conflicto”

De parte de los mismos funcionarios surge la necesidad de protocolizar procedimientos que pudiesen crear discrepancias en los criterios a seguir para poder realizar determinadas acciones.

- Estructura Organizacional.

En la siguiente imagen se muestra el organigrama del CESFAM Jean & Marie Thierry.



Esta estructura es la base de la organización del CESFAM y permite una mejor integración y coordinación de todos los integrantes del Centro de Salud.

- Estrategias.

El MINSAL a través de la Estrategia Nacional de Salud fija metas para el cumplimiento de los objetivos sanitarios, divididas por regiones en donde cada SEREMI, vela por su cumplimiento.

A su vez el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio también elabora un Plan Estratégico, en el cual está considerado el CESFAM Jean & Marie Thierry con objetivos estratégicos que apuntan a dar solución a tratamientos de enfermedades transmisibles, VIH/SIDA, Tuberculosis e Infecciones Respiratorias Agudas como también la atención de Hipertensión arterial, Enfermedades Respiratorias crónicas, Trastornos Mentales y Salud Bucal, etc.

b) Metodología PHVA

La norma ISO 9001 adopta la metodología PHVA para la gestión de los procesos, la cual fue desarrollada por Walter Shewart y difundida por Edwards Deming, se divide en cuatro etapas las que consisten en:

Planear: En esta etapa se desarrollan objetivos y las estrategias para lograrlos. También se establece que recursos se van a necesitar, los criterios, se diseñan los procesos, planes operativos, etc.

Hacer: Se implementa el plan.

Verificar: En esta etapa se realizan actividades de análisis para la verificar que lo que se ha ejecutado va acorde a lo planeado y su vez detectar oportunidades de mejora.

Actuar: Se implementan acciones para mejorar continuamente. En varias organizaciones esto se conoce como proyectos de mejora.

Dentro del CESFAM existe un Equipo Gestor de Salud Familiar el cual está constituido por funcionarios del centro, convocados por la Dirección del establecimiento en relación a las responsabilidades en la gestión, capacitación y compromiso con el modelo de atención y responsables de conducir la evolución del Centro de Salud en las áreas técnicas, administrativas y de supervisión de las actividades planeadas.

Entre sus funciones destaca:

- Formular plan de trabajo anual para definir la evolución del Modelo de Salud Familiar en el futuro.
- Efectuar reuniones periódicas y sistemáticas.

- Analizar las áreas críticas de los procesos en ejecución e implementar las medidas correctivas.
- Entregar las orientaciones metodológicas del Enfoque Familiar y comunitario al equipo de salud.
- Analizar, participar y poner en conocimiento el proceso de transformación junto al Consejo Local de Salud y organizaciones de la comunidad.
- Apoyar y entregar ayuda técnica – profesional a los equipos de sector.
- Entregar herramientas de capacitación a los equipos de Sector.
- Evaluar periódicamente los estados de avances del plan de trabajo.

El Equipo será responsable de la coordinación con los equipos transversales, entre los sectores, como encargado GES para velar por el cumplimiento de las garantías, de la integración a la Red y el uso racional de los recursos.



Fotografía N° 36 Diagrama de registro SIGGES.

Además de esto tienen el deber de cumplir con los compromisos de gestión, los que permiten evaluar el cumplimiento de las metas del SSVSA (Servicio de Salud Valparaíso San Antonio).

Este proceso responde a la medición de los resultados de avance y finales para el logro de los objetivos estratégicos planteados en el período, los que implican la observación, análisis y corrección de los diversos recursos destinados a los Servicios de Salud.

5.3.- Calidad en Atención Primaria en Salud.

El Instituto de Medicina de EEUU centra el concepto en la calidad científico-técnica del prestador al decir que calidad en la salud es:

"...el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual..."

La que propone el programa español: *"...la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario..."*.

Las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científico técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad al servicio.

a) Conocimiento profesional y calidad científico técnica en APS:

En el CESFAM Jean & Marie Thierry trabaja un Equipo de Salud conformado por Médicos, Enfermeras, Matronas, Asistentes Sociales, Psicólogas, Nutricionistas, Técnicos Paramédicos, Odontólogos y Técnicos Dentales, quienes componen la dotación exigida por estatuto administrativo y que rige a los Servicios de Salud, los que poseen las competencias específicas que los califican para desarrollarse en sus distintos puestos de trabajo.

