Universidad de Valparaíso
CHILE

Facultad de Derecho
y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

PROYECTO DE TÍTULO

TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN POR PROCESOS PARA ACREDITACIÓN EN ATENCIÓN ABIERTA DE SALUD, SEGÚN DECRETO N°40 DE LA LEY N° 20.584 DEL MINISTERIO DE SALUD.

Estudiante: Melissa Oporto Barahona.

Académica: María Antonieta Urquieta Alvarez.

Supervisora institucional: Lorena Elgueta Abarca.

Fecha: Enero, 2017.

Índice

Capítulo 1“Contexto de la Experiencia” 5

Información institucional 6

Estructura organizacional 10

Funciones Institucionales 12

Planes y Programas Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry 13

Recursos del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry 15

Antecedentes históricos del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry 16

Trabajo Social en la Institución 19

Unidad de Calidad Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry 22

Lineamientos de Gestión 25

Política Pública en que se enmarca la experiencia 29

Marco Legal 33

Capítulo 2 “Marco de Referencia” 40

Gestión como concepto general 41

Eje Temático N° 1: “Gestión de Recursos Humanos” 42

Eje Temático N° 2: “Gestión Clínica” 46

Eje Temático N° 3: “Gestión de Calidad” 49

Eje temático N° 4: “Gestión por procesos” 55

Capítulo 3 “Marco Metodológico” 58

Fundamentación metodológica 59

Necesidades de la institución para dar cumplimiento a la creación del reglamento interno del CESFAM Jean y Marie Thierry de acuerdo a los requerimientos legislativos 60

Objetivos de trabajo y procedimientos metodológicos asociados 61

Caracterización requerimientos decreto N°40 de la ley 20.584 67

Cronograma de trabajo 68

Capítulo 4 "Resultados de la experiencia” 69

Resultados objetivo de trabajo N°1 70

Resultados objetivo de trabajo N°2 80

Resultados objetivo de trabajo N° 3 88

Capítulo 5 “Conclusiones y Reflexiones Finales” 91

Conclusiones y reflexiones temáticas 92

Conclusiones y reflexiones metodológicas 96

Conclusiones y reflexiones acerca del Trabajo Social y Gestión por procesos . 98

Capítulo 6 “Anexos”..... 101

Anexo N°1: reglamento interno CESFAM JMT 102

Anexo N°2: protocolo de procedimientos de trámites ciudadanos..... 119

Anexo N°3: protocolos de altas disciplinarias 125

Anexo N°4: protocolo comité de ética..... 131

Anexo N°5: protocolo ficha clínica digital..... 137

Anexo N°6: protocolo identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud..... 143

Anexo N°7: protocolo del sistema de información al usuario del Centro de Salud Jean y Marie Thierry 149

Anexo N°8: pauta de entrevista. 157

Anexo N°9: matriz de documentos. 158

Anexo N° 10: ficha de procesos Centro de Salud Jean y Marie Thierry 159

Anexo N°11: registro de reunión..... 162

Anexo N°12: entrevistas objetivo de trabajo N°1 163

Anexo N°13: registro reunión presentación y validación de protocolos 166

Capítulo 7 “Bibliografía y Linkografía”..... 167

Bibliografía..... 168

Linkografía..... 171

Índice de imágenes

Imagen N°1: ubicación geográfica según GoogleMaps 6
Imagen N°2: radio de acción CESFAM Jean y Marie Thierry 8
Imagen N°3: infraestructura CESFAM Jean y Marie Thierry 8
Imagen N°4: Dr. Jean Thierry 16
Imagen N°5: simbología para diagramas de procesos. 57

Índice de esquemas

Esquema N°1: organigrama SSVSA 10
Esquema N°2: organigrama CESFAM Jean y Marie Thierry 11
Esquema N°3: organigrama unidad de calidad (Elaboración propia) 23
Esquema N°4: lineamientos de gestión Unidad de Calidad (elaboración propia) .. 25
Esquema N°5: objetivos estratégicos de los objetivos sanitarios 2011-2020 31
Esquema N°6: prestadores de la salud chilena 36
Esquema N°7: GES 38
Esquema N°8: avances en calidad por gestión clínica: 48
Esquema N°9: gestión funcional v/s gestión por procesos 55
Esquema N° 10: relación de documentación analizada 77

Índice de tablas

Tabla N°1: identificación institucional 6
Tabla N°2: cobertura CESFAM Jean y Marie Thierry 7
Tabla N°3: radio de acción CESFAM Jean y Marie Thierry 7
Tabla N°4: objetivos del Trabajo Social 19
Tabla N°5: objetivos 2016 22
Tabla N°6: plan de mejora continua CESFAM Jean y Marie Thierry 27
Tabla N°7: metas IAAPS 2016 28
Tabla N°8: Funciones del MINSAL 33
Tabla N°9: derechos de los pacientes en salud (elaboración propia en base a ley 20.584) 35
Tabla N°10: comparación entre grupo y equipo de trabajo 45

Tabla N°11: definiciones temáticas asociadas al objetivo N°1 61
Tabla N°12: unidades asociadas al objetivo N°1 61
Tabla N°13: procedimientos metodológicos asociados al objetivo N°1 62
Tabla N°14: definiciones temáticas asociadas al objetivo N°2 63
Tabla N°15: unidades asociadas al objetivo N°2 63
Tabla N°16: procedimientos metodológicos asociados al objetivo N°2 64
Tabla N°17: definiciones temáticas asociadas al objetivo N°3 65
Tabla N°18: unidades asociadas al objetivo N°3 65
Tabla N°19: procedimientos metodológicos asociados al objetivo N°3 66
Tabla N°20: caracterización decreto N°40 de la ley 20.584 67
Tabla N°21: cronograma de Trabajo 68
Tabla N°22: caracterización de artículos Decreto N°40 70
Tabla N°23: caracterización procesos Decreto N°40 71
Tabla N°24: caracterización responsables de procesos Decreto N°40 72
Tabla N° 25: evaluación de documentos para reglamento interno 75
Tabla N° 26: causales de inexistencia de documentos 76
Tabla N° 27: clasificación de documentos analizados (elaboración propia) 78

Capítulo 1

“Contexto de la Experiencia”

Información institucional

Identificación Institucional

Tabla N°1: identificación institucional

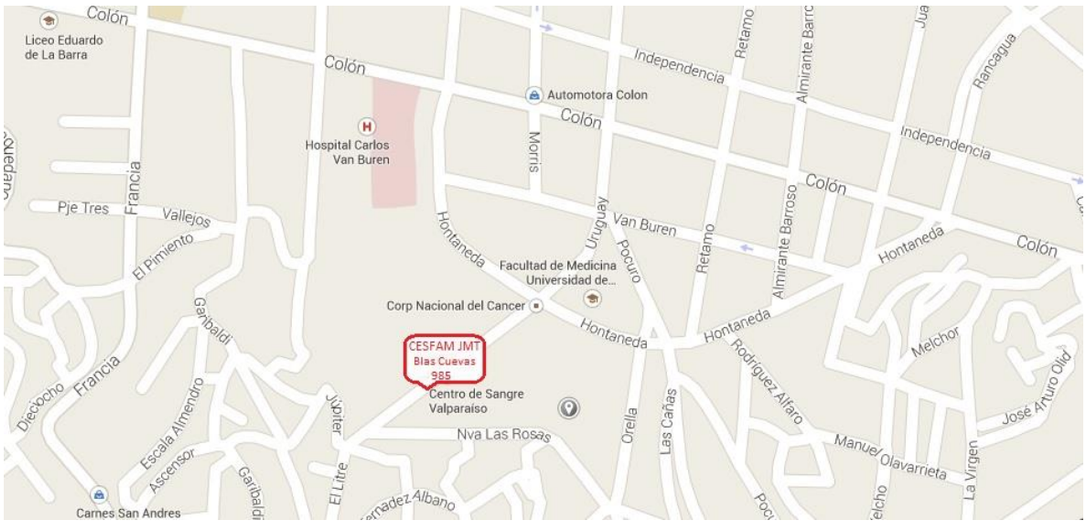
Nombre	Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry
Dirección	Blas Cuevas N°985, Subida El Litre, Valparaíso
Directora	Sra. Ana María Espósito Cancino, Odontóloga
Subdirector	Sra. Elizabeth Dedes, Asistente Social
Fono	32-2571650
Línea	800-500522
Horario de atención	Lunes a viernes: 08:00 – 17:00 horas Extensión horaria: 17:00 – 20:00 horas Sábado: 09:00 – 13:00 horas

Tipo de institución

El Centro de Salud familiar Jean y Marie Thierry, corresponde a una institución de nivel primario en atención de salud urbano, de carácter público sin fines de lucro dependiendo del MINSAL a través de su pertenencia al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

Ubicación geográfica

Imagen N°1: ubicación geográfica según GoogleMaps



Cobertura

El Centro de Salud familiar Jean y Marie Thierry atiende a aquellas personas validadas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en sus tramos A – B – C – D, siendo beneficiarios directos infantes, adolescentes, adultos y adultos mayores. El desglose cuantitativo de la población corresponde a:

Tabla N°2: cobertura CESFAM Jean y Marie Thierry

Descripción	Cantidad
Total Inscritos Válidos	17.580
Total inscritos de 0 - 14 años	3.116
Total inscritos de 15 – 64 años	11.623
Total inscritos 65 y más años	2.841

Sujetos de atención

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

Requisitos para la atención

- Estar inscrito o inscrita en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Estar inscrito o inscrita en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

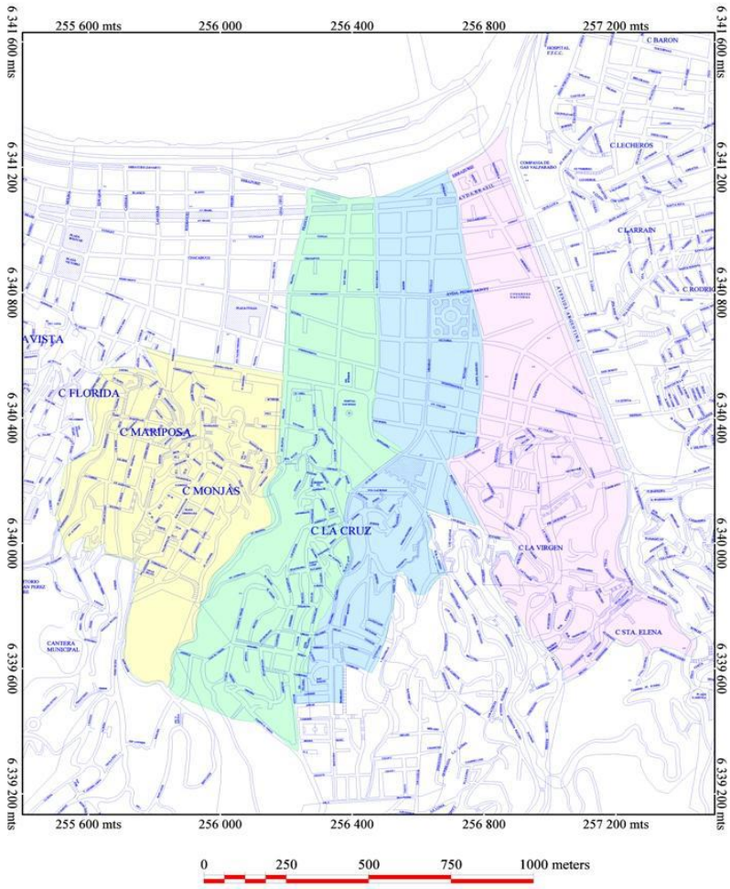
Radio de acción

El radio de acción corresponde al alcance geográfico de la atención brindada por el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, divido en sectores a cargo de equipos de salud multidisciplinarios, siendo estos:

Tabla N°3: radio de acción CESFAM Jean y Marie Thierry

Sector y color	Encargado	Limitación geográfica	
Sector 1 Cerro Monjas y Mariposas	Daniela Matta Médico	**Norte**	Av. Colón, entre calle las mojas y Av. Francia.
		Sur	Desde el este al oeste corresponde a las calles René Lagos, Torre Blanca y Galleguillos.
		Este	Desde mar a cerro corresponde a Av. Francia.
		Oeste	Desde cerro a mar corresponde a Av. Vicuña Mackenna, Lastra y Las Monjas.
Sector 2 Cerro La Cruz	Katherine Cotrozo Kinesióloga	**Norte**	Av. Errázuriz entre Av. Francia y Av. Simón Bolívar.
		Sur	Desde el este al oeste corresponde a las calles Naylor y Av. El Vergel.
		Este	Desde mar a cerro corresponde a Av. Simón Bolívar, Av. Hontaneda, Subida El Litre y Av. Naylor.
		Oeste	Desde cerro a mar corresponde a Av. Francia.
Sector 3 Cerro Merced y La Virgen	Beatriz Salgado Médico	**Norte**	Av. Errázuriz, entre calle Rawson y Av. Argentina.
		Sur	Desde el este al oeste corresponde a las calles Bruno Hernández, La virgen, Pajonal, Moratín y Tucapel.
		Este	Av. Argentina y Santa Elena.
		Oeste	Desde cerro a mar corresponde a calle Rawson, Almirante Barroso, Av. Hontaneda, Pocuro y Linares.
Sector 4 Cerro el litre	Lorena Elgueta Asistente Social	**Norte**	Av. Errázuriz, entre Av. Simón Bolívar y Calle Rawson.
		Sur	Desde el este al oeste corresponde a las calles Las Rosas, Luis Cousiño, Santa Teresa, La Fontaine, Lambecho, Rembrandt y Apeles.
		Este	Desde mar a cerro corresponde a calle Rawson, Almirante Barroso, Av. Hontaneda y Pocuro
		Oeste	Desde cerro a mar Av. Simón Bolivar, Av. Hontaneda, Subida El Litre y Av. Naylor.

Imagen N°2: radio de acción CESFAM Jean y Marie Thierry

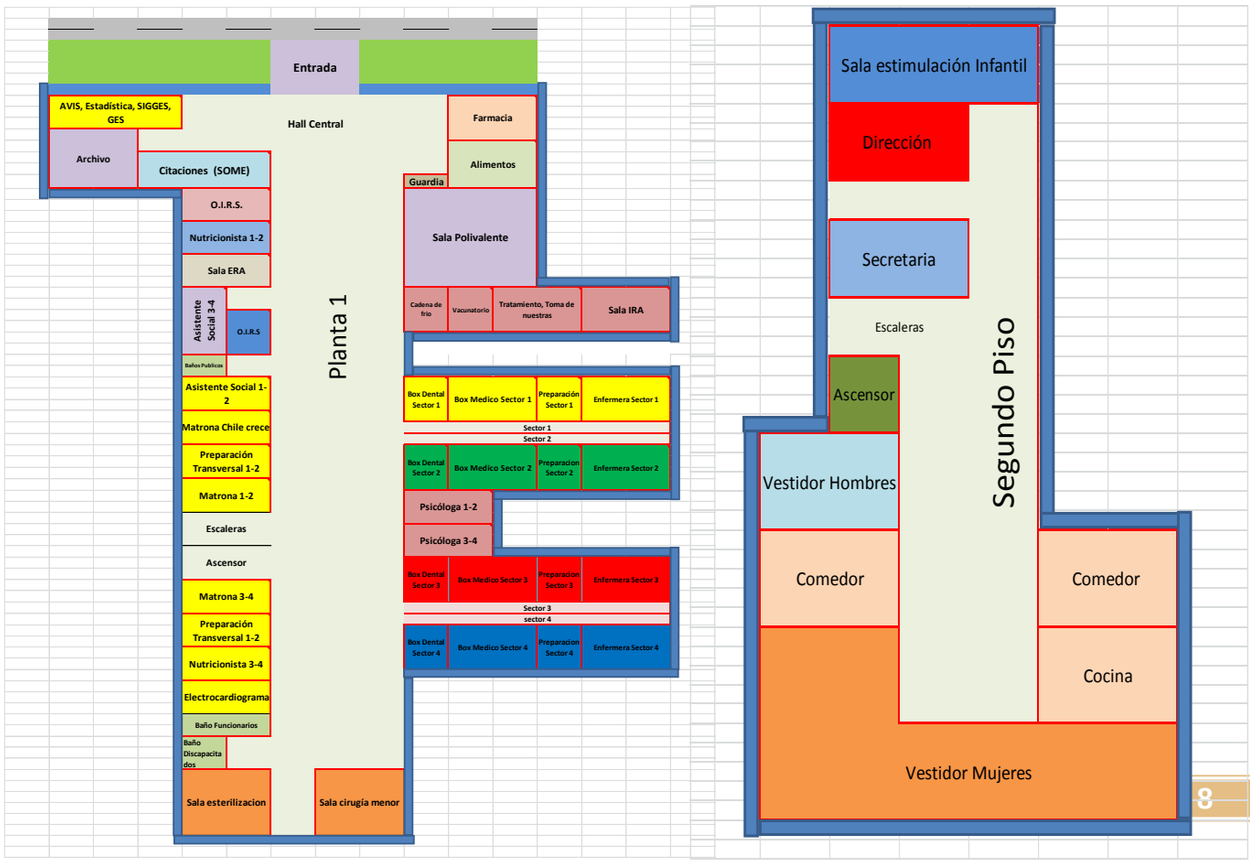


Mapa Sectores de atención según color distintivo

Infraestructura

El establecimiento se encuentra aledaño al Centro de Sangre de Valparaíso, siendo las dependencias del Centro Salud, las que refieren al área utilizable del primer y segundo piso de la construcción junto con el zócalo, donde se realizan actividades comunitarias.

Imagen N°3: infraestructura CESFAM Jean y Marie Thierry



Misión [1]

“Somos un centro de salud familiar, destacado en la región de Valparaíso, que brinda una atención biopsicosocial de calidad que contribuye al desarrollo integral de la comunidad beneficiaria, entregándoles una atención segura, actualizada, eficiente y accesible mediante la intervención del equipo multidisciplinario comprometido, utilizando al máximo los recursos tecnológicos al alcance para mejorar la calidad de vida de los usuarios.”

Análisis según criterios de McGinni (1981)

1. Clientes: “la comunidad beneficiaria”
2. Servicios: “una atención segura, actualizada, eficiente”
3. Mercado: Somos un centro de salud familiar, destacado en la región de Valparaíso (implícito)
4. Tecnología: “utilizando al máximo los recursos tecnológicos al alcance”
5. Preocupación por supervivencia crecimiento y rentabilidad: “entregándoles una atención segura, actualizada, eficiente y accesible” implícitamente demuestra preocupación por el crecimiento del servicio.
6. Filosofía: “Brindar una atención biopsicosocial de calidad que contribuye al desarrollo integral de la comunidad beneficiaria”.
7. Concepto de sí misma: “Centro de salud familiar, destacado en la región de Valparaíso”.
8. Preocupación por imagen pública: “Contribuye al desarrollo integral de la comunidad”
9. Efectividad reconciliatoria: “Equipo multidisciplinario comprometido con el servicio, mejorando la calidad de vida de los usuarios.”
10. Calidad inspiradora: “Somos un centro de salud familiar, destacado en la región de Valparaíso”

Visión

“Queremos ser un centro de salud familiar de excelencia, innovador y cercano a la comunidad; entregando herramientas para el empoderamiento de los usuarios haciendo énfasis en la promoción y prevención de la salud, generando en el colectivo una identidad propia que nos distinga del resto de los servicios de salud.”

[1] Misión, análisis de McGinni y Visión, realizadas por Internas de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, en el marco de práctica profesional de gestión en la Unidad de Calidad del CESFAM Jean y Marie Thierry. La presente misión puede variar ya que se encuentra en proceso de validación por funcionarios del Centro de Salud.

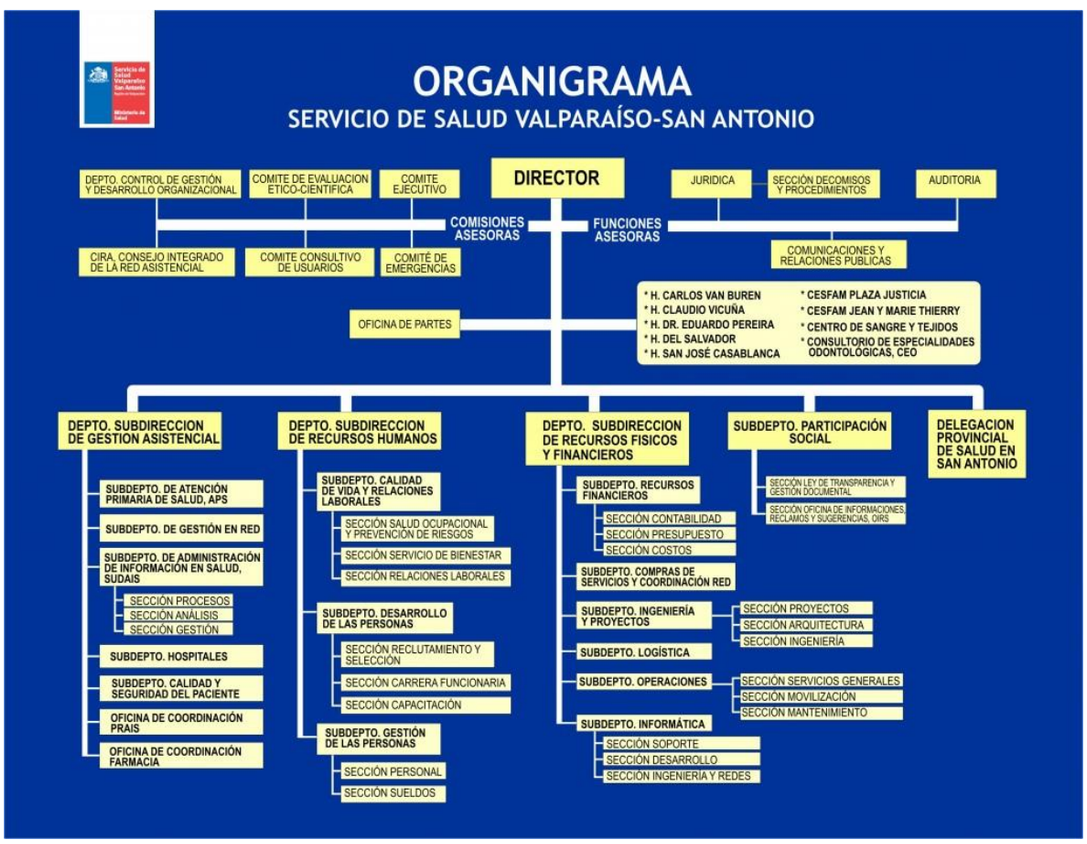
Estructura organizacional

La estructura organizacional del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, está integrada por 70 profesionales de diversas áreas de la salud y ciencias sociales, encargados de brindar una atención integral a la comunidad comprendida en su radio de acción territorial, mediante la división en sectores de atención, implementación de programas y áreas de administración del Centro de salud, las cuales quedan plasmadas en su organigrama institucional.

Además, se debe tomar en consideración la estructura del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, de la cual depende administrativamente.

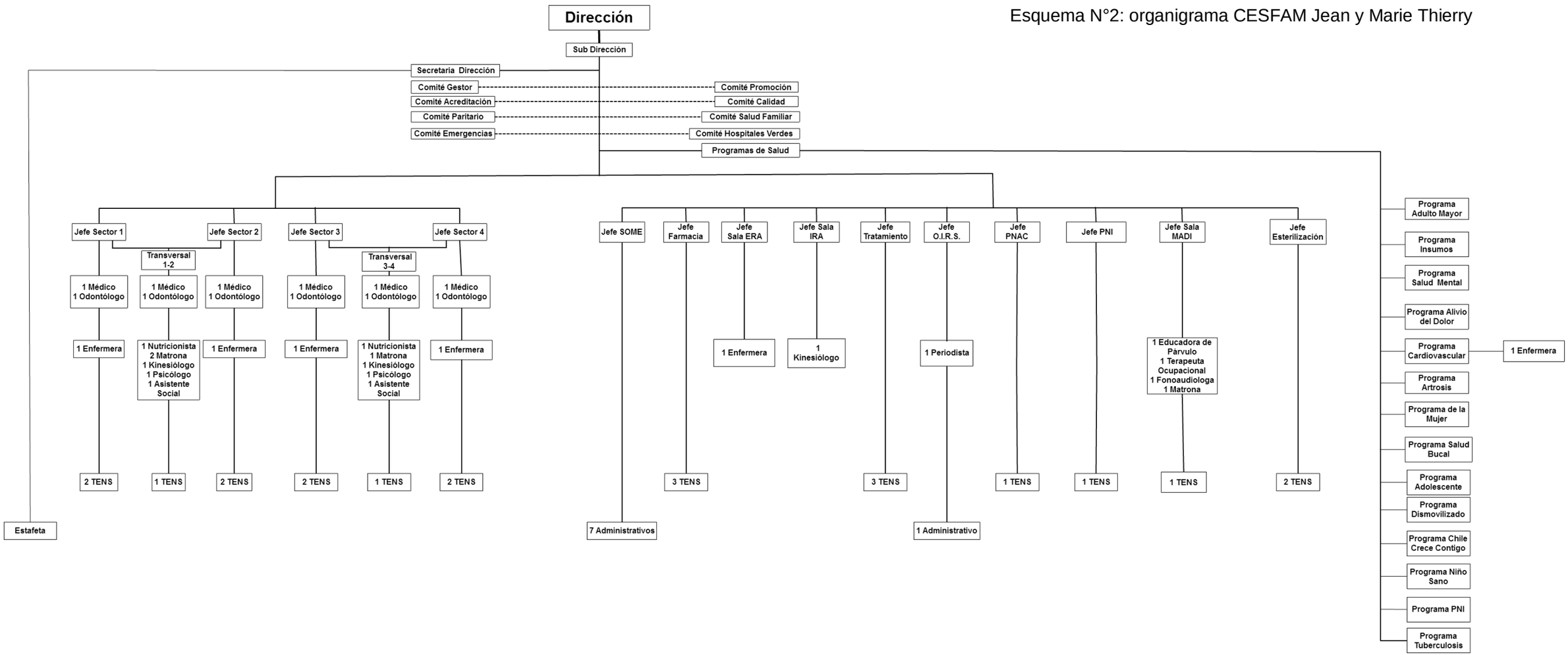
Organigrama Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio

Esquema N°1: organigrama SSVSA



Organigrama Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry

Esquema N°2: organigrama CESFAM Jean y Marie Thierry



Funciones Institucionales

Las funciones en el CESFAM Jean y Marie Thierry, están relacionadas con las principales ocupaciones de la atención primaria de salud, en temas de promoción y prevención de salud, adecuándose a nuevos procesos contingentes, refiriéndose a:

A. **Continuidad de la atención y de los cuidados de salud:** El equipo multidisciplinario de salud conoce a su comunidad de usuarios en los diferentes ámbitos de desarrollo de sus vidas, sustentándose en la relación y coordinación que se establece en la red de establecimientos de salud.

B. **Prestación de servicios integrados:** En cada una de las actividades donde el equipo de salud interactúa con el usuario, se incorporan contenidos de promoción y prevención, realizados integradamente por el equipo de salud más capacitado para el tipo de servicio requerido, de acuerdo a un plan de intervención elaborado en conjunto entre los integrantes de la familia y el equipo profesional.

C. **Resolutividad:** Definida como la capacidad del equipo de salud de atención primaria de contribuir al cuidado de la salud de las personas del sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica.

D. **Autocuidado individual y familiar:** En todas las actividades se incorpora educación y consejería para que los individuos y las familias sean capaces de adoptar sus propias decisiones en salud de manera oportuna y efectiva.

E. **Responsabilidad Compartida entre todos 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 que se vinculen a los procesos de salud personales, familiares y comunitarios.

F. **Participación:** Reconoce la importancia de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de la salud 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:

- Corresponsabilidad frente al Control sobre determinantes de la Salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
- Control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud.
- Ejercicio de rendición de cuentas y Trabajo Comunitario.

Planes y Programas Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry

El Ministerio de Salud chileno es el encargado de formular, controlar y evaluar los diversos planes y programas en materias generales de salud, como también de generar y fiscalizar el cumplimiento de las metas nacionales sanitarias. Para ello, existen planes y programas a los cuales se adhieren en su implementación los distintos centros de salud.

En el caso del Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry, los planes y programas a los cuales está adscrito en pos de otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas, sus familias y su entorno, enfocándose en lo preventivo y promocional son los siguientes:

Programa Mujer

Grupo de atención heterogéneo, debido a la atención brindada a mujeres adolescentes y adultas en edad fértil y no fértil. Siendo sus sub-programas los siguientes:

- Programa Cáncer Cérvico Uterino; Programa Cáncer de mamas; Programa de Control Prenatal; Control Puerperio; Control Regulación Fecundidad; Control Ginecológico; Control Climaterio; Programa Salud Mental; Consultas Morbilidad Obstétrica-Ginecológica; Consultas por ITS (Infecciones de Transmisión Sexual); Programa de Paternidad Compartida; Programa Chile Crece Contigo.

Programa Adulto

Orientado a la población sobre los 15 años de edad, en el cual destaca la realización del ESPA (Examen de Salud Preventivo Adulto) para pacientes entre 24 y 60 años, con el fin de prevenir distintas enfermedades, mediante la orientación y realización de exámenes de sangre y derivaciones a distintas áreas del CESFAM. Los sub-programas de este son:

- Programa ESPA (Examen de Salud Preventivo del Adulto); Control y seguimiento de pacientes crónico. Sub- programa TBC (Tuberculosis); Programa de Control y Seguimiento a Paciente Alcohólico. Programa EISAM (Examen Integral de Salud del Adulto Mayor); Programa Morbilidad Adulto. Toma EEC (Examen de Electro Encéfalo Cardiograma); Programa para Pacientes Postrados.

Programa infantil

Dirigido a la población entre los 0 a 5 años con 11 meses y 29 días de edad, siendo su objetivo beneficiar a niños y niñas, enfatizando en una continua atención y seguimiento desde su nacimiento. Los sub-programas presentes en este programa son:

- Control de Salud para el Recién Nacido; Control de Niño Sano. Inmunizaciones; Seguimiento al Recién Nacido; ComplementO Nutricional PNAC (Programa Nacional de Alimentación Complementaria); Chile Crece Contigo.

Programa odontológico

Dirigido a la población adulta e Infantil atendida por el CESFAM Jean y Marie Thierry, teniendo como objetivo la restauración y prevención odontológica del usuario o usuaria mediante la implementación de talleres Socio- Educativos para la comunidad.

Programa de Salud mental

Este programa, tiene como objetivo la rectoría y regulación de prácticas y servicios de Salud Mental y Psiquiatría, acorde con el modelo comunitario, contribuyendo así al bienestar de las personas y a la satisfacción de sus necesidades en esta área.

Programa adolescente

Este programa, tiene como objetivo apoyar el proceso de autonomía progresiva de los y las adolescentes, de modo que cuenten con información y servicios adecuados para que puedan tomar decisiones a favor de su salud y calidad de vida, en el marco de las relaciones intergeneracionales positivas y cercanas, de una integración social activa con equidad de género. Teniendo los siguientes aspectos a considerar.

A. Instalar modelo de atención amigable en APS, de acuerdo a condiciones locales.
B. Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
C. Salud Bucal en Escolares de 12 años.
D. Consumo de alcohol y drogas (riesgo, perjudicial y dependencia)
E. Cáncer Adolescente.

Recursos del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry

Recursos Humanos

Para cumplir el rol de prestador directo de servicios de salud y promotor de la salud integral, el equipo de trabajo del CESFAM Jean y Marie Thierry es variado, contando con 70 funcionarios que cumplen diferentes papeles para una buena articulación de las prestaciones de salud otorgadas a la comunidad, estos son:

- Médicos, Odontólogos, Matronas, Enfermeras, Técnicos paramédicos dentales, Técnicos paramédicos, Asistentes Sociales, Administrativos, Psicólogos, Auxiliares de servicio, Nutricionistas, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos y Terapeuta ocupacional.

Recursos Financieros

El financiamiento del CESFAM Jean y Marie Thierry, se asocia al presupuesto del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, debido a que depende de este administrativamente y no corresponde al financiamiento de APS municipal, no siendo un establecimiento autogestionado.

Recursos Materiales

Los recursos materiales son fundamentales para llevar a cabo cada función que se realice dentro del Centro de Salud Familiar. Estos recursos deben comprender materiales y equipos sanitarios adecuados, como también equipos y materiales de archivo. El CESFAM, no cuenta con una cantidad especificada sobre estos recursos, pero si se reconoce que la institución cuenta con:

- Insumos médicos aptos para la atención primaria, fármacos, computadores, teléfonos, impresoras, materiales de oficina, mobiliario apto para atención (escritorios, sillas, etc.), leches y sopas del programa de alimentación y vehículos, entre otros.

Antecedentes históricos del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry

Matrimonio Jean y Marie Thierry

El Dr. Jean Hugo Thierry a la edad de 26 años, junto a su esposa Marie Sörensen de Thierry, al día siguiente de su matrimonio emprendieron un viaje durante 40 días desde Dinamarca hasta la ciudad de Valparaíso.

La llegada de este matrimonio se genera en un periodo caracterizado por una intensa actividad filantrópica en la ciudad de Valparaíso a raíz de las diversas contingencias existentes en la época y salud de la población más vulnerable del territorio.

La formación académica del Dr. Thierry fue realizada en Copenhague en la capital danesa y en el Royal Ophtalmic Hospital de Londres, donde obtuve el título profesional de médico cirujano oculista, es por ello que al arribar a Valparaíso tuvo que validar su título en la Universidad de Chile tras someterse a un exámen.

Cabe mencionar que dentro de la carrera profesional del Dr. Thierry, se pueden encontrar su participación en la Sociedad Médica de Chile y Rotary Club, creación del Hospital de niños (donde asumió el cargo de director), académico de la Universidad de Chile en la escuela de medicina desde 1941 y fundador de la primera Escuela de Enfermeras de Chile como también de la sociedad oftalmológica de Valparaíso.

Jean y Marie Thierry desarrollaron toda su vida familiar en Valparaíso, donde nacieron sus tres hijos llamados Louis, Ida Florence y Ana Margrete, con quienes tuvieron que recuperarse tras la pérdida de su vivienda producto del terremoto del 16 de agosto de 1906.

Imagen N°4: Dr. Jean Thierry

El Dr. Jean Hugo Thierry, ciudadano ilustre de Valparaíso, falleció a la edad de 89 años el día 10 de septiembre de 1958 y su esposa Marie Sörensen de Thierry el día 18 de julio de 1950, ambos se encuentran sepultados en el Cementerio del Cerro Panteón de Valparaíso.

Hospital de niños Jean y Marie Thierry de Valparaíso

En un principio, el centro de atención de salud que funciona actualmente fue un Hospital de niños fundado por la Señora Emilly W. White, quien era una distinguida dama de Valparaíso, quien al tener a un hijo en un hospital público le comentó al Dr. Thierry acerca de las condiciones en que se atendían a los niños y niñas de la época con falta de higiene y malos tratos, es así como el Doctor le hace saber que la única solución a esta problemática era la creación de un hospital especializado en la atención de niños.

Bajo la impronta de lograr un hospital de niños moderno que fuese eficiente y gratuito sin importar condición social, doctrinas o nacionalidad de quienes fueran atendidos en un marco filantrópico, es que diversas personalidades acaudaladas de la región se reúnen para conformar y dar vida a esta iniciativa pionera de la época.

Es así, como el día 27 de abril de 1905 se funda el Hospital de Niños, que decreta en su acta de fundación un directorio provisional, para posteriormente generar la conformación de distintos comités que beneficiaron el desarrollo de la institución en beneficio de los niños atendidos.

En un principio, tras reunir fondos monetarios, la ubicación del establecimiento se encontraría en el Cerro Playa Ancha por la compra de terrenos para su construcción, lo cual no se efectúo debido a que se dificultaba el acceso de sus beneficiarios ya que era muy lejano al centro de la ciudad. Por ello se genera un comité que realizó gestiones exitosas que consiguieron la cesión de un terreno gubernamental en la calle El litre al costado de un emplazamiento destinado como caballerizas de la Municipalidad de Valparaíso, a causa de la insalubridad del terreno aledaño, el directorio propuso erradicar su existencia para la creación de un parque.

El Dr. Jean Hugo Thierry en compañía de su esposa, fue clave en el desarrollo de esta institución, ya que apoyó la iniciativa desde su comienzo participando activamente en ella a través de su trabajo y consejo técnico de forma modesta pero destacada, por lo cual asumió el cargo de Director de la institución formando personal comprometido con el servicio entregado a los niños y niñas.

Finalmente, posterior a su muerte, el 13 de agosto de 1963, la Sociedad del Hospital de Niños de Valparaíso, decide nombrar la institución como Hospital de Niños Jean y Marie Thierry en honor a este matrimonio que dedico su vida a la atención de salud de niños y niñas bajo un marco filantrópico.

El Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry en la Actualidad

Bajo control y supervisión por parte del Ministerio de Salud, en el año 2004 se finaliza la construcción del actual Centro de Salud Jean y Marie Thierry ubicado en Blas Cuevas N°985, Subida El Litre, Valparaíso.

En lo concerniente al modelo de atención, es a partir del año 2010 que el centro de salud se adscribe a la categoría de CESFAM (Centro de salud familiar), que permite otorgar una atención no sólo basada en el ciclo vital individual de cada persona, que solo asistía al enfermo o enferma, sino que comienza a tomar un nuevo enfoque más moderno, integral, familiar y comunitario que es parte de una estrategia de atención en salud basada en el tratamiento del ciclo de vida familiar y el entorno desde una impronta de trabajo interdisciplinario biopsicosocial.

Hoy el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, cuenta con una cantidad de 70 profesionales de diversas áreas de la salud en lo biológico, psicológico y social, que permiten una atención integral de la población beneficiaria de las prestaciones de salud del CESFAM, según su radio de acción correspondiente.

Objetivos

El propósito general del Trabajador Social es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, estimulando el desarrollo de las potencialidades de los individuos, familias, grupos y comunidades con el fin de que estos puedan asumir el protagonismo, siendo parte de la transformación de sus procesos de salud y/o enfermedad. Para alcanzar este propósito los principios éticos fundamentales son: equidad, justicia social, pluralidad y solidaridad.

Para alcanzar los objetivos generales en salud, el Trabajo Social define los siguientes objetivos específicos:

Tabla N°4: objetivos del Trabajo Social

✚ Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales, especialmente de la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud.
✚ Contribuir en la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de la salud.
✚ Promover en conjunto con el equipo de Salud una eficiente utilización de los recursos existentes, sean estos a nivel público o privado, contribuyendo a su articulación.
✚ Colaborar con el equipo de salud en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento, evaluación de la calidad y humanización de la atención de salud.
✚ Implementar en los equipos de salud el enfoque biopsicosocial individual, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de problemas específicos de salud.
✚ Contribuir a que los equipos de salud incorporen los elementos psicosociales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de las actividades.
✚ Estimular la coordinación inter-niveles para la atención de salud, facilitando una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.
✚ Contribuir a la integración de la medicina tradicional a la medicina científica, a través de la aplicación de metodologías que permitan recoger el conocimiento y la experiencia tradicional y su articulación con el conocimiento científico.
✚ Implementar sistemas de vigilancia de los factores de riesgo social en relación a la morbi- mortalidad.

Roles del Trabajador Social

El Trabajador Social inserto en el CESFAM Jean y Marie Thierry, adquiere los siguientes roles en su desempeño profesional.

1. **Rol asistencial:** Enfocado en la entrega de apoyo y orientación a los sujetos de atención con asignación de horas, respuesta a consultas, orientación profesional y derivación a otros profesionales, como también orientación y difusión de la red comunitaria disponible en el CESFAM.

2. **Articulador de Redes Sociales**: En este rol el o la Asistente Social organiza y prepara el sistema (manteniendo contactos multidisciplinarios), vinculando a dos o más individuos, con la finalidad de provocar un transformación positiva, por medio de estrategias de trabajo comunitario a modo de beneficiar a los usuarios y desarrollar una acción cada vez más participativa y proactiva en vinculación con el Centro de Salud Familiar
3. **Rol Educador Social Informal:** El Trabajo Social debe brindar una educación que no se limite a métodos educativos específicos, puesto que trabaja con la complejidad del sistema social a través de las propias vivencias del sujeto en cuanto a su percepción de la realidad social en que se encuentra inserto para desarrollar habilidades que propendan el bienestar social de los usuarios. Para ello utiliza, visitas domiciliarias para profundización de casos de mayor complejidad, educación y participación de los y las usuarias en promoción y prevención de hábitos saludables, entre otros.
4. **Rol Implementador de Políticas Sociales**: El Trabajo Social cumple un importante papel en el diseño, ejecución, y evaluación de políticas sociales, con ello puede generar las modificaciones adecuadas para una retroalimentación del conocimiento obtenido. Así mismo, el Trabajador Social, puede en base a los resultados obtenidos o el descubrimiento de otras necesidades, elaborar una nueva propuesta de trabajo, dado que posee conocimiento sobre gestión de recursos, administración, economía, investigación y psicología social

Funciones del Trabajador Social

1. **Investigación Social:** El Trabajador social aplica pautas de recolección de información para la elaboración de informes sociales individualos y/o integrados, de los cuales guarda un registro, que permiten conocer la realidad social y necesidad del grupo a intervenir.
2. **Evaluación de programas:** Evaluación constante de las actividades concernientes al programa, realizando cambios atingentes, permitiendo la elaboración de talleres y actividades en torno a la realidad social cambiante.

Programas ejecutables por el Trabajador Social

El Trabajador Social en su rol ejecutor tiene como función la articulación de los distintos programas de salud con los sujetos de acción. Esto se emplea mediante acuerdos consensuados previamente en el equipo multidisciplinario, que desde un enfoque biopsicosocial responden a los distintos requerimientos en salud de la población responsable.

Sujetos de atención del Trabajador Social

Los sujetos de Atención son 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, en este caso desde la mirada del Trabajo Social. Estas personas atendidas por la Asistente Social se pueden desglosar en niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres adultos, como también jóvenes y adultos mayores.

La atención brindada en el Centro de Salud Familiar por las Asistentes Sociales se divide en los tres niveles utilizados por la metodología de intervención social de la profesión, los cuales se desglosan según sus particularidades en el CESFAM Jean & Marie Thierry.

1. **Trabajo social de Caso y Familia:** se realiza la recopilación de información atingente a la atención de los y las usuarias, para optar por actuaciones profesionales según corresponda a la problemática en cuestión.
2. **Trabajo social de Grupo**: En este nivel se trabaja intensamente con el incentivo y fortalecimiento de estilo de vida saludable en grupos adolescentes y de la tercera edad. Además, temáticas de gestión de calidad tanto a nivel de usuarios como de funcionarios para reducir las brechas de cumplimiento propuestas.
3. **Trabajo Social Comunitario:** Los profesionales expertos del área social, se dedican a ejecutar diagnósticos participativos pesquisando problemáticas que no permitan un desarrollo óptimo de las comunidades, para luego intervenirlas en un futuro cercano con el apoyo de redes comunitarias.

Motivos de atención del Trabajador Social

Las problemáticas más frecuentes dentro del contexto de la labor institucional realizada, radican a través de consultas sociales realizadas por usuarios y usuarias, según las problemáticas sentidas por sí mismos, en las cuales se encuentran: adulto mayor, vulneración de derechos, problemas socioeconómicos, salud mental, participación comunitaria y Violencia intrafamiliar, entre otros.

Unidad de Calidad Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry

El presente proyecto de título está inserto en la Unidad de Calidad del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry de Valparaíso, con el fin de diseñar una propuesta realista de Reglamento interno, que rija a partir del año 2017 a dicha institución.

Para dicho cometido, es que la Estudiante en Proyecto de Título contará con el apoyo necesario por parte de los profesionales insertos en esta unidad, quienes a su vez han destinado la cooperación de internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, quienes se encuentran insertas en el Centro de Salud bajo el contexto de su práctica profesional de gestión en salud.