En la Carpeta de Salud Familiar, documento elaborado por el Equipo de Salud del CESFAM, en donde se establecen las distintas funciones de los profesionales que prestan sus servicios en el centro de salud en el Centro de Salud, describiéndolas desde distintas áreas, entre las cuales se puede mencionar funciones de tipo: Asistenciales, administrativas, docentes e investigativas, estructurando de forma clara los deberes y responsabilidades de cada funcionario.

Existe una cantidad de funcionarios que debiese ser proporcional al número de habitantes que pertenece a la comunidad del Centro de Salud para evitar el exceso de profesionales en sus cargos o la sobredemanda de la población. En el caso de éste CESFAM, el Equipo de Salud se ve superado e intenta con sus recursos brindar la mejor atención a sus usuarios.

La coordinación entre los distintos Equipos de Salud de los sectores y sus transversales en ocasiones resulta poco fluida, debido a falta de tiempo y a la escasa disposición de los funcionarios de llevar un dialogo afable y orientado al trabajo en equipo.

El clima laboral del Centro de Salud también juega un rol preponderante en la calidad de la gestión de este, se han visto diferencias entre algunos funcionarios las que podrían entorpecer el trabajo del Equipo de Salud, se hizo el año 2012 un Diagnóstico de Clima Laboral, en el cual se evidencia que para los funcionarios resulta, relativamente agradable desempeñar sus funciones en el Centro de Salud.

Para favorecer el buen clima laboral y la estabilidad de los funcionarios, los Jefes de sectores coordinan con el encargado de capacitación el diseño de planes de autocuidado que contemplen tardes recreativas, culturales y sociales, favoreciendo la calidad de vida de los trabajadores del CESFAM.

Según lo evidenciado en el proceso, el número de habitantes pertenecientes a la comunidad del centro de salud excede la capacidad profesional de los funcionarios en cuanto a demanda de la población, esto está presente en la opinión de una Médica que afirma;

“Yo creo que tenemos muchas falencias y principalmente falencias de recursos humanos. Es el gran problema, porque no se puede tener un programa de salud integral, o de salud familiar basado en un equipo de cabecera para una población de... sectorizada territorialmente... requiere de... en el caso de recurso humano médico el mayor estándar. Por ejemplo un Médico por 2000 habitantes... nosotros tenemos ehh... incluso no tenemos claro cuántos pacientes hay inscritos en el consultorio porque FONASA nos da un dato que no es real...nosotros estaríamos... yo creo alrededor de 23000 no validados pero que están operativos y eso es más de 5000 personas por sector.”

Respecto a lo planteado por la profesional, se observa (se infiere) una carencia de los recursos humanos necesarios para afrontar y dar respuesta a las necesidades de la población.

b) Satisfacción de los usuarios en el CESFAM:

El Equipo de Salud en conjunto con la encargada de promoción del CESFAM se encargan de realizar el trabajo comunitario, los programas de capacitación y educación a la comunidad, que generan y potencian en ella habilidades y competencias para el trabajo social y comunitario de apoyo a la salud y calidad de vida promoviendo espacios de participación y trabajo conjunto, empoderando a la comunidad para que asuma la responsabilidad de su autocuidado.

El Centro de Salud, se encarga de desarrollar distintos talleres algunos destinados a adultos mayores, jóvenes, embarazadas, a padres y a niños, en los que se busca la posibilidad de fomentar la auto responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad, se prioriza el trabajo en equipo

para atender las necesidades expresas de los usuarios y el mejoramiento de su nivel de vida.



Fotografía N° 37 Taller Renacimiento.

Cada año se realizan encuestas de satisfacción usuaria, las cuales son anónimas para evitar respuestas condicionadas de los pacientes, en esas encuestas se les pregunta que tan a gusto se sienten con la atención que reciben, temas de infraestructura, tiempos de espera, etc. Esta encuesta de satisfacción es parte de un plan de mejora de la calidad y es uno de los instrumentos más idóneos para aportar información suficiente para la mejora continua.

c) Accesibilidad del CESFAM:

Esta variable está referida a la obtención de una atención de calidad, oportuna en tiempo y forma, considerando también las barreras geográficas.

En este marco conceptual, el acceso a la calidad está referido no sólo a las prestaciones que se brindan, sino además al grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos; a las aptitudes Equipo de Salud y a las características de la infraestructura y equipamiento que posee el CESFAM.

Los usuarios consideran recibir una buena atención por parte de los funcionarios, pero se quejan de los tiempos de espera en algunas unidades y la dificultad para obtener horas para atención de morbilidad, en términos de infraestructura, manifiestan sentirse cómodos y les agrada el edificio y los boxes de atención del Centro de Salud

El CESFAM se ubica a los pies del Cerro El Litre en un céntrico sector lo que facilita el acceso a los pacientes que viven en los cerros aledaños y los que residen plan de la ciudad.