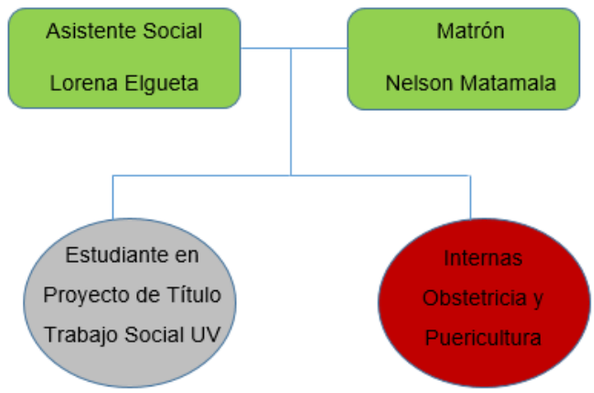
A continuación se presentan los datos de relevancia relativos a la Unidad de Calidad, en cuanto a la estructura que se desarrolla en su trabajo dentro de la institución.

Tabla N°5: objetivos 2016

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
Mejorar la calidad de la atención entregada a los usuarios y usuarias del CESFAM Jean y Marie Thierry	▪ Actualizar participativamente los conceptos de misión, visión y organigrama del CESFAM Jean y Marie Thierry. ▪ Crear y analizar FODA institucional participativamente del CESFAM Jean y Marie Thierry.
Diseñar reglamento interno informativo y orientador del CESFAM Jean y Marie Thierry durante el segundo semestre 2016	▪ Elaborar el estado de avance sobre el reglamento interno, considerando los insumos y antecedentes entregados por parte de los encargados de la unidad e integrantes de Comité de Gestión del Cesfam Jean y Marie Thierry.

Equipo y modalidad de trabajo

El equipo de la Unidad de Calidad, está compuesto por dos funcionarios del Centro de Salud, estos profesionales son el Matrón Nelson Matamala y la Asistente Social Lorena Elgueta, quienes desarrollan el trabajo de la unidad con apoyo de Internas de Obstetricia y Puericultura como también de Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social.



Esquema N°3: organigrama unidad de calidad (Elaboración propia)

La modalidad de trabajo se basa en la realización de reuniones quincenales de equipo donde se establecen aquellas falencias y fortalezas del Centro de Salud Jean y Marie Thierry, con el propósito de mejorar y potencias los procesos de gestión.

Dichos procesos de gestión, Son relevantes debido a que impactan de forma transversal en el trabajo clínico de los diferentes estamentos del Centro de Salud, con el fin de lograr mejoras en la atención de salud de los usuarios y usuarias del radio de acción correspondiente, así como también cumplir con los objetivos que permitan la acreditación de la Institución bajo las normativas de las entidades acreditadoras correspondientes según legislación.

Reuniones de la Unidad

Se realizan dos reuniones quincenales cada mes con una duración de 2 a 3 horas durante la jornada de la tarde, donde se revisan los avances del trabajo planeado en la reunión anterior y aquellas necesidades que surgen en el transcurso del tiempo, evaluando a su vez el avance y estado del trabajo realizado por las internas y estudiantes que trabajan en la unidad.

Funciones de la Unidad

Las funciones de la Unidad de Calidad, radican en la gestión de calidad, desde el trabajo de este equipo con proyecciones al resto de los funcionarios y áreas del CESFAM. Para cumplir con ello, se desarrolla lo siguiente:

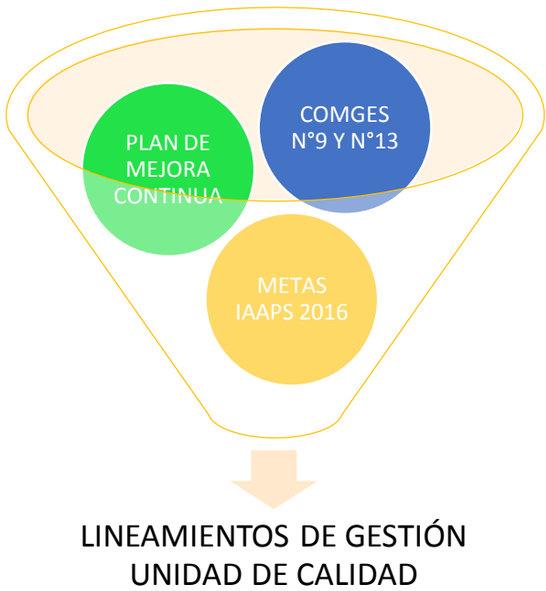
- Fomentar la elaboración de protocolos y su almacenamiento centralizado con el fin de preparar y modelar el proceso de acreditación año 2018 del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry como Establecimiento de prestaciones en salud, según legislación.
- Generar documentación pertinente para el proceso de acreditación año 2018 del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry como Establecimiento de prestaciones en salud, según legislación.
- Trabajar junto a las unidades críticas del CESFAM que requieran mejoramiento en el accionar de sus funciones.
- Participar activamente en reuniones de gestión del CESFAM para el mejoramiento de atención de salud.
- Trabajar en mejoras de los procesos de gestión de calidad en los diferentes programas implementados por el CESFAM.

Lineamientos de Gestión

Los lineamientos de gestión, guían el proceder de las diferentes áreas de la institución, mediante metas a cumplir durante el plazo de un año.

En el caso del Centro de Salud, la línea de gestión tiene tres ejes a través de los cuales se gestionan los procesos de mejora continua de la atención que otorga a sus beneficiarios, según las directrices ministeriales concordantes al nivel de atención primaria de salud. Estos ejes, en lo concerniente a la unidad de calidad en que se inserta el presente proyecto de título, son:

Esquema N°4: lineamientos de gestión Unidad de Calidad (elaboración propia)



Compromisos de Gestión 2016

Los compromisos de gestión, son aquellos a los cuales por orden ministerial el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry debe adscribirse para mejorar la calidad de atención en salud, en lo respectivo a recepción y acogida, trato, información y comunicación a usuarios y usuarias.

Para dicho cometido, el ministerio propone dos compromisos de gestión para el año 2016 con proyecciones a futuro denominados COMGES N° 9 y COMGES N°13, los cuales deben estar en conocimiento y manejo de los prestadores de salud públicos del país.

- **COMGES N° 9** destina responsabilidad a los Centros de Atención Primaria de Salud (APS) bajo el objetivo de "facilitar el acceso de la población a una atención ciudadana oportuna, de calidad con enfoque de derechos y transparente, a través del fortalecimiento de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de los Servicios y establecimientos de salud de la red, en el marco de la puesta en marcha de la plataforma Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIIAC)". De este objetivo general emanan objetivos específicos que se deben cumplir dentro de tres periodos de avance durante el año 2016, con entregas de documentación pertinente en los meses de junio, septiembre y diciembre.
- **COMGES N° 13** se enmarca en la atención secundaria de salud, ejercida por los Centros Hospitalarios, bajo la estrategia de funcionamiento del Hospital amigo. Es por ello que su objetivo general se refiere a "fortalecer la satisfacción usuaria en los ámbitos de recepción y acogida, trato, e información y comunicación a usuarios y usuarias, en el contexto de la implementación del plan cuatrienal, estrategia Hospital Amigo y otras iniciativas en el desarrollo de los establecimientos".

Ambos compromisos de gestión, son importantes para el desarrollo del trabajo realizado por la unidad de calidad del CESFAM, ya que regulan el procedimiento llevado a cabo por la unidad OIRS en que se obtiene información fidedigna de la satisfacción usuaria sentida por cada uno de las y los beneficiarios de las prestaciones del Centro de Salud, guiando a su vez, el accionar del plan de mejora continua de calidad de la atención en APS.

Plan de Mejora de Calidad

Para lograr la acreditación correspondiente a salud familiar, el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry debe transitar por diferentes etapas, encontrándose actualmente en la etapa "media" en vías de mejorar hacia la etapa "avanzada".

Es por ello, que existen 9 ejes temáticos de evaluación dentro de los cuales se encuentra el área de calidad con objetivos que apuntan a mejorar la atención de salud durante el año 2016. A continuación se presenta la matriz correspondiente al área de calidad.

EJE	BRECHA A INTERVENIR	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PLAZO	PRODUCTO	INDICADOR DE EVALUACION	RESPONSABLE	BRECHA OBSERVADA POR Dra. Guerra
CALIDAD	Componente 1.2: No existe Plan de Gestión de Demanda	Otorgar atención de la población de forma oportuna, centrado en la demanda de los usuarios	Elaboración de documento de Plan de Gestión de Demanda	oct-16	Documento de Plan de Gestión de Demanda	Presencia del Documento de Plan de Gestión de Demanda en la Carpeta de Certificación	Elizabeth Dedes	SI
	Componente 1.3 No existe canal de información de la priorización que la atención secundaria le da a las interconsultas generadas en el CESFAM	Generar una Red Asistencial efectiva y articulada	Solicitar a nivel secundario Informe de Intercosultas calificadas como P1 y días en que demoró ser evaluada	dic-16	Informe de Intercosultas calificadas como P1 y días en que demoró ser evaluada	Cálculo: Número de interconsultas calificadas como P1 evaluadas en el nivel secundario antes de 10 días/Número de interconsultas totales emitidas como P1 *1000	Dr. Mancilla y Pablo Araya	SI
	Componente 2.1: No existe registro de interconsultas por grupos etáreos ni especialidades	Medir la resolutividad de nuestro CESFAM	Calcular todas las interconsultas a Neurología, Broncopulmonar, Reumatología, Dermatología, Cardiolog{ia, Diabetes y Medicina Interna por grupo etáreo (menores y mayores de 15 años), y como denominador las atenciones de médicos (crónicos y morbilidades)	dic-16	Registro mensual de Porcentaje de Interconsultas generadas del total de consultas médicas, REM A07	Cálculo: Número de interconsultas emitidas por grupo etario/Número de consultas de morbilidad en ese grupo etáreo *100	Dr. Mancilla	SI
	Componente 2.2 y 3.2 No se ha ejecutado el diagnóstico participativo completo para finalizar documento de plan de mejoramiento continuo	Conocer y comprender los problemas identificados por la comunidad perteneciente al terriotrio del CESFAM	Completar el diagnóstico participativo en los sectores pendientes (Integrar con EJE PARTICIPACIÓN Componente 2.1)	dic-16	Documento de Diagnóstico Participativo (completo)	Presencia del Documento de Diagnóstico Participativo en la Carpeta de Certificación	Lorena Elgueta	SI
	Componente 2.2 y 3.2 No se ha ejecutado el diagnóstico participativo completo para finalizar documento de plan de mejoramiento continuo	Generar mejoras a los procesos que se realizan en el CESFAM que den solución a los probelmas identificados por la comunidad	Elaboración de documento de Plan de Mejoramiento Continuo	dic-16	Plan de Mejoramiento Continuo completo	Presencia del Documento de Plan de Mejoramiento Continuo en la Carpeta de Certificación	Marcela Guerrero	SI
	Componente 3.1 No está sistematizado en un sólo documento las estrategias que se realizan para disminuir las hospitalizaciones	Disminuir la tasa de hospitalizaciones de la población inscrita en nuestro CESFAM	Extraer el listado de pacientes: - Niños c/ SBO-R y Asma leve moderado. (Guia anticip. - Protocolo de visita) -Adolescentes q` pueden sufrir accidentes o fracturas (Guia anticip.) - PSCV - Inmunizaciones	dic-16	Documento de Plan de Acción para disminución de hospitalizaciones	Presencia del Documento de Plan de Acción para disminución de hospitalizaciones en la Carpeta de Certificación	Fernanda Rojas	SI

Tabla N°6: plan de mejora continua CESFAM Jean y Marie Thierry

Tabla IAAPS 2016

El “Índice de actividad de la atención primaria”, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores. Para el año 2016, el MINSAL ha establecido los siguientes criterios, los cuales según la elaboración por dirección del CESFAM Jean Marie Thierry con aprobación expresa del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, serán:

Tabla N°7: metas IAAPS 2016

A. Componente actividad general

Nº	Indicador	Meta Nacional	Meta 2016 a proponer	Encargado	subrogante
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años	25%	10%	Jennifer Fuenzalida	Marcia Bravo
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años	26%	15,00%	Jennifer Fuenzalida	Marcia Bravo
3	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva (EMPAM) del Adulto de 65 años y más	55%	40%	Paulina Bustos	Jennifer Fuenzalida
4	Ingreso Precoz a control de embarazo (antes de las 14 semanas)	87%	81%	Ingall Camus	Fabiola Salazar
5	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	24%	20%	Jaime Díaz	Andrés González
6	Gestión de reclamos en atención primaria	97%	98%	Marcela Guerrero	Lorena Elgueta
7	Cobertura de Diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más	55%	52%	Jennifer Fuenzalida	Vanessa Arenas
8	Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años	71%	70%	Jennifer Fuenzalida	Vanessa Arenas
9	Cobertura de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños(as) de 12 a 23 meses bajo control	94%	94%	Ana Miño	Beatriz Salgado
10	Tasa de visita domiciliaria integral	0,22	0,22	Lucy Granda	Beatriz Salgado
11	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años	22%	22%	Katherine Cotrozo	Pilar Cornejo
12	Cobertura de Atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años	17%	16%	Pamela Nova	Karen Jeria
13	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	15%	15%	Lorena Elgueta	Pamela Nova

B. Continuidad de la atención

N°	Indicador	Meta Nacional	Meta 2016 a proponer	Encargado	subrogante
1	Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 hrs de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13 hrs	100%	100%	Ana María Espósito	Elizabeth Dedes
2	Disponibilidad de fármaco trazador	100%	100%	Sandra Palma	Manuel Vargas

C. Actividad con Garantía Explicita en Salud (GES)

N°	Indicador	Meta Nacional	Meta 2016 a proponer	Encargado	subrogante
1	cumplimiento de garantías en problemas de salud cuyas acciones son de ejecución en atención primaria	100%	100%	Carlos Mancilla	Lucy Granda

Política Pública en que se enmarca la experiencia

Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria

El presente modelo, es la renovación del conocido Modelo de Atención Primaria de Salud, el cual se define como "el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales pertenecientes a diferentes familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural"[2]. Dicho modelo rige la acción en salud del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, en donde se inserta este Proyecto de Título de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

El modelo se basa en principios, que enmarcaran el trabajo institucionalizado a realizar, siendo estos:

1. **Centrado en las personas:** Se genera una relación entre el equipo de salud y la persona con su familia, con el fin de establecer corresponsabilidad en el cuidado de la salud, enfocándose en los derechos y deberes de las personas, considerando las necesidades y expectativas de los y las usuarios.

2. **Integralidad:** busca la entrega de servicios suficientes en cuanto a promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en salud.

3. **Continuidad del cuidado:** son la serie de eventos y cuidados que se han requerido en salud, coherentes entre sí en un determinado tiempo de atención del usuario y usuaria.

[2] Ministerio de Salud. Subsecretaría de redes asistenciales. División de la Red Asistencial (2005). Modelo de atención integral es salud. Serie cuadernos modelo de atención N°1.

A su vez, se deben considerar dos enfoques que guían las acciones de salud en que se desarrolla el quehacer profesional del equipo de salud, estos son:

1. **Enfoque intercultural:** naciente en la Araucanía chilena en la década del 90' y ratificado por el Ministerio de Salud en el año 2005, que busca mirar de modo diferente la atención de las personas en salud, teniendo en cuenta el respeto por la cultura territorial en que se inscriben los procesos de atención en salud, orientados por los principios de equidad y participación en salud.
2. **Enfoque de género:** hace referencia a reducir las inequidades existentes en los roles socioculturales asignados a hombres y mujeres en el desarrollo del ciclo vital y vida cotidiana de sus familias, desde la perspectiva de la atención en salud, reconstruyendo la concepción de la familia.

Finalmente existen elementos básicos de la APS renovada, que requieren de competencias del equipo de salud referentes a una atención biopsicosocial en el cuidado de la persona, familia y comunidad por medio de atención profesional de excelencia y calidad.

Los elementos básicos de la APS renovada, son:

1. **Acceso y cobertura universal:** un equipo de salud capacitado, brinda atención en salud con equidad a personas que tienen igualdad de oportunidades de acceso a prestaciones de salud.
2. **Atención integral e integrada:** se trabaja en pos de una atención preventiva del daño en los diferentes niveles de la red integrada de servicios durante la vida del o la usuario.
3. **Énfasis en promoción y prevención en salud:** se funda en la bioética, previniendo daños posibles en la persona atendida, buscando para ella el mayor bien posible.
4. **Atención apropiada:** corresponde a la atención de las necesidades de los y las usuarios con los recursos disponibles para ello, velando por la eficiencia, efectividad y equidad de las prestaciones otorgadas.
5. **Orientación familiar y comunitaria:** se debe planificar las intervenciones que se harán a la familia y comunidad, orientando a estos sujetos en la corresponsabilidad del cuidado en salud.
6. **Mecanismos activos de participación:** promueve la participación social de cada integrante de la comunidad, para el trabajo corresponsable con el equipo de salud de APS.
7. **Políticas y programas que estimulan la equidad:** se basa en las teorías utilitaristas, libertarias, comunitaristas e igualitaristas, con la finalidad de contar con una propuesta programática cobijada en la equidad y participación social en salud.

Metas sanitarias 2011 – 2020

Las metas sanitarias, están basadas en el cumplimiento de objetivos estratégicos, en pos de lograr mejoras y avances en cuanto al sistema de salud chileno, en cada una de las prestaciones brindadas por los establecimientos encargados de dar cumplimiento a los beneficios de atención salud del país en sus diferentes niveles.

Esquema N°5: objetivos estratégicos de los objetivos sanitarios 2011-2020

Figura 2. Esquema general de los Objetivos Estratégicos para el logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011 - 2020

Los objetivos estratégicos en salud del Estado Chileno son:

1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.

2. Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

3. Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables.

4. Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.

5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.

6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.

7. Fortalecer la institucionalidad del Sector Salud.

8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.

9. Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias.

La Secretaría Regional Ministerial de Valparaíso, aduce que “la situación de Salud en la Región Valparaíso es concordante con la situación nacional asociada en gran parte al mejoramiento de la situación social y económica, políticas sociales orientadas a la población más vulnerable y en el avance significativo del sistema de salud pública”[3], por tanto se acoge plenamente a las metas sanitarias y objetivos estratégicos del Ministerio de salud.

[3] Introducción “Estrategia regional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios para la década 2011 – 2020”, SEREMI Valparaíso.

Marco Legal

La reforma de salud en Chile, se enmarca en el desarrollo de las leyes que velan por una atención de calidad, igualitaria y sin discriminación alguna, de aquellas atenciones en salud que se brindan a la población chilena actualmente. Para ello, el marco legislativo busca entregar en igualdad de acceso y oportunidad, prestaciones que resguarden la integridad y dignidad de las personas en el ámbito de salud.

A continuación se presentan las leyes, que acompañadas de sus respectivos decretos guían el funcionamiento y otorgamiento de servicios de los diferentes prestadores de salud existentes en el país, ya sean estos, entidades públicas o privadas.

Ley 19.937 de autoridad sanitaria.

Esta ley, promulgada el 30 de enero de 2004 y publicada el 24 de febrero de 2004, está enfocada a establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Para ello, establece la composición del ministerio de salud y las funciones que deben cumplir las instituciones que se desprenden de ella.

El ministerio de salud está compuesto por: Ministro de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud pública y Secretarías regionales ministeriales. Todas ellas, dependiendo del volumen de trabajo a efectuar se dividirán a su vez en divisiones, departamentos, secciones y oficinas. Cabe mencionar que las funciones propiamente tal del Ministerio de salud son:

Tabla N°8: Funciones del MINSAL

1. Ejercer la rectoría del Sector de Salud
2. Dictar normas generales en materias de técnicas, administración y financiamiento
3. Velar por el cumplimiento de las normas
4. Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población
5. Tratar datos con fines estadísticos, manteniendo un registro actualizado
6. Formular el presupuesto sectorial
7. Formular, evaluar y actualizar el sistema de acceso universal con Garantías Explicitas
8. Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector de salud o plan nacional de salud
9. Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento
10. Velar por la efectiva coordinación de redes asistenciales
11. Establecer estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud
12. Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar
13. Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud
14. Establecer protocolos de atención en salud
15. Implementar sistemas alternativos de solución de controversias por responsabilidades de los prestadores
16. Formular políticas con enfoque de salud intercultural

El subsecretario de redes asistenciales, tiene a su cargo la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas, regulando las prestaciones.

La función del Subsecretario de Salud pública, es subrogar al Ministro, teniendo a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio en cuanto a Promoción de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afecten a la población. Así como también, proponer políticas, normas, planes y programas, velando por su cumplimiento coordinando con FONASA e ISAPRE.

En cambio, Las secretarías ministeriales regionales, deben preocuparse por el cumplimiento de normas, planes, programas y políticas nacionales fijados por el ministerio, ejecutar acciones de protección de la salud, adoptar medidas sanitarias y otorgar autorizaciones sanitarias, mantener un diagnostico epidemiológico actualizado de la región y colaborar en las acciones de recepción de reclamos con las debidas fiscalizaciones y acreditación de los prestadores de salud.

La composición de la Red Asistencial de cada Servicio, se constituye por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, Centros de APS y establecimientos públicos y privados que se adhieran en convenio a la red.

El Servicio de Salud de cada circunscripción de la región, deberá supervisar y coordinar lo relativo a los Centros atención primaria en salud. Además, la presente ley refiere acerca de los directores del servicio y sus funciones, junto a su forma de financiamiento de recursos.

Los Establecimientos autogestionados en red, son aquellos que dependientes de los servicios de salud, tienen mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones de calidad. Para esto, requieren una resolución en conjunto del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda al cumplir con los requerimientos exigidos, por tanto serán órganos desconcentrados del Servicio de Salud al cual pertenecen.

Finalmente, se encuentran los establecimientos de salud menores, que dependen del Servicio de Salud al tener menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Sin embargo, al director del establecimiento le corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades realizadas en prestación de salud y funcionamiento de la institución que dirige.