CAPITULO VI:

CONCLUSIONES



6.1.- Conclusiones Temáticas

- Salud Familiar.

El Modelo de salud Familiar se instala como uno de los ejes estructurantes de la APS en Chile, luego de la reforma al sistema de Salud, que entre sus cambios más importantes se puede destacar el paso de la atención biomédica, hacia la atención biopsicosocial y familiar; de lo recuperativo, hacia a lo preventivo, curativo y a la promoción de la salud; de un trabajo individual, al trabajo en equipo; y finalmente, del liderazgo del sector salud, a la participación comunitaria.

EL CESFAM se esfuerza por instalar el Modelo de Salud y entregar una atención integral a sus usuarios, es un proceso largo que requiere de la intención de usuarios y a la vez de funcionarios para producir el cambio. La mayoría de las veces que un paciente se acerca al Centro de Salud, es porque tiene alguna enfermedad y requiere una atención de tipo curativa, el Equipo de Salud aprovecha cada oportunidad para efectuar promoción y prevención en salud, pero también hace falta que los pacientes se empoderen y tomen conciencia de la importancia que tiene el educarse y prevenir las enfermedades.

A través de la OIRS se pretende que los usuarios extiendan el vínculo con el CESFAM, más allá de recibir la atención médica, pueden ser partícipes en las mejoras en la gestión del Centro de Salud informándose y aportando sus sugerencias y cuestiones que consideren importantes para el desarrollo del Centro de Salud y a la vez de la comunidad.

Los diagnósticos participativos o las encuestas de satisfacción usuaria son instancias propicias para que los usuarios del CESFAM expongan sus inquietudes y manifiesten su pensamiento de acuerdo a la labor que realiza el Centro de Salud, de esta manera, recogiendo algunas de las indicaciones de ellos, el comité de gestión elabora los cambios que fueren necesarios en pro de la utilización eficaz y eficiente de los recursos con los que cuentan.

- Gestión de Calidad.

En este escenario el alumno seminarista centra sus esfuerzos en reconocer las dinámicas y procedimientos internos de funcionamiento del CESFAM,

interiorizándose del quehacer de cada una de las unidades revisadas y notando que en ocasiones las prácticas que se llevan a cabo, distan en alguna medida, de las definiciones que se tienen de calidad en la gestión.

Los intentos porque el sistema de gestión de calidad funcione se ven truncados en algunas de sus áreas en especial la de recursos, ya que el CESFAM posee una demanda mayor a la oferta de profesionales que pueden cubrir las necesidades de todos los usuarios, además este carece de organización en su proceso de planificación, existen unidades pertenecientes a programas de la política pública que no se les asigna tiempo para su desarrollo, por lo que su objetivo se ve sólo medianamente completado.

Respecto a los procedimientos, se ha visto que son demasiados, por lo que se priorizó y se le dio el carácter de urgente a los que son motivo de la mayor cantidad de reclamos.

La encargada de la OIRS, Lorena Elgueta afirma que mejorando procedimientos tales como clarificar la atención que recibirán los pacientes atrasados o lo que sucede cuando se ausenta un médico, se puede mejorar en gran medida la calidad de la atención que reciben los usuarios, fue así como el alumno seminarista se preocupó de trabajar y enfocarse en esta área en los primeros protocolos elaborados.

La calidad es un tema fundamental en términos de mejorar la vida de los usuarios, por este mismo motivo es que existe un Compromiso de Gestión emanado desde el SSVSA que debe ser cumplido por la red asistencial y en el cual la calidad aparece como un ítem en el que demanda gran cantidad de responsabilidades a los funcionarios para llegar a cumplir con el estándar. Además de lo planteado anteriormente, se suma el proceso de acreditación por el que debe pasar el CESFAM y que igualmente ve en la gestión de calidad un área que si se es bien trabajada, puede ser un avance significativo en la atención de APS.

Para cumplir con las metas recién mencionadas, en el CESFAM existe un Comité de Gestión el cual tiene como responsabilidad principal llevar adelante las tareas específicas de organización y desarrollo del Centro de Salud.

- Calidad en APS.

Al hablar de calidad, se debe tener siempre presente los conocimientos científicos técnicos y como estos se utilizan para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El Equipo de Salud está constantemente adquiriendo nuevos conocimientos a través de cursos y seminarios para así mejorar la calidad de las prestaciones.