Ley 20.584 de Derechos y deberes del paciente

La presente ley, regula los derechos y deberes que tienen las personas con respecto a sus atenciones en salud, en establecimientos de salud, ya sean estos públicos o privados. Garantizando una cantidad de 10 derechos que tienen las personas, de los cuales a su vez emanan los deberes que deberá cumplir cuando reciba prestaciones de salud.

Tabla N°9: derechos de los pacientes en salud (elaboración propia en base a ley 20.584)

DERECHOS		
1	**De la seguridad en atención de salud**	Equipo de salud y prestadores deben cumplir con normativa y protocolos de atención, para que esta sea segura y de calidad.
2	**Del derecho a un trato digno**	Recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y lugar durante su atención, con lenguaje adecuado y comprensible.
3	**Del derecho de tener compañía y asistencia religiosa**	Contar con la compañía de familiares y amigos cercanos durante la hospitalización. Recibir oportunamente consejería o asistencia religiosa-espiritual.
4	**Del derecho de información**	Información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, ya sea verbal, visual o escrita acerca de su situación en salud, previsión, reglamento interno del establecimiento y formas de efectuar reclamos y sugerencias.
5	**De la reserva de la información contenida en la ficha clínica**	Instrumento que reúne la información del paciente considerada dato sensible, que debe ser utilizada por los profesionales directamente relacionados con la atención de salud de la persona.
6	**De la autonomía de las personas en su atención de salud**	La persona puede otorgar o denegar su voluntad para someterse a procedimientos o tratamientos en su atención de salud.
7	**De la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica**	La persona debe ser informada y decidirá su incorporación a la investigación que se realice con fines científicos – biomédicos con previo consentimiento libre, informado y personal.
8	**De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual**	Restricción de acceso a su información con razones médicas que lo justifiquen como resguardo de la integridad de la persona, que será proporcionada a la persona que represente al usuario como también indicaciones de los tratamientos que se le prescribirán.
9	**De la participación de las personas usuarias**	Efectuar consultas y reclamos según estime pertinente de la atención que ha recibido la persona, así como también de comentarios y sugerencias.
10	**De los medicamentos e insumos**	Registro de los precios de las prestaciones, insumos y medicamentos cobrados en la atención de la persona. Incorporando pagos y plazos para ello.

En cuanto a los deberes de las personas, en relación a su atención de salud, se estipula lo siguiente:

- La persona debe respetar el reglamento interno de dicho establecimiento.
- La persona debe procurar informarse del funcionamiento del establecimiento, según las prestaciones que requiere, así como también de sus horarios y modalidades de atención, junto con los procedimientos de consulta y reclamos pertinentes.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento que el establecimiento de salud mantiene para las atenciones brindadas a cada persona, en caso de causar daños, el usuario debe responder por los perjuicios generados.

- Tratar respetuosamente al equipo de salud, siendo una obligación para la persona, sus familiares y amigos.
- Colaborar con el equipo de salud informando con veracidad acerca de sus necesidades, problemas de salud y antecedentes relevantes para su atención en salud.

El cumplimiento de esta ley, podrá ser reclamado por cada persona según los derechos que le confiere la normativa, siendo el prestador, el responsable de adoptar medidas que subsanen las irregularidades existentes. En caso de que la respuesta no sea satisfactoria para el usuario o usuaria, podrán recurrir a la Superintendencia de Salud.

Finalmente se presentan las definiciones técnicas de los tipos de prestadores existentes en la atención de salud chilena.

Esquema N°6: prestadores de la salud chilena

Es de importancia, mencionar la existencia de seis decretos emanados desde esta ley, que regulan específicamente áreas tratadas en su contenido, de un modo acotado y claro. Estos decretos son:

- **Decreto 31:** Aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado de las atenciones de salud, estipulando quien es el profesional encargado de entregar las informaciones a las personas atendidas o sus representantes legales , modalidad y lugar para realizar esta acción. Indica a su vez, el derecho de la persona a consentir o denegar su voluntad en situaciones concernientes a su salud.

- **Decreto 35:** regula el reglamento sobre el procedimiento de reclamo según los derechos y deberes de la persona en su atención de salud. Para ello define términos como: reclamo, reclamante, prestador institucional de salud y superintendencia. Consta en ella, las formas y contenidos necesarios en los reclamos por parte del prestador y el reclamante, así como su forma de respuesta y adopción de medias. En caso de respuesta insatisfactoria para el usuario o usuaria, indica el proceso a seguir.

- **Decreto 38:** aprueba el reglamento sobre derechos y deberes de las personas en salud, definiendo cada uno de ellos, así como también términos relativos a la temática en cuanto a prestador de salud, prestador institucional, prestador individual, equipo de salud y usuario.

- **Decreto 40:** este decreto es de relevancia para el presente proyecto de título, debido a que regula la creación y contenido del reglamento interno que deben poseer los prestadores institucionales públicos o privados en salud. Contiene las definiciones de prestador institucional, atención abierta y cerrada, y equipo de salud. Para el desarrollo del reglamento interno existen nueve ítem obligatorios en su construcción, pero también propone ocho ítem optativos con la posibilidad de agregar otros a este instrumento, según acuerdos del prestador de salud.

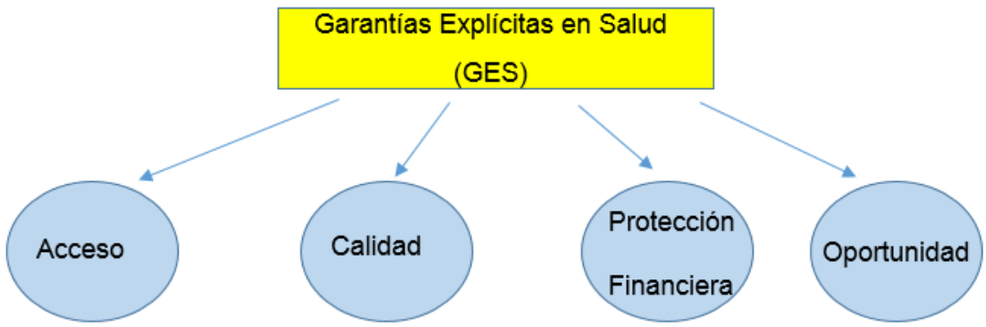
- **Decreto 41:** aprueba el reglamento sobre fichas clínicas, estipulando su significado, contenidos, almacenamiento y protección, administración, uso y eliminación. Cada persona debe tener una ficha clínica para su atención en salud con datos de carácter sensible, por lo cual la Superintendencia de salud mediante la Intendencia de Prestadores, debe controlar y fiscalizar el cumplimiento de este decreto en la práctica.

- **Decreto 62:** Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial, para lo cual define que son estos comités, cómo podrán constituirse, sus integrantes, sesiones, funcionamiento y prohibiciones. Así mismo, estipula que el pronunciamiento de este equipo ético no es una resolución, sino que tiene un carácter de recomendación fundada para quien haya solicitado que el Comité de Ética se pronunciara acerca de una situación en específico.

Ley 19.966 de Garantías Explicitas en Salud

Es un instrumento del Régimen General de Garantías, en concordancia con el plan nacional de salud y los recursos disponibles en el país, estableciendo prestaciones promocionales, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, siendo cubiertas por programas de FONASA por atención institucional.

Esquema N°7: GES



Para dar cumplimiento a estas garantías, se estipula claramente las formas de recibir estas prestaciones y los beneficiarios de acuerdo a las normas e instrucciones vigentes. Además, consta cuáles son estas cuatro garantías de salud que hoy cubren 80 patologías.

Así mismo, expresa los términos y condiciones de la cobertura financiera en las Garantías Explícitas de Salud según corresponda a FONASA o ISAPRES cubrir el financiamiento de la patología según esta norma.

La aprobación del régimen GES, debe ser por decreto supremo del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda en conjunto, fijando este último, el marco de los recursos disponibles para los beneficios en cuestión.

En cuanto al análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Salud, contará con un consejo que lo asesorará en las materias relativas a esta temática.

Ley 18.469 de Protección de salud y régimen de prestaciones en salud

El libre ejercicio del derecho constitucional de protección de la salud, es de libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud o su rehabilitación. Para ello, la persona tiene pleno derecho a escoger entre el sistema de salud estatal o privado por medio del cual recibirá las prestaciones de salud que requiera.

Los afiliados al sistema previsional son los trabajadores dependientes, independientes, cotizantes voluntarios y pensionados, siendo sus beneficiarios directos, aquellas personas que dependan de él para recibir atenciones de salud por alguno de los prestadores existentes en el país.

Las prestaciones de salud a las cuales puede optar el afiliado y sus beneficiarios son las Garantías Explícitas en Salud por medio de exámenes de medicina preventiva, asistencia médica curativa y atención odontológica en los establecimientos de salud de acuerdo a su afiliación a FONASA o ISAPRES.

Cabe destacar, la protección a la mujer embarazada durante el embarazo y posterior a este, la protección del niño o niña hasta los seis años de edad.

Una de las aristas importantes de este régimen previsional, es que la persona afiliada puede optar a la “libre elección” de su atención de salud, la cual se refiere a que la persona según la institución en que esté inscrita podrá elegir con que profesional o establecimiento de salud desea llevar a cabo sus atenciones en condiciones óptimas y de calidad.

En FONASA la afiliación según los ingresos se adscriben a uno de los cuatro grupos beneficiarios, a los cuales se les financia un porcentaje relativo de las prestaciones de salud que reciben, estos grupos son:

- **Grupo A:** indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes de subsidio familiar.

- **Grupo B:** ingreso mensual no exceda ingreso mínimo mensual o afiliados con ingresos correspondientes al grupo C con más de tres beneficiarios.

- **Grupo C:** ingreso mensual superior al ingreso mínimo mensual y que no lo exceda 1,46 veces. Afiliados con ingresos correspondientes al grupo D con más de tres beneficiarios.

- **Grupo D:** ingreso mensual superior 1,46 veces el ingreso mínimo mensual con dos beneficiarios.

Finalmente, los afiliados pueden renunciar al régimen en el momento que estimen conveniente y optar por una ISAPRE para su atención en salud. En cuanto al financiamiento, este se lleva a cabo a través de los recursos que establece la ley con las tarifas que les corresponde a los usuarios pagar por los servicios de atención que requieren en salud.

Capítulo 2

“Marco de Referencia”

Gestión como concepto general

Para la mejor comprensión de los ejes temáticos presentes en este capítulo, es necesario comprender la definición de Gestión que guía el Proyecto de título.

Es así, que Gestión viene “del latín gestĭo, el concepto de gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Al respecto, hay que decir que gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. Administrar, por otra parte, abarca las ideas de gobernar, disponer, dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación.”[4]

Contextualizado con el Proyecto de título de Trabajo Social, realizado por la Estudiante Melissa Oporto Barahona, es que gestión en tanto a llevar a cabo diligencias, se vuelve el concepto central del marco referencial, debido a que gracias a él, es que se confeccionará el diseño y propuesta del Reglamento Interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, debido a que se dirigirá a los funcionarios, ordenará y organizará aquella información y material bibliográfico que contribuya a la generación de dicho Reglamento.

[4] Definición.de, Concepto de Gestión (2016) Página web http://definicion.de/gestion/#ixzz48qU6zQVB visitada en mayo de 2016.

Eje Temático N° 1: "Gestión de Recursos Humanos"

A.- Gestión de Recursos Humanos en la Organización

La gestión de recursos humanos es llevada a cabo por un profesional competente en cualquier tipo de organización, por lo cual es un área de trabajo interdisciplinario debido a que comprende conceptualizaciones de "psicología industrial y organizacional, sociología organizacional, ingeniería industrial, derecho laboral, ingeniería de seguridad, medicina del trabajo, ingeniería de sistemas, informática, etc."[5] Siendo parte de su temática lo relativo a eficiencia y eficacia de la organización entre otros aspectos relativos al personal en niveles individual, grupal, departamental, organizacional y ambiental.

Los aspectos trabajados mediante gestión de recursos humanos, pueden impactar en el cambio organizacional y del personal, considerando el desarrollo cotidiano variable de la organización.

Así mismo, se generan políticas de recursos humanos que refieren a cómo la organización desea tratar a los funcionarios para alcanzar mediante ellos, los objetivos organizacionales que se hayan planteado, lo cual en el caso del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry se relaciona con el desarrollo y fomento del trabajo en equipo en los procesos de mejora continua de la organización de un modo participativo.

Los objetivos principales del área de Recursos Humanos son[6]:

1. Crear, mantener y desarrollar un contingente de personas con habilidades, motivación y satisfacción por alcanzar los objetivos de la organización.
2. Crear, mantener y desarrollar condiciones organizacionales para el empleo, desarrollo y satisfacción plena de las personas, y para el logro de los objetivos individuales.
3. Lograr eficiencia y eficacia por medio de las personas.

Dichos objetivos, se relacionan con el desempeño de la Unidad de Calidad del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, debido a que a través de su trabajo, gestiona los recursos humanos existentes en la organización con el fin de lograr los objetivos propuestos en el plazo de un año, para lo cual despliega actividades grupales participativas en busca de la concreción de las metas impuestas en cuanto a Tabla IAAPS 2016, Plan de mejora continua y COMGES N°9 y N°13.

---

[5] CHIAVENATO, I. (2009) "Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones". Editorial McGraw-hill. México.

[6] CHIAVENATO, I. (2009) "Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones". Editorial McGraw-hill. México.

B.- Gestión de Recursos Humanos y Formas de organización del trabajo

Para comprender cabalmente el enfoque de recursos humanos utilizado en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, es necesario indagar en las formas de organización, las cuales se revelan mediante diversas teorías, estas son:

- **Teoría clásica:** se compone de tres teorías, las cuales se refieren a
  1.- Teoría de la organización científica por Taylor, considerando como mejor forma de llevar a cabo tareas a través de la división de estas en elementos básicos.
  2.- Modelo Burocrático de Weber con las ideas de jerarquización, líneas de autoridad y tematización del comportamiento.
  3.- teoría de la administración de Fayol que trata las cuatro funciones básicas de un administrador: planificación, organización, dirección y control.
- **Teorías del comportamiento:** nace la propuesta de Elton Mayo de la Escuela de Relaciones Humanas, la cual apunta a la humanización del trabajo para el logro de mejores resultados en la producción, debido a la participación de los empleados en la toma de decisiones de la organización, como también las mayores responsabilidades adquiridas por estos.
- **Teorías de sistemas:** su representante es la escuela sociotécnica de pensamiento, que considera a los sistemas de trabajo, sistemas de producción, tecnológicos y sociales como interdependientes entre sí, logrando reestructuraciones en el trabajo que traen consigo cambios sociales y psicológicos, democratizando así los espacios de trabajo al crear grupos autónomos con habilidades variadas y mayor responsabilidad.

Es así, como la gestión de recursos humanos que se genera en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry tiene influencia de estos tres conjuntos de teorías con una predominancia de las teorías sistémicas, debido a que el trabajo llevado a cabo por los funcionarios del CESFAM se divide en equipos de trabajo autónomos con responsabilidades a cumplir, siendo un espacio importante de trabajo que gracias a la búsqueda de la participación de funcionarios en el desarrollo de las labores de los diferentes grupos, se torna un espacio democratizado de participación funcionaria.

C.- Trabajo en Equipo

De las teorías de gestión de recursos humanos, emana la necesidad de trabajar con grupo de empleados para conseguir los objetivos organizacionales, pero en el caso del área de salud y en específico del Centro de Salud Jean y Marie Thierry, este trabajo se lleva a cabo por equipos de trabajo en diferentes tareas con el fin de mejorar la calidad del servicio brindado a personas usuarias del territorio correspondiente.

En primera instancia se debe comprender que un grupo, según las características desarrolladas por Forsyth[7] es un conjunto de dos o más personas que tienen una estructura para sus relaciones estables, funcionamiento ordenado y predictibilidad, con metas y objetivos compartidos para la mantención del grupo, reconociéndose cada persona como miembro del grupo.

Aun así, la Unidad de Calidad del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, se enmarca en la concepción de equipo de trabajo que según García[8] en 1988, un equipo de trabajo es “una entidad social altamente organizada y orientada a la consecución de una tarea común. Lo compone un número reducido de personas, que adoptan e intercambian roles y funciones con flexibilidad, de acuerdo con un procedimiento y que disponen de habilidades para mejorar su proceso socioafectivo en un clima de respeto y confianza.”, lo cual incide en que el desarrollo del trabajo de la unidad sea con responsabilidad compartida entre los profesionales a cargo de ella y los estudiantes a su cargo.

[7] GONZÁLEZ, M., SILVA, M. Y CORNEJO, J. (1996) “Equipos de trabajo efectivos”. Editorial EUB, Barcelona, España.
[8] GONZÁLEZ, M., SILVA, M. Y CORNEJO, J. (1996) “Equipos de trabajo efectivos”. Editorial EUB, Barcelona, España.

Finalmente cabe destacar la adaptación de Jhonson y Jhonson[9], en el año 1994 sobre los componentes que diferencian al grupo del equipo de trabajo.

Tabla N°10: comparación entre grupo y equipo de trabajo

(Fuente: "Equipos de trabajo efectivos" - GONZÁLEZ, MARÍA PILAR)

	GRUPO DE TRABAJO	EQUIPO DE TRABAJO
Líder	Asignación clara del líder	Responsabilidad compartida.
Objetivo	El propósito del grupo es la misión general de la organización.	El equipo tiene un propósito específico y bien definido propio.
Producto	El producto es fruto del trabajo individual.	El producto es tanto del equipo como del individuo.
Efectividad	La efectividad se mide indirectamente por la influencia del grupo en los otros.	La efectividad se mide directamente valorando los productos del equipo.
Responsabilidad	Solo es evidente la responsabilidad individual.	Es evidente tanto la responsabilidad individual como del equipo.
Reconocimiento	Se reconoce y recompensa el cumplimiento individual.	Se reconocen y celebran los esfuerzos individuales que contribuyen al éxito del equipo.
Reuniones	Se manejan eficientemente y se sostienen por largos periodos de tiempo.	Discusiones abiertas con solución activa de problemas.
Decisiones	En las reuniones los miembros discuten, deciden y delegan.	En las reuniones los miembros discuten, deciden y hacen el trabajo real conjuntamente.

A través de la realización del trabajo en equipo, entre la Estudiante de Proyecto de Título de Trabajo Social UV y los profesionales de la Unidad de Calidad del CESFAM, se llevará a cabo el diseño y propuesta de reglamento interno con el apoyo del personal de dicha institución, siendo en ello que radica la importancia de abordar este eje temático de gestión de recursos humanos en la organización.

[9] GONZÁLEZ, M., SILVA, M. Y CORNEJO, J. (1996) "Equipos de trabajo efectivos". Editorial EUB, Barcelona, España.

Eje Temático N° 2: "Gestión Clínica"

A.- Gestión clínica

La gestión clínica son "todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes"[10], lo cual se vincula con alcanzar mejoras en la calidad del cuidado del paciente y la atención, por tanto busca "hacer correctamente las cosas correctas"[11], manteniendo altos estándares de atención en salud.

De lo anterior emana la necesidad de que los profesionales de salud cuenten con la información pertinente e incentivos para hacer correctamente las cosas correctas.

Al tener como finalidad vincular con responsabilidad sanitaria y social al profesional con el paciente, la gestión sanitaria, busca apoyar los procesos de mejora continua en salud, lo cual se ve plasmado en la satisfacción usuaria sentida por las personas que reciben atenciones de salud en los servicios de APS del país. Es por ello que se requiere de la toma de decisiones acorde a los procesos desarrollados por la institución de atención primaria, en tanto esta se refiera a generar procesos de trabajo en pos de la mejora continua.

Desde otra perspectiva, la gestión clínica permite el desarrollo de los profesionales a través del liderazgo en la toma de decisiones considerando las necesidades y preferencias de los pacientes; el desarrollo de los centro de salud según su misión al evolucionar como organización de conocimientos y servicios abiertos; y finalmente el desarrollo de los y las usuarios, quienes asumen su capacidad de expresión y decisión de un modo cercano, informado, oportuno y de calidad.

La gestión clínica se produce en su base, entendiéndose esta como los profesionales capaces y comprometidos con la toma de decisiones, orden del gasto, calidad y satisfacción usuaria.

---

[10] Servicio Andaluz de Salud (2002). "Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria, Plan estratégico". Sevilla: 6.
[11] MINSAL (2013) "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria". Santiago de Chile.

Por otra parte, la gestión clínica descansa en tres principios[12], los cuales hacen referencia a:

1. Orientación al proceso asistencial, con el objeto de controlar los resultados sanitarios:
   - Protocolizar los procesos asistenciales basados en la mejor evidencia médica del momento.
   - Prestar atención integral.
   - Fortalecer los sistemas de información.
   - Utilizar sistemas de clasificación de pacientes.
   - Promover el mejoramiento continuo.

2. Autoevaluación permanente, que analiza sistémicamente:
   - La calidad de los cuidados médicos y de enfermería.
   - Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
   - Los recursos utilizados.
   - Los resultados clínicos.

3. Autonomía de gestión:
   - En la gestión de recursos humanos y materiales.
   - En la gestión del presupuesto clínico y la rendición de resultados.

Para que estos principios se puedan cumplir, se requiere que el personal en salud participe de las decisiones a tomarse promoviendo el uso de la información clínica y optimización de los recursos disponibles.

La gestión clínica al ser un cambio cultural en la gestión en salud por los cambios y avances tecnológicos que se han ido suscitando a lo largo del tiempo requiere mayor autonomía en la gestión más cercana a las personas usuarias, mayor participación de los funcionarios en la toma de decisiones, guías y protocolos para el manejo de información clínica por parte de los funcionarios de la salud, y valoración de los recursos idóneos que se estén utilizando para diagnóstico y tratamiento de los y las usuarios.

Así mismo, la gestión clínica, permite comprender mejor y dominar los procesos de atención médica, fundamentar las decisiones en evidencias científicas, reducir la variabilidad en las prácticas clínicas, bajar el nivel de incertidumbre y evitar la diversidad de interpretaciones y conductas en pacientes que sufren patologías con características similares.[13]

---

[12] MEDWAVE, Revista biomédica (2016) página web http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5418 visitada en julio de 2016.

[13] MEDWAVE, Revista biomédica (2016) página web http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5418 visitada en julio de 2016.

Cabe mencionar que la gestión clínica beneficia al personal clínico en la facilitación de su trabajo cotidiano, potencia a los directivos en su capacidad de gestión y a los usuarios les da seguridad en cuento a los procesos relativos a su atención en salud.

En cuanto a lo referente al presente Proyecto de Título, cabe mencionar su vinculación con la gestión clínica debido a que busca a través de procesos de mejora de la información disponible, lograr mayores estándares de calidad y satisfacción usuaria de las personas usuarias del territorio correspondiente al Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry. Para lograr el cometido del diseño y propuesta del reglamento interno de la institución se hará utilización de factores de la gestión clínica exitosa en cuanto a: investigación, implicación de los profesionales del centro de salud, impulso de nuevas modalidades de trabajo, incorporación de la participación del equipo de salud, como también el análisis y optimización de los procesos de atención usuaria.

Esquema N°8: avances en calidad por gestión clínica [14]:

[14] MINSAL (2013) “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”. Santiago de Chile.

Eje Temático N° 3: "Gestión de Calidad"

A.- Gestión de calidad

Para situar el trabajo realizado por la Unidad de Calidad del Centro de Salud Jean y Marie Thierry, se acogerá como modelo de gestión el denominado "Calidad Total" por Deming en el año 1987, el cual "propone un sistema de pasos a seguir por las empresas interesadas en obtener un mejoramiento significativo en la calidad y productividad de sus procesos"[15], los catorce pasos a seguir son los siguientes, en los cual se refleja hacia donde apunta el trabajo realizado por la Unidad en que se inserta el Proyecto de Título.

1. Constancia en el propósito de mejorar productos y servicios como un esfuerzo permanente y cotidiano a largo plazo.
2. Adopción de una nueva filosofía, abandonando los antiguos conceptos al adoptar como clave la gestión.
3. Cambio en el control de calidad luego de realizado el trabajo, se propone prevenir los defectos apuntando a la mejora continua.
4. Reducción del número de proveedores para contar con materias primas de calidad y homogéneas.
5. Mejoría constante del sistema, recolectando la información necesaria para el análisis y detección de fallas.
6. Entrenamiento en el trabajo del personal para desarrollar su mayor potencial.
7. Generación de liderazgo de los jefes formales como también gracias a capacitaciones emanadas desde la gerencia de la organización.
8. Eliminación del temor se refiere a las estrategias de control, buscando mejores niveles de compromiso y aportes realizados por los trabajadores.
9. Eliminación de límites referidos a diferenciar las unidades de trabajo para crear comunicación efectiva de modo transversal en la organización.
10. Eliminación de Slogans debido a que muchas veces no son aportes significativo y solo causan molestias.
11. Eliminación de metas numéricas ya que favorecen la cantidad por sobre la calidad, por lo que se aconseja generar un liderazgo motivador.
12. Eliminación de condiciones que hacen difíciles que los trabajadores sientan orgullo por su trabajo.
13. Elaboración de un programa de educación y perfeccionamiento para todos a largo plazo.
14. Poner a todos manos a la obra debido a que el mejoramiento continuo es trabajo de todos en equipo.

[15] RODRÍGUEZ, D. (2011) "Gestión Organizacional". Ediciones UC. Santiago, Chile.

Si bien, estos 14 puntos se pueden entender de diferentes maneras según la organización, en este caso se consideran para la Unidad de Calidad debido al trabajo que realiza para lograr mejoras continuas en el quehacer cotidiano de la institución a través de la participación de los y las funcionarios.

B.- Calidad de los servicios

Calidad se define desde dos perspectivas, las cuales son[16]:

- Las características de un producto o servicio, basado en su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas.
- Un producto o servicio sin defectos.

Además el Dr. Avedis Donabedian en el año 1984, define calidad en salud, como "proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas su partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican con su cosmovisión y formación académica"[17].

En síntesis, la calidad es realizar los productos o servicios de forma correcta desde el primer instante en los tiempos pertinentes, involucrando la innovación en el servicio y satisfacción de las personas usuarias.

La calidad de atención se basa en tres motivaciones, las cuales guardan relación con:

1. Aspectos éticos referentes a actuar de forma adecuada para la satisfacción de las necesidades de las personas usuarias, minimizando los errores y daños que se pudiese efectuar.
2. Aspectos legales, reflejados en la Ley N°19.937 de autoridad sanitaria y gestión en salud, donde se encuentran los estándares mínimos de la atención de calidad.
3. Eficiencia en el uso adecuado de los recursos que se disponen en salud, para ofrecer servicios de la mayor calidad posible con un menor costo.

A su vez se encuentra en la temática de calidad, las dimensiones que la acompañan, siendo estas: calidad científico-técnica o competencia profesional, eficacia, eficiencia, accesibilidad y satisfacción usuaria. Por ello, es importante medir la calidad de los procesos en salud, para ayudar al personal clínico a mejorar los servicios entregados a los y las usuarios.

[16] MINSAL (2013) "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria". Santiago de Chile.
[17] MINSAL (2013) "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria". Santiago de Chile.

Por otro lado, para que los servicios intangibles sean de calidad, se deben superar cuatro deficiencias[18] que se involucran en esta área:

1. No saber lo que esperan los usuarios.
2. Establecimiento de normas de calidad equivocadas.
3. Deficiencias en la realización del servicio.
4. Discrepancia entre lo que se promete y lo que se realiza.

La importancia de la superación de estas deficiencias, radica en que la calidad de los servicios se encuentra en la producción y entrega de estos siendo los usuarios a través de sus propias percepciones, quienes consideran si dichos servicios satisfacen sus requerimientos y necesidades en base a una obtención de servicios de la calidad esperada.

C.- Satisfacción usuaria

La satisfacción usuaria en salud, se define como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario"[19]. Por lo cual se tiene en cuanta la "manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello"[20].

Para medir esta percepción de los y las usuarios en salud, en el año 2007 se crea un estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud, por parte del MINSAL para la obtención de información de satisfacción usuaria a raíz de los objetivos de salud de los años 2000 a 2010, el cual se refería a "proveer servicios acordes con las expectativas de la población"[21].

Emanado de lo anterior se entienda la salud en Chile con un enfoque de derechos, por lo cual las atenciones del sistema de salud deben cumplir con las expectativas de la población atendida en cuanto al rol y funcionamiento del sistema. Así mismo, esto se vincula con la concepción de la OMS referente a la "capacidad de respuesta" en salud, refiriéndose así a los aspectos médicos y no médicos abarcados por el sistema de salud implementado en cada país, siendo importante para ello el respeto de los derechos de las personas, la satisfacción de sus requerimientos y necesidades, y la aspiración a un sistema justo.

[18] ZEITHAML, V. PARASURAMAN, A Y BERRY, L. (1993) "Calidad total en la gestión de servicios". Editorial Díaz de Santos, Madrid, España.
[19] MINSAL (2013) "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria". Santiago de Chile.
[20] MINSAL (2013) "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria". Santiago de Chile.
[21] MINSAL (2007) "Estudio Nacional sobre satisfacción y gasto en salud". Módulo de resultados de satisfacción, Santiago de Chile.

Los aspectos no médicos de la calidad en salud, que brindan la satisfacción a usuarios y usuarias del sistema, son[22]:

1. Derecho a la información.
2. Trato digno.
3. Oportunidad de atención a tiempo y cuando es necesaria.

En síntesis, la satisfacción en salud y en otras áreas, tanto públicas como privadas, radican en la percepción del usuario de la calidad de los servicios recibidos, por medio de valoraciones del resultado final, lo cual puede influir en lo que los usuarios y usuarias comentan a otras personas acerca de su experiencia personal en las atenciones médicas y no médicas recibidas en instituciones de salud.

D.- Acreditación en salud

La acreditación de los prestadores de salud, es aquel proceso periódico y voluntario por el cual se someten a una evaluación de entidades externas de aquellos procesos y resultados que garantizan la mejora de la calidad de la atención en salud.

Para que esto se lleve a cabo, en forma y condiciones establecidas por el Estado, se debe tener en consideración las leyes de N°19.937, N° 19.996 y D.F.L N° 1 del año 2005.

El acceso al proceso de acreditación se debe a dos requisitos imprescindibles, los cuales son:

1. Resolución de autorización sanitaria para funcionar, otorgada por SEREMI.
2. Cumplir durante el año anterior con autoevaluación interna de calidad de la institución prestadora de salud.

La acreditación obtenida por los prestadores de salud, tiene una vigencia de tres años con posibilidad de extensión a un periodo máximo de cinco años.

La calidad de la atención y seguridad del paciente son componentes esenciales para el proceso de acreditación de los establecimientos de salud en Chile, resolviendo año a año las brechas existentes.

Para el proceso de acreditación, el Ministerio de Salud, es el órgano gestor de diversa documentación que orienta e informa acerca de dicho proceso en su preparación.

[22] MINSAL (2007) “Estudio Nacional sobre satisfacción y gasto en salud”. Módulo de resultados de satisfacción, Santiago de Chile.

En cuanto al proceso de autoevaluación de los prestadores de salud, deben llevarlo a cabo el año antes de solicitar la acreditación en salud. Esta autoevaluación se basa fundamentalmente en revelar sus fortalezas, debilidades, aciertos, desviaciones, eficiencia, eficacia y mejoramiento del sistema en cuestión.

Así mismo, la institución debe contar para su acreditación un plan de mejora continua de las falencias que haya detectado en su autoevaluación, explicitando las actividades a llevarse a cabo para la mejoría de la situación actual.

Los componentes evaluados durante el proceso de acreditación son:

1. Respeto a la dignidad del paciente.
2. Gestión de la calidad.
3. Gestión clínica.
4. Acceso, oportunidad y continuidad de la atención.
5. Competencias del Recurso Humano.
6. Registros de datos clínicos y administrativos.
7. Seguridad del equipamiento.
8. Seguridad de las instalaciones.
9. Servicios de apoyo que resguardan la seguridad del paciente.

Las entidades acreditadoras, son personas jurídicas públicas o privadas, autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud, cumpliendo con requisitos contemplados en el reglamento N°15 del Ministerio de Salud del año 2007.

A su vez, el Estado tiene el deber de regular y fiscalizar a las instituciones que certifiquen las especialidades médicas de los profesionales y establecimientos de atención en salud según tipo y complejidad de este.

Finalmente, cabe destacar que la acreditación es un proceso de ocho pasos a seguir, los cuales son:

1. El prestador de salud, solicita su acreditación en salud y esta es evaluada en el cumplimiento de sus requisitos por la Intendencia de Prestadores de Salud.
2. Se designa aleatoriamente la entidad que acreditará al prestador de salud.
3. Entidad acreditadora acepta su designación.
4. Entidad acreditadora informa la fecha de inicio y acuerda cronograma del proceso de acreditación con el prestador de salud.
5. Se inicia el proceso de acreditación.
6. Se termina el proceso de acreditación.
7. Entidad acreditadora informa si el prestador de salud es acreditado con observaciones.
8. Prestador de salud con observaciones en su proceso de acreditación, presenta un plan de mejora a la entidad acreditadora.

Eje temático N° 4: "Gestión por procesos"

Un sistema de gestión permite a la organización, orientarse a la obtención de buenos resultados gracias al establecimiento de metodologías, actividades, recursos y responsabilidades entre otros.

Es así, que proceso se define como un "conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan, las cuales se transforman en salidas"[23].

Debido a lo anterior, el enfoque por procesos se basa en el uso de tecnologías de la información y comunicación en la realización de actividades que pueden ser descentralizadas. Siendo su principio básico, la obtención de resultados relativos a la satisfacción del cliente y de las partes interesadas en dicho proceso.

Cabe mencionar el transitó desde una gestión funcional a la gestión por procesos, obteniéndose el siguiente contraste.

Esquema N°9: gestión funcional v/s gestión por procesos

GESTIÓN FUNCIONAL	GESTIÓN POR PROCESO
Organización por departamentos o áreas especializadas.	Organización orientada a los procesos.
Los departamentos condicionan la ejecución de las actividades.	Los procesos de valor añadido condicionan la ejecución de las actividades.
Autoridad basada en jefes funcionales o departamentales.	Autoridad basada en los responsables del proceso.
Principios de jerarquía y control.	Principios de autonomía y de autocontrol.
Orientación interna de las actividades, hacia el jefe o hacia el departamento.	Orientación externa hacia el cliente interno o externo.
Principios de burocracia, formalismo y centralización en la toma de decisiones.	Principios de eficiencia, flexibilidad y descentralización en la toma de decisiones.
Ejercicio del mando por control basado en la vigilancia.	Ejercicio del mando por excepción basado en el apoyo o la supervisión.
Principio de eficiencia: Ser más productivos.	Principio de eficacia: Ser más competitivos.
La cuestión es cómo hacer mejor lo que venimos haciendo.	La cuestión es para quién lo hacemos y qué debemos hacer.
Las mejoras que se logran tienen un ámbito transfuncional y generalizado: El proceso –unidad organizacional–.	Las mejoras que se logran tienen un ámbito funcional limitado: El departamento –unidad organizacional.

Fuente: Aguilar (2006: 484)

[23] INSTITUTO ANDALUZ DE TECNOLOGÍA, (2009) "Guía para una gestión basada en procesos". Editado por IAT. España.

Desde otra arista, el enfoque por procesos se relaciona con la normativa ISO 9000 del año 2000 y las derivadas de este relativas a normas ISO 9001 e ISO 9004 que dicen relación con el establecimiento de requisitos mínimos de implementación y directrices de mejora en el desempeño global y exitoso de la organización, respectivamente.

En tanto a las actuaciones que se deben emprender en la organización para adoptar el enfoque por procesos, existen cuatro grandes pasos:

1. Identificación y secuencia de los procesos.
2. Descripción de cada uno de los procesos.
3. Seguimiento y medición de los resultados obtenidos.
4. Mejora de los procesos a través de seguimiento y medición realizadas.

Dando paso a la existencia de tipos de procesos, los cuales son:

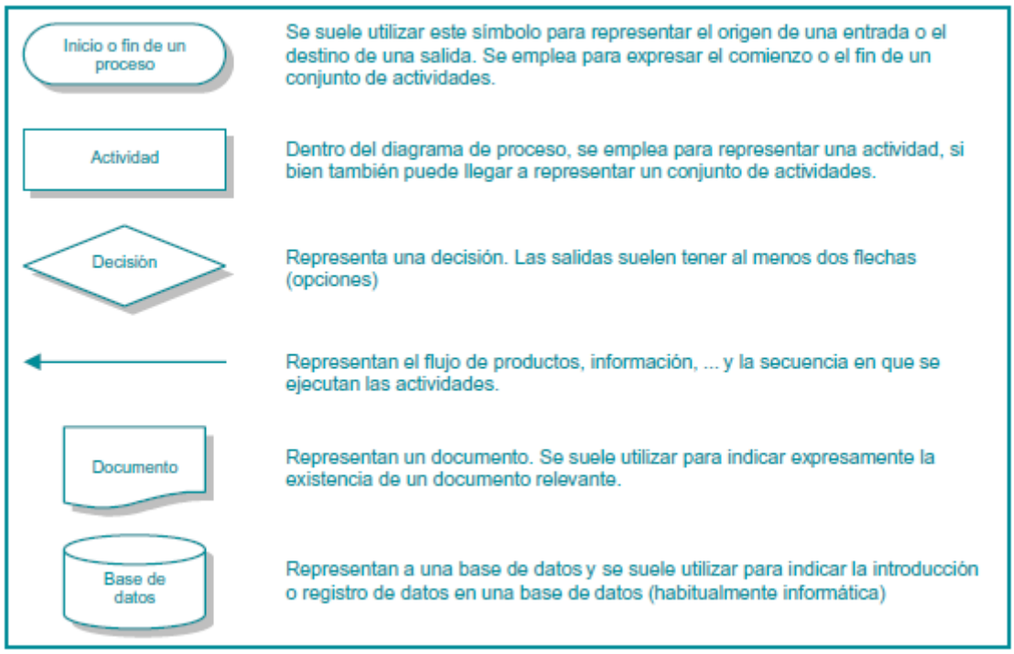
- **Procesos estratégicos:** se refieren fundamentalmente a procesos de planificación y otros que se consideran ligados a factores claves.
- **Procesos operativos:** ligados directamente a la realización de un producto o prestación de servicios.
- **Procesos de apoyo:** soporte de los procesos operativos, ligados a gestión de recursos y actividades de seguimiento y medición.

Las actividades, permiten que la organización pueda: definir actividades que componen el proceso, identificar cuáles de estos procesos se interrelacionan, asignación de responsabilidades, análisis y medición de resultados.

Estas actividades, se describen a través de la utilización de diagramas que grafican las actividades, interrelaciones entre sí, de modo de tener una perspectiva visual de los flujos y secuencias de desarrollo del proceso, como también quienes son responsables de ellos.

Para la confección de los diagramas de procesos, se utiliza una simbología básica, la cual comprende:

Imagen N°5: simbología para diagramas de procesos.



Cabe destacar, la existencia de fichas de procesos, la cual “se puede considerar como un soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como para la gestión del proceso”[24]

La información contenida en la fichas de procesos, variará de organización en organización de acuerdo a los requerimientos que esta plantee. A modo de ejemplo, algunos contenidos de la ficha de procesos pueden ser[25]:

- Misión: propósito del proceso.
- Propietario del proceso: a quién se le da la responsabilidad del proceso.
- Límites del proceso: son las entradas y salidas del proceso, como también sus proveedores y clientes.
- Alcance del proceso: pretende definir el inicio y el término del proceso.
- Indicadores del proceso: permiten hacer medición y seguimiento de cómo el proceso se orienta a su misión
- Variables de control: parámetros sobre los que se tiene capacidad de actuación dentro del ámbito del proceso.
- Inspecciones: inspecciones que se hacen del proceso con el fin de controlarlo.
- Documentos y/o registros: documentos o registros que se vinculan al proceso.
- Recursos: recursos humanos, infraestructura y ambiente de trabajo necesarios para ejecutar el proceso.

[24] INSTITUTO ANDALUZ DE TECNOLOGÍA, (2009) “Guía para una gestión basada en procesos”. Editado por IAT. España.
[25] INSTITUTO ANDALUZ DE TECNOLOGÍA, (2009) “Guía para una gestión basada en procesos”. Editado por IAT. España.

Capítulo 3

“Marco Metodológico”

Fundamentación metodológica

El presente Proyecto de Título en la Unidad de Calidad del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, se funda en la necesidad de generar un diseño y propuesta de reglamento interno que dé cumplimiento al Decreto N° 40 de la ley 20.584.

Para ello, se realizará un trabajo con los jefes de unidades del CESFAM, a través de la recopilación de protocolos y manuales de procedimientos realizados al interior de la institución.

Desde una perspectiva académica, el trabajo se llevará a cabo bajo la metodología de gestión por procesos que en el área de calidad "es el modelo recomendado internacionalmente no sólo como herramienta de gestión sino también para el cambio organizacional"[26].

Dicha estructura metodológica expone un enfoque de procesos con metodología definida, herramientas e instrumentos adecuados a la realidad institucional. Siendo una "forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos"[27].

Es así como de lo anterior emana, que la metodología por procesos permite realizar un trabajo participativo con responsables de cada proceso con el fin de alcanzar mejoras para la organización enfocándose plenamente de forma descentralizada en las actividades que apoyen la consecución de metas u objetivos.

Finalmente, cabe mencionar que este enfoque metodológico se funda en las necesidades institucionales y la realidad dinámica de trabajo de la institución, por lo cual en conjunto con la guía académica del Proyecto de título se optó por el desarrollo de esta metodología apoyada en tres ejes temáticos relativos a Gestión de Recursos Humanos, Gestión Clínica y Gestión de Calidad.

[26] MEDWAVE, Revista biomédica (2016) página web http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES03-A/5032 visitada en junio de 2016.
[27] MEDWAVE, Revista biomédica (2016) página web http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES03-A/5032 visitada en junio de 2016.

Necesidades de la institución para dar cumplimiento a la creación del reglamento interno del CESFAM Jean y Marie Thierry de acuerdo a los requerimientos legislativos

1. Descripción del estado de avance del material generado en la institución, respecto a protocolos y manuales de procedimientos realizados por las unidades del Centro de Salud, según puntos mínimos del Decreto N° 40 perteneciente a la Ley 20.584 del Ministerio de Salud.

2. Levantamiento de información relativa a los puntos requeridos para la construcción del reglamento interno del Centro de Salud en relación al Decreto N° 40 perteneciente a la Ley 20.584 del Ministerio de Salud.

3. Propuesta del reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

Objetivos de trabajo y procedimientos metodológicos asociados

Objetivo Nº 1

Describir el estado de avance de los procesos asociados a los puntos mínimos del reglamento interno, considerando como antecedentes el trabajo mostrados por los jefes de unidades del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

Tabla N°11: definiciones temáticas asociadas al objetivo N°1

Definiciones temáticas asociadas	
Jefes de unidades	Aquellos profesionales encargados de dirigir y representar a la unidad en la cual trabajan en las reuniones del Comité de Gestión.
Reunión Comité de Gestión	Comité compuesto por Directora del Centro de Salud, Subdirectora, jefatura Unidad OIRS, jefatura SOME y jefes de sectores, con el fin de velar por los procesos de gestión interna y externa del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
Registro de reunión	Documento de respaldo escrito de las diversas reuniones que se realizan con fines del Proyecto de título.
Documento validado	Documento adecuado que es validado por la Dirección del Centro de Salud para su difusión y uso interno en la institución con fines de mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas.
Documento adecuado	Documento con ideas claras y profundizadas de acuerdo a la temática que trata, cumpliendo con las exigencias de formato y contenido para su validación.
Documento en proceso	Documento en proceso de construcción que cuenta con ideas vagas y poco profundizadas, que requiere de mayor desarrollo por parte de sus creadores.
Documento deficiente	Documento finalizado con ideas poco claras y profundas de la temática tratada, que no cumple con las exigencias de formato y contenido para su validación.
Documento inexistente	Documento que se requiere para la mejor entrega de prestaciones que no se encuentra elaborado de forma escrita y formal por quienes corresponda.