Un problema que afecta al Centro de Salud y es dificultoso de resolver debido al presupuesto con el que cuenta el CESFAM, es la carencia de recursos humanos, muchas veces el Equipo de Salud debe mancomunar sus esfuerzos para atender a los pacientes ya que la mayor parte de las veces la demanda supera las horas de atención destinadas a los usuarios, además el Centro de Salud no posee la tecnología y mas maquinas especializadas que facilitan y evitan la atención de los usuarios, que muchas veces deben acudir a otros niveles de atención o en su defecto el sistema privado.

Pese a las falencias nombradas anteriormente que inciden en que el nivel de calidad del Centro de Salud disminuya, los usuarios en general se sienten a gusto con la atención que reciben, por lo que los reclamos que recibe la OIRS, son principalmente por problemas puntuales y muchas veces son frecuentes también los reclamos por el trato recibido por determinados funcionarios del CESFAM.

Cada cierto tiempo, el Centro de Salud pasa por un proceso en el cual debe cumplir con ciertos estándares de calidad para lograr su acreditación, como la evaluación de aspectos cualitativos de los principios orientadores del modelo, los que son medidos en procesos de atención, buenas prácticas, mejoría de resultados en salud: atención de calidad, satisfacción usuaria, resolución de problemas de salud. El propósito es garantizar una atención integral con enfoque familiar y comunitario.

La protocolarización de sus procedimientos aparece como un desafío para mejorar la gestión, estandarizando la atención que reciben sus usuarios, evitando discrepancias en los criterios de los funcionarios y de la misma manera evitando posibles malos entendidos o reclamos hacia la gestión del Centro de Salud Jean & Marie Thierry.

6.2.- Conclusiones Metodológicas.

El presente Seminario de Título se enmarcó dentro del área de la APS y de la gestión que se lleva a cabo en los diversos procedimientos que se realizan en el Centro de Salud Jean & Marie Thierry.

Al ser este un Seminario de gestión, la ductilidad se hizo presente a lo largo del desarrollo de este, careciendo de una estructura fija, como el alumno había trabajado en experiencias anteriores, dificultando en ocasiones la fluidez de la evolución de éste, sin embargo a medida que se iba avanzando, se visibilizaban con mayor nitidez los procesos que darían como fruto los instrumentos y métodos de análisis del primer objetivo, acción que finalmente se traduciría en los productos de este Seminario de Título concluido el objetivo dos.

Este seminario transitó a través de tres ejes temáticos los cuales sirvieron como ámbito de acción para el levantamiento de la información necesaria para realizar cada objetivo.

Durante la primera parte de la experiencia se estructura un marco teórico referencial, el cual sirvió como columna vertebral por la que cada capítulo que lo proseguía debía necesariamente filtrar y rescatar información de ahí. Durante el desarrollo del primer objetivo se debió levantar toda la información necesaria para desarrollar la cantidad de conceptos y variables que incluirían los núcleos de preguntas para poder elaborar una descripción general de los procedimientos que se llevan a cabo en el CESFAM Jean & Marie Thierry a través de entrevistas dirigidas a los funcionarios que trabajan en los puestos que podían entregar los datos que el alumno seminarista requería para formular los protocolos.

Los datos extraídos fueron analizados sistemáticamente de manera individual por cada sector y unidad transversal para luego confeccionar un análisis general de la situación que se vivencia en los sectores y unidades examinados.

Ya durante el desarrollo del objetivo número dos gracias a una experiencia similar de protocolos el alumno, determinó las que serían las características claves de los protocolos con los cuales se trabajaría y a que áreas de la gestión éstos apuntarían, otorgando prioridad a aquellas unidades que acumulaban la mayor cantidad de reclamos.

Además de la información que se pudo recabar a través de las entrevistas realizadas, resultó valiosa la experiencia del alumno, quien ya había desarrollado protocolos en el mismo Centro de Salud y algún conocimiento del tema ya poseía, sin embargo en términos metodológicos esta experiencia de seminario de título fue mucho más enriquecedora ya que se profundizó en el ámbito de la gestión, apoyándose también en Tesis de equipos seminaristas que trabajaron temáticas similares en años anteriores

Jugó a favor el hecho de que el alumno haya sido funcionario del Centro de Salud, ya que la disposición de los entrevistados en ocasiones se torna difícil debido al poco tiempo que tienen para atender otras causas que no sean sus funciones, lo cual, en ésta ocasión, no ocurrió así.