Tabla N°12: unidades asociadas al objetivo N°1

Unidades Asociadas	
Unidad de Calidad	Unidad encargada de velar y llevar a cabo procesos de mejora continua en la calidad de atención del Centro de Salud con miras a su acreditación en salud, desarrollando trabajos atingentes a este propósito.
Comité de Gestión	Comité compuesto por Directora del Centro de Salud, Subdirectora, jefatura Unidad OIRS, jefatura SOME y jefes de sectores, con el fin de velar por los procesos de gestión interna y externa del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
Unidad OIRS	Oficina de Informaciones, reclamos y sugerencias, encargada de interactuar directamente con los y las usuarios para su correcta orientación y recepciones de inquietudes según corresponda.
Unidad SOME	Servicio de Orientación Médico Estadístico, encargado de la dación de horas médicas y no médicas a los y las usuarias para su atención en el Centro de Salud.
Comité de emergencia	Es el comité encargado de la elaboración de protocolos y documentos que guíen el accionar de la institución frente a situaciones de emergencia y/o catástrofe
Dirección	Alto cargo directivo del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, encargado de velar por el correcto funcionamiento de todas las unidades de la institución, así como también de validar los documentos creados por los funcionarios y/o internos de dicha institución.

Tabla N°13: procedimientos metodológicos asociados al objetivo N°1

Procedimientos metodológicos asociados	
Definición de variables	En esta etapa se definirán las variables de análisis del nivel de protocolización de los procesos y los factores que influirían en ello. Esto a partir de los elementos contenidos en el marco de referencia y la opinión de los expertos involucrados
Diseño de instrumentos de recolección de información	- Se diseña una matriz para evaluar la documentación[28] encontrada en el sistema informático de la institución o entregada por jefes de unidades designados para la descripción del estado de avance del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry en cuanto a la creación del reglamento interno según legislación correspondiente. - Se crea un registro de reunión con el fin de manejar un respaldo de lo conversado en reuniones con jefes de unidades y Comité de Gestión, siendo validados por Asistente Social Lorena Elgueta de la Unidad de Calidad del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
Condiciones de aplicación de los instrumentos de recolección de información	Para reunir la información de los requerimientos del Decreto N°40 de la ley 20.584, se determina junto a la Asistente Social Lorena Elgueta, realizar una búsqueda informática del material existente en el Centro de Salud, relativo a los protocolos necesarios para la construcción del reglamento interno, a su vez considerar a los jefes de unidades según su dominio en el área de su competencia laboral en los requerimientos según su disponibilidad horaria para la realización de entrevista en los casos que no se encuentre material digital o impreso del requerimiento en que se ha adscrito. Dicha recolección de información se llevará a cabo durante los meses de octubre y noviembre del año 2016. Los jefes de unidades con quienes se trabajará son: Elizabeth Dedes, Jefa SOME; Marcela Guerrero, Jefa OIRS; Dra. Ana María Espósito, Directora; y Karen Jeria, Encargada Comité Emergencia.
Condiciones de análisis	Los documentos a trabajar serán analizados según las categorías de documento validado, documento adecuado, documento en proceso, documento deficiente y documento inexistente. Lo cual, permitirá describir el estado de avance en que se encuentra el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry en materias del reglamento interno según legislación correspondiente.
Validación de resultados obtenidos	El proceso de validación se llevará a cabo por la Asistente Social Lorena Elgueta, posterior a las reuniones de trabajo con los jefes de unidades y la recopilación del material requerido.

[28] Ver anexo N°9: matriz de documentos.

Objetivo Nº2

Diseñar los procesos con los jefes de unidades del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, relativos a la propuesta de reglamento interno, basado en los puntos mínimos del Decreto N° 40 de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud.

Tabla N°14: definiciones temáticas asociadas al objetivo N°2

Definiciones temáticas asociadas	
Jefes de unidades	Aquellos profesionales encargados de dirigir y representar a la unidad en la cual trabajan en las reuniones del Comité de Gestión.
Reunión Comité de Gestión	Comité compuesto por Directora del Centro de Salud, Subdirectora, jefatura Unidad OIRS, jefatura SOME y jefes de sectores, con el fin de velar por los procesos de gestión interna y externa del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
Registro de reunión	Documento de respaldo escrito de las diversas reuniones que se realizan con fines del Proyecto de título.
Documento validado	Documento adecuado que es validado por la Dirección del Centro de Salud para su difusión y uso interno en la institución con fines de mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas.
Documento adecuado	Documento con ideas claras y profundizadas de acuerdo a la temática que trata, cumpliendo con las exigencias de formato y contenido para su validación.
Ficha de proceso[29]	Soporte de información que pretende recabar las características importantes de los procesos diseñados con jefes de unidades.

Tabla N°15: unidades asociadas al objetivo N°2

Unidades Asociadas	
Unidad de Calidad	Unidad encargada de velar y llevar a cabo procesos de mejora continua en la calidad de atención del Centro de Salud con miras a su acreditación en salud, desarrollando trabajos atingentes a este propósito.
Comité de Gestión	Comité compuesto por Directora del Centro de Salud, Subdirectora, jefatura Unidad OIRS, jefatura SOME y jefes de sectores, con el fin de velar por los procesos de gestión interna y externa del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
Unidad OIRS	Oficina de Informaciones, reclamos y sugerencias, encargada de interactuar directamente con los y las usuarios para su correcta orientación y recepción de inquietudes según corresponda.
Unidad SOME	Servicio de Orientación Médico Estadístico, encargado de la dación de horas médicas y no médicas a los y las usuarias para su atención en el Centro de Salud.
Comité de emergencia	Es el comité encargado de la elaboración de protocolos y documentos que guíen el accionar de la institución frente a situaciones de emergencia y/o catástrofe
Dirección	Alto cargo directivo del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, encargado de velar por el correcto funcionamiento de todas las unidades de la institución, así como también de validar los documentos creados por los funcionarios y/o internos de dicha institución.

[29] Ver anexo N°10: ficha de procesos Centro de Salud Jean y Marie Thierry.

Tabla N°16: procedimientos metodológicos asociados al objetivo N°2

Procedimientos metodológicos asociados	
Definición de parámetros	Para el desarrollo del presente objetivo, se ha acordado con la Asistente Social Lorena Elgueta, la elaboración de los protocolos por la Estudiante en Proyecto de Título, bajo la supervisión expresa de la profesional, así como también de los jefes de unidades según la temática en que estos se desenvuelvan profesionalmente, debido a que los profesionales del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry no cuentan con los tiempos necesarios para la elaboración de protocolos por sus horarios de atención clínica.
Definición de flujo	- Revisión de protocolos según fueron clasificados en la aplicación del objetivo N°1 por la estudiante en proyecto de título. - Actualización de protocolos desactualizados. - Construcción de protocolos inexistentes. - Revisión de protocolos confeccionados y actualizados por parte de la Asistente Social Lorena Elgueta y jefes de unidades. - Validación de los protocolos construidos y actualizados por la Asistente Social Lorena Elgueta, jefes de unidades y dirección del Centro de Salud Familiar.
Construcción de protocolos	La construcción de protocolos será realizada en base a las necesidades relativas a la construcción del reglamento interno de la institución, para lo cual se confeccionaran de acuerdo al documento estándar para la elaboración de documentos según los lineamientos existentes en el Centro de Salud según los requerimientos de cada protocolo.
Validación	El proceso de validación de resultados obtenidos de la construcción de protocolos será llevado a cabo por jefes de unidades, dirección del CESFAM y Asistente Social Lorena Elgueta como representante de la unidad de calidad.

Objetivo N°3

Diseñar propuesta de reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry que dé respuesta a las necesidades institucionales para el proceso de acreditación en salud efectuado por la Unidad de Calidad, según sistematización y levantamiento de información con apoyo de los jefes de unidades de la institución.

Tabla N°17: definiciones temáticas asociadas al objetivo N°3

Definiciones temáticas asociadas	
Decreto N°40 de la ley 20.584	Decreto perteneciente al conjunto de decretos de la ley de derechos y deberes de los pacientes en salud, referente a los puntos mínimos de contenido que debe poseer un reglamento interno.
Validación de propuesta de reglamento interno	Dicha validación es llevada a cabo por la Dirección del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, a través del cual se aprueban los avances en la propuesta de reglamento interno de la institución.
Necesidad institucional	Descripción y levantamiento de información relativa a la creación de un reglamento interno para el proceso de acreditación en salud.

Tabla N°18: unidades asociadas al objetivo N°3

Unidades Asociadas	
Unidad de Calidad	Unidad encargada de velar y llevar a cabo procesos de mejora continua en la calidad de atención del Centro de Salud con miras a su acreditación en salud, desarrollando trabajos atingentes a este propósito.
Comité de gestión	Comité compuesto por Directora del Centro de Salud, Subdirectora, jefatura Unidad OIRS, jefatura SOME y jefes de sectores, con el fin de velar por los procesos de gestión interna y externa del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
Dirección	Alto cargo directivo del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, encargado de velar por el correcto funcionamiento de todas las unidades de la institución, así como también de validar los documentos creados por los funcionarios y/o internos de dicha institución.

Tabla N°19: procedimientos metodológicos asociados al objetivo N°3

Procedimientos metodológicos asociados	
Búsqueda de antecedentes y normativas de referencia	- Referencia de experiencia de diseño de propuesta metodológica de reglamento interno realizado el año 2015 en Hospital Carlos Van Buren, por Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. - Legislación referente al Decreto N°40 de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud. - Bibliografía referente a gestión de recursos humanos, gestión clínica y gestión de calidad.
Discusión con unidades respecto a la implementación pertinente de las normativas de referencia	- Documentación entregada por jefes de unidades del Centro de Salud Familiar Jean Marie y Thierry según su competencia en la materia a tratar, adecuando cada requerimiento mínimo a la realidad de dicha institución. - Legislación referente al Decreto N°40 de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud, que guía el diseño de propuestas de reglamentación interna para prestadores de salud institucionales e individuales.
Propuesta de reglamento interno	Identificación y elaboraciones de una propuesta en concordancia a los títulos asociados a los requerimientos mínimos contenidos en el Decreto N°40 de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud. Los cuáles serán: - **Título I:** Disposiciones generales. Información acerca del CESFAM y fundamento teórico del reglamento interno. - **Título II:** Servicios y prestaciones. Son las prestaciones en salud que el CESFAM entrega a sus usuarios y familias. - **Título III:** Normas de ingreso y egreso de la Institución. Se establecen las normas de inscripción, desinscripción y altas disciplinarias en la institución - **Título IV:** normas de manejo de ficha clínica. Según legislación correspondiente al Decreto N°41 de la Ley 20.584. - **Título V:** funcionamiento horario y dación de horas. Se establecen los horarios de atención del Centro de salud, así como también la forma en que se entregan horas médicas y no médicas para la atención de usuarios y usuarias. - **Título VI:** Identificación de funcionarios, usuarios e internos del CESFAM. Condiciones que según legislación se deben cumplir por parte de los funcionarios en su identificación hacia los usuarios y usuarias que atienden. - **Título VII:** comité de ética de la institución. Condiciones de funcionamiento y acceso al Comité de ética. - **Título VIII:** Procedimientos de reclamos. Se establecen los mecanismos y formas por los cuales los y las usuarios pueden manifestar su opinión en relación a las prestaciones de salud otorgadas por la institución en la unidad OIRS. - **Título IX:** vías de evacuación y procedimientos de emergencia. Son aquellos mecanismos realizados por parte de los funcionarios para la evacuación de quienes se encuentren en la institución en situaciones de emergencia según procedimientos estipulados.
Validación	El proceso de validación de resultados obtenidos de la construcción del reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, será llevado a cabo por el comité de gestión, dirección del CESFAM y Asistente Social Lorena Elgueta como representante de la unidad de calidad.
Socialización de reglamento interno	Una vez finalizada la construcción y validación del reglamento interno, este será socializado con los funcionarios del Centro de Salud Jean y Marie Thierry a través del envío digital del documento desde el correo de la Asistente Social Lorena Elgueta, con la finalidad que sea de conocimiento público por cada uno de los funcionarios. Así mismo se dejará una copia impresa del reglamento interno en la Unidad OIRS, de modo que pueda ser conocido y utilizado por los usuarios del Centro de Salud Familiar. Además se realizará una charla expositiva del trabajo realizado por la estudiante en proyecto de título.

Caracterización requerimientos decreto N°40 de la ley 20.584

Tabla N°20: caracterización decreto N°40 de la ley 20.584

Decreto N° 40 de la Ley 20.584			
Nº	Artículo	Proceso	Responsable
1	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta disciplinaria, forzosa o voluntaria.	Normas sobre inscripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS
		Normas de desinscripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS
		Procedimientos de altas disciplinarias.	Dra. Ana María Espósito, Directora
2	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas, a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda, la información sobre su estado de salud.	Manejo de información de ficha clínica, según ley 20.584	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
3	Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.	Horario de funcionamiento del establecimiento	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
		Modalidad de agendamiento de hora	Elizabeth Dedes, Jefa SOME
		Medio a través del cual ello se comunica a los usuarios	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
4	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	Dra. Ana María Espósito, Directora
5	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	Dra. Ana María Espósito, Directora
6	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
7	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	Karen Jeria, Encargada Comité Emergencia.

Cronograma de trabajo

Tabla N°21: cronograma de Trabajo

	Año 2016										Año 2017	
Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Inserción en la institución												
Reuniones Unidad de Calidad												
Reunión Comité de Gestión con jefes de sector												
Descripción del estado de avance												
Diseño de procesos												
Construcción propuesta de reglamento interno												
Validación por Dirección del CESFAM JMT de la propuesta reglamento interno												
Egreso de la Estudiante en Proyecto de Título de la institución												

Capítulo 4

Resultados de la experiencia

Resultados objetivo de trabajo N°1

Caracterización decreto N°40 de la ley 20.584

El objetivo N° 1 se plantea como “Describir el estado de avance de los procesos asociados a los puntos mínimos del reglamento interno, considerando como antecedentes el trabajo mostrado por los jefes de unidades del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry”, para lo cual se comenzó con la caracterización de los requisitos básicos que debe poseer un reglamento interno en el sistema de salud establecidos en el Decreto N°40 de la ley 20.584, correspondiente a atención de tipo abierta puesto que la institución presta servicios a usuarios y usuarias de tipo ambulatorio; de dicho procedimiento surgió la siguiente tabla de artículos a trabajar.

Nº	Artículo
1	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta disciplinaria, forzosa o voluntaria.
2	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas, a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda, la información sobre su estado de salud.
3	Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.
4	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.
5	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.
6	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.
7	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.

Tabla N°22: caracterización de artículos Decreto N°40

Estos siete requerimientos mínimos para la elaboración del reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, se tradujeron en diversos procesos que articulan cada uno de los requerimientos según corresponda a la temática a tratar, dichos procesos de reflejan en la siguiente tabla.

Nº	Artículo	Proceso
1	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta disciplinaria, forzosa o voluntaria.	Normas sobre inscripción del paciente.
		Normas de desinscripción del paciente.
		Procedimientos de altas disciplinarias.
2	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas, a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda, la información sobre su estado de salud.	Manejo de información de ficha clínica, según ley 20.584
3	Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.	Horario de funcionamiento del establecimiento
		Modalidad de agendamiento de hora
		Medio a través del cual ello se comunica a los usuarios
4	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.
5	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.
6	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.
7	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.

Tabla N°23: caracterización procesos Decreto N°40

Para el desarrollo de un trabajo acabado con los procesos descritos anteriormente, se genera un otorgamiento de responsabilidad a los jefes de unidades que por competencias profesionales y laborales se desenvuelven cotidianamente en cada uno de estos procesos.

Los jefes de unidades, son referentes importantes en la elaboración y ejecución de protocolos de atención en el Centro de Salud, por lo cual se ha tomado en cuenta su experticia en las diferentes áreas de los procesos detallados debido a que se necesita de sus conocimientos y material confeccionado con fines de dar

construcción y firmeza al reglamento interno en proceso. A continuación se muestra cada uno de los jefes de unidades asociados a los procesos derivados de los artículos a trabajar.

Decreto N° 40 de la Ley 20.584			
Nº	Artículo	Proceso	Responsable
1	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta disciplinaria, forzosa o voluntaria.	Normas sobre inscripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS
		Normas de desinscripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS
		Procedimientos de altas disciplinarias.	Dra. Ana María Espósito, Directora
2	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas, a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda, la información sobre su estado de salud.	Manejo de información de ficha clínica, según ley 20.584	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
3	Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.	Horario de funcionamiento del establecimiento	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
		Modalidad de agendamiento de hora	Elizabeth Dedes, Jefa SOME
		Medio a través del cual ello se comunica a los usuarios	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
4	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	Dra. Ana María Espósito, Directora
5	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	Dra. Ana María Espósito, Directora
6	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Marcela Guerrero, Jefa OIRS
7	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	Karen Jeria, Encargada Comité Emergencia.

Tabla N°24: caracterización responsables de procesos Decreto N°40

Cabe mencionar que cada uno de estos jefes de unidades, serán consultados por la protocolización que no se encuentre disponible de forma digital o impresa en el sistema de información del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, debido a que por su agenda de atenciones clínicas se ven dificultados de participar en reuniones con la estudiante de proyecto de título, aun cuando existe una disposición positiva frente al trabajo a desarrollarse en cuanto a la construcción metodológica del reglamento interno de la institución según la legislación correspondiente.

Recolección de información

La recolección de la información relativa a la existencia de protocolos de atención para cada uno de los procesos centrales de los artículos, se llevó a cabo durante los meses de septiembre y octubre del presente año a través de la indagación en el sistema de información del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, ya sea en formato digital o impreso. Para ello cada uno de los documentos se clasificó en las siguientes categorías.

- **Documento validado**: Documento adecuado que es validado por la Dirección del Centro de Salud para su difusión y uso interno en la institución con fines de mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas.
- **Documento adecuado**: Documento con ideas claras y profundizadas de acuerdo a la temática que trata, cumpliendo con las exigencias de formato y contenido para su validación.
- **Documento en proceso**: Documento en proceso de construcción que cuenta con ideas vagas y poco profundizadas, que requiere de mayor desarrollo por parte de sus creadores.
- **Documento deficiente**: Documento finalizado con ideas poco claras y profundas de la temática tratada, que no cumple con las exigencias de formato y contenido para su validación.
- **Documento inexistente**: Documento que se requiere para la mejor entrega de prestaciones que no se encuentra elaborado de forma escrita y formal por quienes corresponda.

En cuanto a los protocolos inexistentes en el sistema de información del Centro de Salud Familiar, se establecieron reuniones con aquellos jefes de unidades que entregaron información oportuna y atingente a la necesidad de contar con el material digital o impreso para el avance en la conformación de los referentes teóricos del reglamento interno en curso.

Las entrevistas realizadas[30] y plasmadas en los registros de reunión, aportaron datos importantes para el proceso, debido a que se detallaron aquellos factores que inciden en la inexistencia de protocolos de acción del Centro de Salud y se tomaron medidas a seguir en la elaboración de dichos protocolos con la finalidad de que contribuyan de forma adecuada en el proceso de construcción del reglamento interno, al igual que aquellos documentos válidos e implementados en la institución.

Las jefas de unidades entrevistadas, dispusieron de un tiempo breve para la realización de una entrevista estandarizada para indagar de forma rápida y directa en la existencia de los protocolos buscados, como también de los factores incidentes en la inexistencia y pronta elaboración de estos. Las jefas de unidades participantes en este proceso fueron: Dra. Ana María Espósito, Directora del Centro de Salud; Psicóloga Karen Jeria, Encargada del Comité de emergencia; y Marcela Guerrero, jefa de la unidad OIRS.

Aplicación matriz de evaluación de documentos

La clasificación de los protocolos buscados en el sistema de información en formato digital o impreso contribuye a describir el estado de avance del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry en aquellos procesos incidentes en la confección de los puntos mínimos que debe contener el reglamento interno de la institución según el Decreto N°40 de la lay 20.584, para lo cual se confeccionó una matriz de evaluación que clasifica los documentos en documento validado, documento adecuado, documento en proceso, documento deficiente y documento inexistente, a continuación se presenta la evaluación de los protocolos obtenida por el proceso de recolección de información.

[30] Ver anexo N°12 de entrevistas objetivo N° 1

Matriz de evaluación de los documentos

Nº	Artículo	Proceso	Responsable	Documento validado	Documento adecuado	Documento en proceso	Documento deficiente	Documento inexistente
1	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta disciplinaria, forzosa o voluntaria.	Normas sobre inscripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS	X				
		Normas de desinscripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS					X
		Procedimientos de altas disciplinarias.	Dra. Ana María Espósito, Directora					X
2	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas, a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda, la información sobre su estado de salud.	Manejo de información de ficha clínica, según ley 20.584	Marcela Guerrero, Jefa OIRS					X
3	Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.	Horario de funcionamiento del establecimiento	Marcela Guerrero, Jefa OIRS	X				
		Modalidad de agendamiento de hora	Elizabeth Dedes, Jefa SOME	X				
		Medio a través del cual ello se comunica a los usuarios	Marcela Guerrero, Jefa OIRS	X				
4	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	Dra. Ana María Espósito, Directora					X
5	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	Dra. Ana María Espósito, Directora					X
6	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Marcela Guerrero, Jefa OIRS					X
7	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	Karen Jeria, Encargada Comité Emergencia.	X				

Tabla N° 25: evaluación de documentos para reglamento interno

Por medio de la aplicación de la matriz de evaluación de los documentos, se obtiene información de relevancia para el desarrollo del objetivo de trabajo N°2 del presente proyecto de título en cuanto a la visualización de la construcción y actualización de los protocolos a efectuarse.

Factores que inciden en la inexistencia de protocolos

Los factores que inciden en la inexistencia de protocolos, son aquellas causas develadas a través de las entrevistas efectuadas a las jefas de unidades que aportaron fundamentos a dicha situación dentro del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

Causas de la Inexistencia de Protocolos:

Ítem	Causal de Inexistencia
1	Falta de Tiempo Funcionarios
2	Circulares Ministeriales (Medida a la Inexistencia de Protocolos)

Tabla N° 26: causales de inexistencia de documentos

La principal causa asociada a la inexistencia de protocolos importantes para el funcionamiento del Centro de Salud de acuerdo a lo establecido por la legislación del Ministerio de Salud Chileno, es la falta de tiempo que afecta a los funcionarios para el desarrollo de trabajos administrativos, debido a que sus funciones en la institución están ligadas principalmente a la atención de su agenda clínica y ejecución de programas de intervención a la población en salud. Esta es una situación transversal en la institución que se refleja en las entrevistas realizadas para el desarrollo de este objetivo de trabajo. Considerando que es un problema transversal a la institución, por la inexistencia de protocolos en una diversidad de áreas del desempeño de las funciones y reglamentaciones que deben seguir los funcionarios, se dan casos, como en el ejemplo de la inexistencia de un protocolo que regularice la utilización correcta del uniforme clínico en las atenciones de salud a usuarios y usuarias del Centro de Salud.

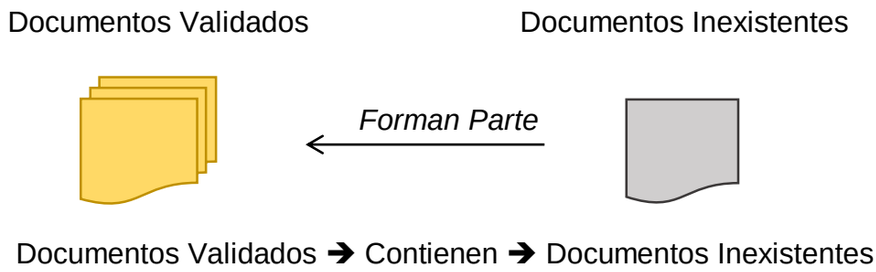
La segunda causa detectada, paralela a la inexistencia de protocolos por falta de tiempo, se da en que los funcionarios reciben circulares emanadas del Ministerio de Salud y el SSVSA que indican ciertos modos de proceder a la institución frente a ciertas situaciones dadas, por lo cual, los funcionarios encargados dejan de confeccionar protocolos en el Centro de Salud avalados en este tipo de documentos con validez administrativa.

Medidas por la institución debido a la Inexistencia de Protocolos

En el siguiente listado se enumeran medidas alternativas para ejecutar procesos sin la existencia de reglamento interno ni protocolos específicos avocados a desarrollar los ítems de la normativa vigente.

1. **Documentos Validados**

Cabe destacar, que algunos de los protocolos inexistentes se relacionan de manera directa con ciertos documentos que se encuentran en calidad de validados. Ejemplo de esto se refleja en normas de desinscripción de pacientes que pertenece al protocolo de SOME, al igual que normas de inscripciones de los pacientes, horario de funcionamiento del Centro de Salud y modalidad de agendamiento de horas de atención.



Esquema N° 10: relación de documentación analizada

Producto de lo anterior, es que algunos procesos que abarcan las áreas de interés del reglamento interno de la institución del proyecto de título, se encausaran como actualizaciones de protocolos validados.

2. **Circulares Ministeriales**

Los funcionarios del organismo reciben cada cierto periodo circulares emanadas del Ministerio de Salud y el SSVSA. Estas circulares indican el modo de proceder que debe ejecutar el funcionario y/o la institución frente a ciertas situaciones específicas. Las circulares ministeriales, dan un criterio amplio a procesos generales o específicos del organismo y/o conducta de los funcionarios, por lo cual estos bajo la recomendación promocionada por los organismos superiores, respetan y ejecutan dichas recomendaciones para resolver cualquier situación dada para los casos en los que no existiere protocolo o reglamento que resuelva con eficacia el asunto o proceso en cuestión.

3. **Criterios del Funcionario**

Considera lo que los funcionarios creen correcto según su criterio, autoformación y experticia, en el desarrollo de sus funciones dentro de la institución.

En el siguiente gráfico se muestran los datos cuantitativos de la recopilación y estudio de los protocolos existentes en el Centro de Salud, según la matriz de recopilación de documentos vista anteriormente. [31]

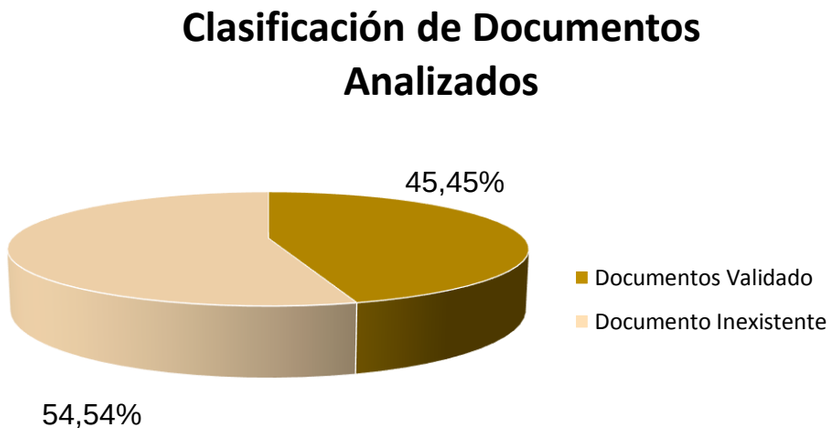


Gráfico N°1 clasificación de documentos analizados (elaboración propia)

Clasificación	Cantidad
Documento Validado	5
Documento Inexistente	6
Total	11

Tabla N° 27 clasificación de documentos analizados (elaboración propia)

Los documentos analizados en el centro de salud se perciben principalmente dentro del conjunto de protocolos categorizados y relativos a: los documentos validados que comprenden un 45,45% de la totalidad de los protocolos estudiados; y de los documentos inexistentes componiendo un 54,54% de ésta.

Hay que considerar que, el contar con una cantidad importante de documentos validados en la institución, da cuenta que estos están siendo utilizados en el cotidiano desarrollo de los servicios otorgados a los usuarios y usuarias.

[31] ***Nota:*** no se incluyen documentos adecuado, en proceso y deficiente, puesto que no se hallan entre los documentos analizados una cantidad que amerite análisis cuantitativo, se suprime, por tanto, la categorización tanto en el grafico N° 1 como en la Tabla N°27 antes vista de estos documentos agrupados.

Por otra parte, se evidencia que en la actualidad las unidades no se encuentran trabajando en la actualización o confección de protocolos, por ello, es menester, la creación de dichos protocolos inexistentes y la regulación del organismo a través de la confección de un reglamento interno que contenga todas las materias que por ley la institución debe respetar para la buena práctica en la ejecución de sus funciones. De modo tal que, el objetivo, desarrollo y construcción del producto final del proyecto de título, buscará subsanar la deficiencia dada por la inexistencia de ciertos protocolos, a través de la confección de un reglamento interno propio de la institución que respete y contenga todos los parámetros exigidos en la normativa vigente en la actualidad.

Resultados objetivo de trabajo N°2

Caracterización objetivo de trabajo N°2

El objetivo N° 2 se plantea como “Diseñar los procesos con los jefes de unidades del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, relativos a la propuesta de reglamento interno, basado en los puntos mínimos del Decreto N° 40 de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud”, para lo cual se adoptó como decisión que la construcción y actualización de los protocolos relativos a la confección del reglamento interno, fueran realizados por la Estudiante en proyecto de título bajo la supervisión expresa de la Asistente Social Lorena Elgueta y los jefes de unidades que fueron considerados en la caracterización de los responsables de cada uno de los procesos a gestarse para el desarrollo del presente proyecto de título.

La razón principal de que los protocolos fueran actualizados y construidos por la Estudiante en proyecto de título, radica en la inexistencia de tiempo de los profesionales del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry para el desarrollo de tareas en el área de gestión, debido a que sus agendas cuentan con horas de atención clínica, visitas domiciliarias integrales y reuniones mensuales de sector y programas que se ejecutan en la institución relativos a las prestaciones y servicios otorgados a la población del CESFAM.

El desarrollo del presente objetivo, se efectúo inmediatamente terminado la aplicación e informe del objetivo de trabajo N°1 durante el mes de diciembre del año 2016, para lo cual se realizó una revisión de protocolos, actualización de protocolos requeridos y construcción de protocolos faltantes con la finalidad de dar cumplimiento a los puntos mínimos obligatorios para el reglamento interno según el Decreto N°40 de la ley 20.584.

Revisión de protocolos según estado de avance detectado en objetivo de trabajo N°1

Según el estado de avance del objetivo de trabajo N°1, se estipula un haber de cinco protocolos validados y seis protocolos inexistentes, lo cual da como resultado una mayor inexistencia de protocolos en la institución relativos a la construcción de reglamento interno para la acreditación en salud del Centro de Salud Familiar al alero de la Unidad de Calidad.

Dentro de estos protocolos, se encuentran una cantidad considerable que pueden ser incluidos en la actualización de algún protocolo existente para lo cual se

realizará su actualización correspondiente al desarrollo de actividades profesionales en la institución.

En cuanto a los protocolos validados se encuentran: inscripción de usuarios, horario de funcionamiento, modalidad de agendamiento de horas, medio a través del cual se comunica el agendamiento de horas y vías de evacuación.

Es así como aquellos protocolos referentes al agendamiento de horas, horarios e inscripción de usuarios, son parte del protocolo de SOME en el cual se tratan aquellos temas que son de trabajo directo de la unidad SOME y OIRS, a su vez el protocolo de vías de evacuación se encuentra en condición de validado debido a que el Comité de emergencia que se encarga de la construcción de este, lo actualiza y trabaja constantemente durante sus reuniones en pos de lograr el menor margen de error en casos de emergencia que pudiesen acontecer en el Centro de Salud Familiar.

De los protocolos inexistentes se encuentran algunos que pueden ser integrados en protocolos validados como es el caso de SOME, en que se integrará la temática de desinscripción de usuarios por lo cual se actualizará dicho protocolo en todos los ámbitos que este abarca debido a que su última actualización se realizó durante el año 2012 y se debe tener en cuenta que han pasado cuatro años en que el Centro de Salud ha realizado cambios en su funcionamiento para una mejor atención de los usuarios y usuarias del territorio que tiene bajo su jurisdicción.

Así mismo, se encuentran los siguientes protocolos en calidad de inexistentes sin posibilidad de integrarlos en una actualización de algún otro protocolo, estos son: alta disciplinarias, identificación del usuario y funcionario, comité de ética y ubicación del libro de reclamos y sugerencias, para lo cual se realizará su construcción mediante la indagación en información tanto legislativa como material existente en el Centro de Salud e información referida por cada uno de los jefes de unidades participantes de este proceso.

El protocolo de vías de evacuación, no requiere actualización debido a que el Comité de Emergencia continuamente se encuentra trabajando en dicho protocolo en su actualización en constantes revisiones con la finalidad de mantener un trabajo en caso de emergencia con el menor margen de error para contribuir a la protección de los usuarios y funcionarios de la institución, como también de la infraestructura y equipamiento disponible en el Centro de Salud para su funcionamiento con normalidad y bajo estándares de seguridad adecuados.

Actualización de protocolos

La actualización de protocolos se puntualiza en el protocolo SOME[32], considerando la información que contiene en contraste con información proporcionada por los jefes de unidades SOME y OIRS. Dicha información fue proporcionada por Elizabeth Dedes (jefa SOME), Marcela Guerrero (jefa OIRS) y Jaqueline Amigo (operadora OIRS), quienes en constantes revisiones del material, aportaron información actualizada del trabajo realizado actualmente en el Centro de Salud Familiar.

El aporte de estas funcionarias de OIRS y SOME, es de gran valor debido a que la información entregada es la correspondiente al trabajo diario realizado con usuarios y usuarias del Centro de Salud Familiar, en concordancia con las actualizaciones del sistema de salud chileno por parte del Ministerio de Salud, en las diferentes instancias de atención directa del usuario antes y después de su atención médica y no médica en los diferentes centros de salud y hospitales.

En la actualización del protocolo SOME, también denominado “Protocolo del Sistema de Información al Usuario del Centro de Salud Jean y Marie Thierry”, se utilizó un documento denominado “selección de demanda” elaborado recientemente por el equipo de la Unidad SOME en que se explica las diversas horas de atención médicas y no médicas otorgadas a los usuarios y usuarias del CESFAM, el cual fue de utilidad para mejorar el contenido y disposición de la información respecto a la temática de agendamiento de horas de atención y su modalidad de comunicación.

El formato del documento se cambió debido a que el formato utilizado actualmente en el CESFAM, no mostraba de manera ordenada y entendible la información contenida para cualquier tipo de lector que requiriera el documento.

Es por lo anterior, que el nuevo formato utilizado para la actualización del protocolo, permite presentar la información de modo claro, ordenado y detallado para que sea entendible por cualquier persona que tenga acceso al documento, volviéndose de importancia que sea un material útil para funcionarios nuevos que se integren a la institución, puesto que al realizar una lectura de la última versión del protocolo, se encuentra que la información está dispuesta para ser entendida por alguien que desarrolla sus funciones en la temática del protocolo, omitiendo algunas informaciones que se entienden como obvias para el lector.

[32] Ver anexo N°7: protocolo del sistema de información al usuario del Centro de Salus Jean y Marie Thierry.

Construcción de protocolos inexistentes

El formato utilizado en la actualización del protocolo SOME, se utilizó para la construcción de todos los protocolos inexistentes, debido a que al ser estructurado de forma clara, ordenada y detallada, permite un mejor entendimiento y disposición de la información relativa a la temática del protocolo con el fin de poder ser utilizado por cualquier tipo de persona según lo amerite la situación.

Para la construcción de cada uno de los protocolos, se indagó en materia legislativa de la ley 20.584 en base a los siguientes decretos que la componen:

- Decreto N°62, que aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial.
- Decreto N°41, que aprueba reglamento sobre fichas clínicas.
- Decreto N°35, que aprueba reglamento sobre procedimiento de reclamo de la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

En cuanto a la normativa relativa a identificación del funcionario y usuario, y altas disciplinarias, se utilizó la ley 20.584 en sus artículos N°9 y N°35, respectivamente, debido a que no están regularizados a través de decretos y solo se cuenta con un artículo para cada temática.

Así mismo, para la construcción de estos protocolos se requirió información verbal entregada por parte de los jefes de unidades al ir revisando el material disponible en la institución y en la legislación chilena en contraste con la situación actual del CESFAM, en cuanto al desarrollo de estas temáticas sin la protocolización requerida para el reglamento interno en construcción. En lo cual se destaca, que hasta el momento en la institución se han guiado por circulares entregadas por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, como también por lo estipulado en la ley que se espera sea de conocimiento de todos los funcionarios del Centro de Salud al encontrarse vinculados al sistema de salud chileno en conjunto con su formación profesional.

Además se encuentra, que en el CESFAM los funcionarios saben estas informaciones a grandes rasgos debido a su autoformación en salud, pero hay veces en que no conocen la información y requieren consultar a otros funcionarios de más experiencia en la institución como abordar las temáticas que abarcan los protocolos que han sido construidos para la confección del reglamento interno, es por esto que luego de la culminación del presente proyecto de título se realizará una charla a los funcionarios del Centro de Salud con el fin de sociabilizar los productos del presente proyecto.

A continuación se detalla cada proceso de los protocolos confeccionados para el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, los cuales son:

Protocolo de alta disciplinaria[33]: este protocolo se construyó en base al artículo N°35 de la ley 20.584 que menciona el alta disciplinaria de los usuarios en caso de maltrato o acto violento, así como también por la información aportada por la Dra. Ana María Esposito, quien explicó verbalmente los cursos de acción tomados por el CESFAM en casos que han requerido un alta disciplinaria de un usuario o usuaria, sostenido bajo el alero del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Es por ello que se construyó en base a lo anterior un flujo de acción en caso de requerir por parte de los funcionarios iniciar el proceso de alta disciplinaria en coordinación con la dirección del Centro de Salud Familiar, buscando que cada uno de los funcionarios tenga de forma clara la información de cómo debe canalizar aquella situación de maltrato o acto violento que vivió en la forma estipulada por la institución, así como también para informar a los usuarios de las condiciones de altas disciplinarias de las que pueden ser parte si incurren en este tipo de violencia contra los funcionarios y otros usuarios del CESFAM. Finalmente, la mayor dificultad en la construcción de este protocolo radicó en la inexistencia de documentos formales que indiquen los procedimientos de altas disciplinarias en Atención Primaria de Salud.

Protocolo de manejo de información de ficha clínica digital[34]**:** en la institución se contaba con un protocolo de manejo de ficha clínica en formato de papel, lo cual se encuentra obsoleto en la actualidad debido a que el sistema de salud se ha ido reformando durante los años y hoy se cuenta con plataformas digitales para el soporte de la ficha clínica de los usuarios con la finalidad de brindar una mejor atención y manejo de dicho documento. Es por esto que se realizó la confección de un protocolo que destaca los aspectos principales del Software AVIS utilizado en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry como soporte digital de la ficha clínica de cada uno de los usuario, dentro de lo cual se contempla además las normativas implementadas en el Decreto N° 41 de la ley 20.584. La información fue aportada por la jefa OIRS y la Asistente Social Lorena Elgueta, en conjunto con la información manejada por la Estudiante en proyecto de título al hacer uso del software antes mencionado. La finalidad de este protocolo se vincula a la necesidad de regularizar el funcionamiento de la ficha clínica para que sea de conocimiento público por cada uno de los funcionarios y usuarios del Centro de Salud Familiar. Finalmente en la construcción de este protocolo, no se incide en dificultades en su desarrollo debido a que es una temática ampliamente conocida por la estudiante en proyecto de título, como también se cuenta con una legislación clara al respecto de esta temática.

[33] Ver anexo N°3: protocolo de altas disciplinarias
[34] Ver anexo N°5: protocolo ficha clínica digital

Protocolo de identificación del usuario y funcionarios que integran el equipo de salud[35]: para la construcción de este protocolo se tomó en consideración lo referido por la Dra. Ana María Espósito durante una entrevista realizada en la confección del estado de avance trabajado a través del desarrollo del objetivo N°1, en donde se devela la necesidad de normar el uso de la credencial de los funcionarios del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry durante el desempeño de sus funciones en la atención de usuarios y usuarias en relación a las horas médicas y no médicas, como también en aquellas salidas a terreno de los funcionarios. A su vez, se determinó considerar la incorporación del sistema de identificación de los internos que desarrollan sus prácticas profesionales en la institución debido a su contacto directo en la atención de los usuarios. Es por ello, que se hizo utilización del artículo N°9 de la ley 20.584 de derechos y deberes del paciente en salud, integrando además los deberes del usuario en cuanto a su identificación durante su estadía en el Centro de Salud, aportando información personal y patológica veraz que contribuya al mejor desarrollo de sus atenciones en salud. Las dificultades en la elaboración de este protocolo se vinculan a la necesidad de acomodar las formas de identificación del funcionario acorde a las comodidades requeridas para las atenciones clínicas desarrolladas en la institución, adquiriendo una finalidad de regularizar el sistema de identificación de cada uno de los actores participantes en las atenciones de salud del CESFAM.

Protocolo de procedimientos de trámites ciudadanos[36]: para la confección de este protocolo se utilizó el Decreto N°35 de la lay 20.584 del Ministerio de Salud, ya que regulariza los procedimientos de reclamos que pueden efectuar los usuarios del sistema de salud tanto privado como también público. La información de la modalidad de trámites ciudadanos fue aportada por la operadora OIRS Jaqueline Amigo, quien es la encargada de recibir cada uno de los trámites ciudadanos efectuados por los usuarios según las atenciones de salud recibidas ante el equipo de salud del CESFAM. En esta información se cuenta con el flujo de trámites ciudadanos tanto in situ como vía online, desencadenando en las respuestas a estos que debe efectuar el Centro de Salud Familiar por medio de dirección y jefa OIRS. El protocolo tiene como finalidad principal dar a conocer a los usuarios como pueden estampar sus apreciaciones en la unidad OIRS luego de sus atenciones de salud, dejando de manera clara los procedimientos y tiempos de respuesta atingentes a esta situación. En esta instancia no se encuentran dificultades para la construcción del protocolo debido a que la información se presenta de forma clara y entendible tanto en la ley como en el aporte verbal realizado por la operadora OIRS.

[35] Ver anexo N°6: protocolo identificación del usuario y los funcionarios que integran el equipo de salud.
[36] Ver anexo N°2: protocolo de procedimientos de trámites ciudadanos.

Protocolo Comité de ética[37]**:** este protocolo se realizó en base al Decreto N° 62 de la ley 20.584 debido a que en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry no se cuenta con información oficial y relevante de esta temática, por lo cual su construcción se llevó a cabo con un grado de dificultad por dicho motivo, para subsanar esta dificultad se contó con el apoyo de la Dra. Ana María Espósito, quien refirió la información de actuación del Centro de Salud Familiar en la necesidad de contar con un comité de ética en ciertas ocasiones que son casi inexistentes en la institución debido a que no se trabaja con casos de alta complejidad que son atendidos por los hospitales de la región. Es por esto que este protocolo, pretende abordar la temática con formalidad pensando en la eventualidad de requerir la participación de un comité de ética en el pronunciamiento de alguna atención de salud en que el profesional incurra en dudas sobre su actuar en cuanto a una problemática de salud suscitada con algún usuario que atienda. En la actualidad, es una temática nulamente tratada en la institución debido a que los funcionarios no lo requieren con frecuencia, por lo cual en caso de tener una duda la consultan con sus propios colegas en la institución y en caso de urgencia se contactan con dirección de la institución para comprender las medidas que se deben tomar en el proceder.

Revisión de protocolos confeccionados y actualizados por parte de la Asistente Social a cargo del proyecto de título

Al finalizar la construcción y actualización de los protocolos requeridos para la elaboración del reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, es que dichos documentos se envían a través de correo electrónico a la Asistente Social Lorena Elgueta, como también se realiza una presentación personal del trabajo realizado.