Una de las mayores complejidades se vivió a la hora de fijar la estructura de los protocolos, ya que había mucha información acerca de la organización y distribución de los elementos que los conforman, finalmente se pudieron despejar estos datos, para finalmente llegar al tipo que era necesario y aplicable al CESFAM.

No existió propuesta de mejora ya que los protocolos como producto de este seminario, en sí, asoman como una mejora tangible que el Centro de Salud ya dispuso a su haber en determinadas unidades y procedimientos y se espera que los protocolos que serán revisados también pudiesen eventualmente servir como mejora en la calidad de la gestión del CESFAM Jean & Marie Thierry.

Luego de concluida la protocolarización, el alumno seminarista realiza una reflexión del desarrollo del Seminario de Título para luego plasmar sus conclusiones.

6.3.- Conclusión profesional.

Recapitulando el proceso realizado por el alumno seminarista y efectuando una mirada al Trabajo Social y reflexionando sobre cómo éste es un aporte a la gestión de calidad en APS, se puede establecer que al ser una disciplina que promueve la resolución de problemas en las relaciones humanas,

también se puede llevar al ámbito laboral y entregar soluciones haciendo las veces de mediadores entre los distintos integrantes del Equipo de Salud.

En el caso particular de la encargada de la Unidad OIRS, ella puede establecer una coordinación en materias atinentes a la Participación Social, vinculando a la comunidad con el CESFAM rescatando la opinión de los usuarios y organizaciones como Juntas de Vecinos y el Consejo de Desarrollo Local. Puede este insertarse dentro de esta y participar activamente como un motor de cambio en la salud de los usuarios y sus familias, coordinando el área de promoción de la salud

Desde la disciplina es posible contribuir a la generación, legitimación y fortalecimiento de la participación comunitaria fomentando la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias, en la tarea de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud. Esta labor es bastante dificultosa ya que aún no se logra crear la conciencia de que el Centro de Salud además de los funcionarios, lo hacen sus usuarios.

Más allá de los saberes teóricos con los que puede contar un Trabajador Social en la APS puede significar una característica de vital importancia la proactividad del profesional, para ampliar su campo y desarrollarse en áreas que anteriormente no eran transitadas por la disciplina, pudiendo abarcar actividades pertenecientes a otras disciplinas contribuyendo también al trabajo en Equipo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Bibliografía Documental

Cárcamo C. Neira F. (2012) *Trabajo Social y Gestión Hospitalaria: Análisis de la problemática de hospitalizaciones prolongadas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

Cisternas D. Olea D. (2012) *Evaluación de la satisfacción usuaria ante el modelo de salud familiar y comunitario en el sistema usuario del CESFAM Reina Isabel II, en la comuna de Valparaíso, año 2012*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

Torres V. Torres D. Valdés M. *Trabajo Social y Gestión Social: Análisis de situaciones de reclamo tipo en el marco del programa de mejoramiento OIRS en el CESFAM Jean & Marie Thierry*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

Morales D. (2007) *Trabajo Social y Calidad: Análisis de procesos claves en la gestión sanitaria del departamento de la salud de la Ilustre Municipalidad de la Ligua*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

Inostroza M. Narbona M. (2011) *Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de procedimiento de coordinación entre los niveles primario, secundario y terciario de salud en la comuna de Valparaíso en torno a los embarazos de alto riesgo con componente psicosocial*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

Concha E. Durán A. (2011) *Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de supervisión utilizado por FOSIS en el programa Integración Socio Escolar implementado en la región de Valparaíso años 2010-2011*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

Cisternas T. Díaz M. *Trabajo Social y gestión hospitalaria en salud mental: contribución profesional al proceso de gestión de sectorización y derivación de pacientes del policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

Balladares A. Castro C. Figueroa C. Jorquera J. *Trabajo Social Gobierno Electrónico y Gestión Social: Evaluación de satisfacción usuaria online en OIRS de la SEREMI de la región de Valparaíso*. **Valparaíso: Universidad de Valparaíso.**

2. Bibliografía Digital

- Manual del programa nacional de alimentación complementaria del niño prematuro extremo en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/635cd9c537eff38fe04001011e016c94.pdf>
- Promoción de la salud en la atención primaria el nuevo desafío de los consultorios en:
<http://www.gob.cl/media/2010/05/SALUD.pdf>
- Sitio Web:
<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf>
- Sitio Web:
http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos_Digitales/600/610/40394.pdf
- Ley 20.584 Ley de derechos y deberes de los pacientes:
<http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/derechos-y-deberes-de-los-pacientes-en-salud>