Los protocolos son revisados detalladamente por la Asistente Social, con quien se realizan algunas modificaciones y correcciones mínimas al material entregado, mayormente en aspectos de redacción o errores de escritura computacional.

Es así como la Asistente Social, aprueba los protocolos realizados por la Estudiante en proyecto de título, refiriendo que el trabajo entregado es de buena calidad y conforme a los estándares esperados por ella de los productos logrados en el presente proyecto de título. Es por ello que da pasó e indica la preparación de una preparación de una presentación formal de los protocolos ante la directora del CESFAM y los jefes de unidades convocados para el desarrollo de este trabajo.

[37] Ver anexo N° 4: protocolo comité de ética

Para la presentación se prepara el material de forma digital e impresa para realizar la entrega formal de los productos a dirección del Centro de Salud Familiar, conforme a las exigencias de la institución en la elaboración de documentos.

Validación de los productos

Para la validación de los productos[38], relativos a la construcción y actualización de protocolos, se realiza una presentación ante la directora del Centro de Salud Familiar y los jefes de unidades participantes en el desarrollo del proyecto de título, para lo cual se prepara una presentación en la sala de reuniones a través del apoyo digital de un proyector.

En esta presentación se revisa detalladamente cada uno de los protocolos confeccionados y actualizados, terminando cada una de las presentaciones con la explicación de los flujogramas realizados al final de cada protocolo.

Así mismo se explica a los presentes, que el formato de los protocolos se ha cambiado debido a la metodología utilizada en el proyecto de título, buscando mostrar de forma clara, detallada y entendible la información para que pueda ser utilizada por cualquier persona sin la necesidad de tener algún conocimiento en la temática.

Los presentes en la reunión, refieren que el material confeccionado es de muy buena calidad, realizando solo acotaciones a ciertas informaciones sin incidir drásticamente en el trabajo realizado debido al estándar de calidad demostrado.

Es por ello que se aceptan de modo conforme los productos entregados por la Estudiante en proyecto de título, comentando que el nuevo formato de los protocolos beneficia el desarrollo de nuevos documentos en la institución por lo cual dicho formato se utilizará para modificaciones y construcciones futuras de otros protocolos.

[38] Ver anexo N°13: registro reunión presentación y validación de protocolos.

Resultados objetivo de trabajo N° 3

Caracterización objetivo de trabajo N° 3

El último objetivo de trabajo se contempló como “Diseñar propuesta de reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry que dé respuesta a las necesidades institucionales para el proceso de acreditación en salud efectuado por la Unidad de Calidad, según sistematización y levantamiento de información con apoyo de los jefes de unidades de la institución.” Para ello, la Estudiante en proyecto de título trabajó en la confección del documento final de reglamento interno en base al trabajo realizado a través del desarrollo del objetivo de trabajo N°2, con el apoyo directo de la Asistente Social Lorena Elgueta a cargo de la Unidad de calidad, Directora Dra. Ana María Espósito y jefes de unidades participantes en el desarrollo del presente proyecto.

El reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, cumple con las normativas planteadas en el Decreto N°40 de la ley 20.584, como también con el formato de construcción de documentos utilizados por la institución, dando respuesta a las necesidades institucionales planteadas que aborda el presente proyecto de título.

La validación del documento, se realizó en primera instancia por la Asistente Social Lorena Elgueta, quien refirió su conformidad con dicho documento para poder ser presentado finalmente ante la Directora Dra. Ana María Espósito, validando el reglamento interno de la institución para poder ser integrado como producto final del proyecto de título.

Diseño y propuesta de reglamento interno

La construcción del reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, se basó en la experiencia del año 2015 llevada a cabo por un estudiante de Trabajo Social en proyecto de título en el Hospital Carlos Van Buren, así como también en otras experiencias encontradas online de otras instituciones de salud del país, tanto organismos públicos como privados.

Así mismo se tomó en cuenta la reunión realizada para la presentación y validación de los protocolos confeccionados y actualizados, en cuanto a los comentarios realizados por los presentes, lo cual fue un aporte al desarrollo óptimo del presente objetivo de trabajo, utilizando los protocolos antes mencionados para la construcción del reglamento interno, que reúne toda la información contenida en estos documentos.

El reglamento interno se diseña en base al formato de calidad utilizado en la institución para la confección de documentos oficiales, que serán de conocimiento público tanto para los funcionarios como para los usuarios que se atienden en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

Los nueve títulos incluidos en la construcción del reglamento interno, dan respuesta concreta a los requerimientos obligatorios establecidos por el Decreto N°40 de la ley 20.584, por lo cual se procede a su validación como producto final del proyecto de título.

Revisión del documento

El documento final del reglamento interno, fue revisado por la Asistente Social Lorena Elgueta a cargo de la Unidad de Calidad, refiriendo su conformidad con el producto entregado.

Es así como se da paso a la entrega del documento en Dirección del Centro de Salud Familiar, para ser revisado y validado de forma impresa como producto final del proyecto de título.

En esta revisión, no se le realizan cambios al reglamento debido a que está confeccionado en base a los protocolos construidos y actualizados en el desarrollo del objetivo de trabajo N°2.

Validación del documento

El documento es presentado de forma impresa a la directora del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, quien revisa el documento de forma detenida, aprobándolo en forma, contenido y calidad.

Lo anterior, da paso a la presentación del reglamento interno de la institución como producto final del presente proyecto de título.

Además se solicita realizar la presentación formal del producto frente a los funcionarios del CESFAM, para lo cual se revisará y pactará una fecha para dicha presentación que dará por finalizada la experiencia de proyecto de título en la institución.

Socialización del reglamento interno

La socialización del reglamento interno se realizará fuera del plazo de entrega formal del documento final de proyecto de título en la Universidad de Valparaíso, debido a que por contingencias institucionales, carga académica de la Estudiante y vacaciones de la supervisora institucional, se postergará hasta marzo 2017.

Aun así se proyecta de forma positiva la socialización del reglamento interno, a través de la buena acogida por parte de los funcionarios del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry frente a experiencias anteriores del trabajo efectuado durante dos años en la institución por la Estudiante en proyecto de título.

Dicha socialización constará de:

- Envío digital a todas las unidades del Centro de Salud familiar del reglamento interno y los protocolos trabajados, mediante la utilización del correo institucional de la Asistente Social Lorena Elgueta.
- Copia impresa del reglamento interno, que se mantendrá en la unidad OIRS para que cualquier persona, ya sea funcionario o usuario, tenga acceso al material impreso cuando estime conveniente.
- Charla expositiva ante los funcionarios del CESFAM con la finalidad de dar a conocer el trabajo realizado durante el proyecto de título, en cuanto a las temáticas que abarcó y los productos que resultaron de este.

Con el desarrollo del objetivo de trabajo N°3, se concluye el logro de la finalidad del proyecto de título en conformidad con lo planificado, logrando la calidad del material esperado para el proceso de acreditación en salud del año 2018.

A su vez, se percibe una buena acogida por parte de la unidad de calidad y dirección del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, siendo un reglamento interno suficiente en formato, contenido y calidad, que se vislumbraron al inicio de la experiencia de proyecto de título.

El reglamento interno, abarca solo los requerimientos obligatorios para el sistema de salud abierto que exige el Decreto N°40 de la ley 20.584, lo cual se finaliza con el cambio de dirección a efectuarse entre los meses de enero y febrero 2017 de la institución. Siendo así que el nuevo director tendrá la posibilidad de ampliar el reglamento interno en cuanto a los requerimientos optativos estipulados en el decreto antes mencionado.

Capítulo 5

“Conclusiones y Reflexiones Finales”

Conclusiones y reflexiones temáticas

Gestión clínica

Desde este punto de vista, el presente proyecto de título logra desenvolverse en el área de gestión clínica, debido a que es un trabajo conjunto con el equipo de salud del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, quienes buscan a través de un trabajo de gestión lograr mejoras continuas en los conjuntos de procesos implicados en la atención de salud para la consecución de la acreditación de salud por la cual debe pasar la institución en el año 2018.

Es así, como la finalidad de la gestión clínica en cuanto al logro de mejoras continuas, se tornó durante el proyecto de título de relevancia para el equipo de la Unidad de Calidad debido a que los compromisos de gestión con los que deben cumplir cada año, apuntan a esta conceptualización. Por lo cual, se logra a través de la construcción y actualización de los protocolos, así como también con la creación del reglamento interno de la institución, logrando avances en los planes de mejora continua de la Unidad en que se insertó el proyecto y consiguiendo a su vez, avances de relevancia para el CESFAM, siendo un trabajo que incorpora hacer correctamente lo correcto en beneficio del servicio brindado a la comunidad, tanto a los usuarios como a sus familias.

Los procesos de mejora continua efectuados en el CESFAM a través del desarrollo del proyecto de título de Trabajo social, deben concretar mantención o mejora de los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria a aplicarse en el mes de abril del 2017, puesto que dichos procesos se ven plasmados en los índices de satisfacción usuaria alcanzados por los prestadores de salud del país, ya que su finalidad por excelencia es la entrega de un mejor servicio en cuanto a las atenciones de salud médicas y no médicas a los usuarios suscritos a la institución.

Cabe mencionar, que parte de la base de la gestión clínica se encuentra en contar con profesionales comprometidos y capaces para desarrollar procesos en torno a la entrega de un mejor servicio, es por esto, que el proyecto de título logra obtener una buena acogida y compromiso por parte de los jefes de unidades, quienes activamente contribuyen al desarrollo de los trabajos a efectuarse en la Unidad de Calidad con la finalidad de entregar productos de calidad. Si bien, los jefes de unidades no participaron directamente en la creación de los documentos por la razón de no contar con tiempo para el desarrollo de trabajo de gestión por sus horas de atenciones clínicas, siempre se contó con una buena disposición de cada uno de los jefes de unidades y los demás funcionarios de ellas, para otorgar la información que requirió la Estudiante en proyecto de título para la confección y actualización de los protocolos, facilitando el trabajo llevado a cabo.

Finalmente, a través del desarrollo de los protocolos en cuestión, se logra una de las finalidades medias de la gestión clínica, encausada hacia el descenso de los niveles de incertidumbre y diversidad de interpretaciones de los servicios y procedimientos, tanto en usuarios como funcionarios, facilitando a su vez, el desarrollo del trabajo cotidiano, mejorando la información disponible acerca del funcionamiento del Centro de Salud para perseguir mayores estándares de calidad y satisfacción usuaria.

Gestión de calidad

El modelo de calidad total de Deming, se relacionó con la metodología escogida para llevar a cabo el proyecto de título debido a que ambos a través de pasos a seguir y/o actividades, buscan que la organización concrete mejoras significativas en la calidad y productividad de los servicios. Por tanto se acoge de buena manera este eje temático, obtenido los resultados esperados en el área de gestión de calidad.

Es así, como con la creación y actualización de los protocolos y confección del reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, se logra disminuir la deficiencia generada por la discrepancia entre lo prometido y lo realizado por la institución en el otorgamiento de los servicios de salud. Esto quiere decir, que a través del desarrollo del proyecto de título, al documentar en este tipo de instrumentos, se logra informar a la población atendida acerca de los servicios que promete la institución, dando paso a su vez, que los funcionarios cuenten con información detallada del desarrollo de las funciones realizadas en las prestaciones de salud, buscando disminuir así el margen de error que se pueda generar entre lo prometido y lo cumplido en los servicios.

Parte de la gestión de calidad se ve reflejada en la satisfacción usuaria, compromiso en el cual se acoge la Unidad de Calidad para lograr mejores estándares de calidad en los servicios y prestaciones a los usuarios, con la finalidad de lograr llevar a cabo en buenas condiciones los procesos relativos a la acreditación en salud del año 2018. Es por ello, que el proyecto de título contribuyó a incrementar los avances llevados por la Unidad de Calidad, con miras al proceso de acreditación venidero, cumpliendo así con las metas de mejora continua propuestas para los años 2016 – 2017. Siendo, de una contribución importante el trabajo realizado por la Estudiante en proyecto de título, debido a que los profesionales del Centro de Salud, no cuentan con el tiempo suficiente para realizar un trabajo de gestión acabado en formalidad, calidad y formato requerido para su implementación.

Desde otro punto de vista, el proyecto de título cumple en el área de satisfacción usuaria con el enfoque de derechos utilizado por el Ministerio de Salud Chileno, para la atención de cada usuario. Lo anterior se refleja en el cumplimiento del derecho a la información que tiene cada usuario y su familia en las atenciones vinculadas a su salud, lo cual se plasma en la disponibilidad pública del trabajo realizado por la Estudiante en proyecto de título, como suministro importante de la institución para la información clara y ordenada de los servicios entregados, tanto para la utilización de los funcionarios como de los usuarios en conformidad con la legislación actual del Ministerio de Salud.

En cuanto al proceso de acreditación propiamente tal, se logra llevar una autoevaluación del Centro de Salud Familiar con más de un año de anterioridad a la acreditación, lo que permite realizar un trabajo en mayor profundidad para cumplir con las metas y objetivos asociados a este compromiso de gestión de la Unidad de Calidad, contribuyendo de forma significativa con el proyecto al lograr avances concretos en la consecución de la acreditación en salud. Así mismo el proyecto logra detectar falencias en la institución a través de la implementación del objetivo de trabajo N°1, en cuanto a la desactualización y falta de protocolos relevantes en la institución, logrando subsanarse con la planificación del proyecto de título, dando a su vez cumplimiento al Decreto N°40 de la ley 20.584.

Gestión de Recursos Humanos

El trabajo de gestión de recursos humanos, en una organización debe efectuarse bajo un enfoque interdisciplinario, en que cada uno de los miembros de la organización aporta con conocimientos desde su área de experticia para una finalidad común, la cual es el desarrollo de los objetivos organizacionales. Esto se ve reflejado en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry en el presente proyecto de título debido a que para ser llevado a cabo movilizó y gestionó diferentes recursos humanos disponibles en la institución con quienes se contó durante todo el proceso realizado. Estos recursos humanos movilizados fueron los jefes de unidades, dirección de la organización y profesionales de la Unidad de Calidad que contribuyeron activamente desde sus áreas de experticia con información relevante para la construcción y actualización de los protocolos, como también en la elaboración del reglamento interno de la institución.

Sin la movilización de estos recursos humanos institucionales, el trabajo realizado hubiera perdido el desarrollo de un trabajo en equipo asociado a cada uno de los procesos detallados para la consecución del objetivo final del proyecto de título. Gracias a un trabajo coordinado con los profesionales, se obtuvo información de relevancia y orientación temática de cada uno de los documentos trabajados.

Cabe mencionar la importancia del trabajo coordinado con los recursos humanos de la institución, puesto que inciden en un trabajo colaborativo en beneficio del mejoramiento organizacional y crecimiento profesional de cada uno de los participantes de la experiencia ejecutada en la institución.

Es importante, tener en cuenta que la gestión de recursos humanos de forma óptima, contribuye a alcanzar los objetivos organizacionales y objetivos de realización personal de los funcionarios, por tanto, a través del trabajo con cada uno de los jefes de unidades del Centro de Salud, se consiguió alcanzar diversos objetivos planteados en tanto a: objetivos de la unidad de calidad para la acreditación en salud, objetivos propuestos para el desarrollo del proyecto de título y objetivos institucionales para el año 2016 – 2017. Así mismo se puede considerar el desarrollo personal y/o profesional en que se vieron inmersos los jefes de unidades al contribuir con sus conocimientos y experticia técnica en el trabajo realizado por la Estudiante, cumpliendo una labor docente importante en la institución.

Desde otra arista, la gestión de recursos humanos se desarrolla por medio del trabajo en equipos en los procesos de mejora continua de la organización, lo que se ve plasmado en uno de los aspectos importantes del proyecto de título que busca alcanzar mejoras continuas en la organización con miras al proceso de acreditación del año 2018, es por ello como se mencionó anteriormente, se realizó un trabajo en conjunto con los jefes de unidades, dirección de la institución y unidad de calidad, reforzando la idea de la realización de un trabajo colaborativo entre el equipo de salud de la institución para avanzar en la temáticas de mejoras continuas planteadas para contribuir a mejores estándares de calidad y satisfacción usuaria en la atención otorgada por el Centro de Salud.

Dicho lo anterior, se considera que el proyecto de título con conformidad desarrolló de una gestión de recursos humanos, plasmada en la movilización de los jefes de unidades, dirección y unidad de calidad, quienes contribuyeron activamente con la Estudiante a través de apoyo, guía, enseñanza, corrección y validación profesional continua, para que se pudieran alcanzar cada uno de los objetivos propuestos y el desarrollo profesional de la Estudiante durante el transcurso de la experiencia efectuada en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

Conclusiones y reflexiones metodológicas

La metodología propuesta para llevar a cabo el proyecto de título de Trabajo Social, fue la recomendada internacionalmente para el trabajo en el área de calidad denominada “gestión por procesos”, que fue de gran utilidad para alcanzar los objetivos de trabajo propuestos en base a las necesidades institucionales que dieron cavidad a la existencia del proyecto.

Dicha metodología busca ser una herramienta para el cambio organizacional en cuanto a metodología de gestión se trata, lo cual cumplió con la función de la Unidad de Calidad en que se insertó el proyecto, puesto que se enfoca en lograr mejoras continuas en la organización en la cual se implementa.

Lo anterior se concretó con eficiencia y eficacia, debido a que esta metodología permitió definir actividades, herramientas e instrumentos de forma detallada para el desarrollo de cada uno de los objetivos de trabajos utilizados, por tanto, esta metodología se considera la más adecuada para la implementación del presente proyecto de título al preocuparse de cada uno de los detalles que lo componen separando la acción de forma organizada en procesos.

Además, se destaca que la metodología de gestión por procesos, utiliza el trabajo participativo en la concreción de los procesos a través de responsables de cada uno de ellos, lo cual se ve plasmado en la caracterización de los requerimientos del reglamento interno, en los cuales cada uno de los jefes de unidades se hicieron responsables de diversos procesos otorgando guía técnica e información atingente para el trabajo efectuado.

Es así como la metodología permitió de forma descentralizada la consecución de los objetivos propuestos, acomodándose plenamente a la realidad dinámica del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, debido a que los profesionales no contaron con el tiempo necesario para hacer la construcción de los protocolos, lo cual fue subsanado a través de un trabajo organizado por la Estudiante en proyecto de título en que se consideró en todo momento la opinión de cada uno de los jefes de unidades para la elaboración de los documentos resultantes como productos finales de la experiencia de título.

De este mismo modo, la metodología funcionó armoniosamente con los ejes temáticos propuestos en el marco referencial del proyecto, debido a que su implementación y utilización apunta a lograr estas temáticas en lo respectivo a calidad de los servicios, acreditación, mejora continua y manejo de recursos humanos en la gestión clínica que implica el trabajo aplicado en el Centro de Salud.

Cada uno de los objetivos de trabajo del proyecto de título, fueron organizados como procesos completos y divididos a su vez en subprocesos que

contribuyeron al mejor desarrollo de estos planteamientos finales por medio de un desglose de actividades a ejecutar para el logro de lo planificado.

Esto se llevó a cabo, mediante una pauta detallada de los procesos a efectuarse en concordancia con cada objetivo y sus respectivas actividades a ejecutarse según las necesidades institucionales y las necesidades que suscitaron con propósito del proyecto de título.

En síntesis, se refuerza la idea de que la metodología de gestión por procesos fue la más adecuada para el desenvolvimiento del proyecto de título, puesto que planteó de forma concreta, estructurada y detallada la organización de los procesos a efectuarse en pos del cumplimiento de los objetivos propuestos, encontrándose una similitud con la planificación por fases utilizadas en otras experiencias de Trabajo Social en la institución en que se logra tener un mejor manejo de los tiempos de trabajo tomando en cuenta las contingencias institucionales, mejorando la aplicación de cada una de las actividades que fueron planeadas en esta experiencia.

Conclusiones y reflexiones acerca del Trabajo Social y Gestión por procesos

El presente proyecto de título, permitió desarrollar una experiencia del Trabajo Social en el área de gestión organizacional a través de la utilización de la metodología de gestión por procesos, realizándose una retroalimentación positiva del trabajo logrado visiblemente en los productos entregados a la institución que acogió y apoyo el proyecto en su desarrollo general tanto en calidad, contenido y forma.

Esta profesión, se puede ligar de buena manera a la gestión por procesos desde una mirada organizacional, puesto que ambas buscan transformaciones sustanciales en la institución a través de una mejora continua como bien para la comunidad a la cual llegan cada uno de los productos y servicios que ofrece.

Lo anterior, desde el Trabajo Social se considera como contribuir al bienestar de la población a través de un trabajo acabado que contemple las contingencias organizacionales, para ello se considera el planteamiento de la Estudiante en proyecto de título acerca del Trabajo Social en materias de gestión desarrolladas en cualquier tipo de organización, lo cual se refiere a que “como Trabajadores Sociales, al preocuparnos del bienestar de nuestros usuarios podemos realizar un trabajo de alto impacto a través de una labor directa con la organización y sus funcionarios, considerando esto como la base para un buen servicio, en la cual se requiere lograr procesos de mejora de los servicios a nivel organizacional que luego se verán reflejados en la percepción de los usuarios del servicio que reciben de la institución al contar con funcionarios preparados y capacitados de forma óptima en los servicios que entregan a la comunidad”.

Es por ello, que la metodología de gestión por procesos, permite organizar el trabajo a llevarse a cabo de forma estructurada y clara para lograr los mejores resultados en los servicios que se deben entregar a la comunidad atendida, considerando de forma importante la dignidad del ser humano por el tan solo hecho de ser persona, en cuanto a que debe recibir prestaciones acorde a sus requerimientos como también suficientes y de calidad para mejorar su bienestar.

Este proyecto de título, permitió formalizar la entrega de prestaciones en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, en concordancia con el enfoque de derechos propuesto por el Ministerio de Salud en la atención de la población Chilena, visualizado en el derecho de toda persona a tener a acceso público a la información relativa a los servicios otorgados por los prestadores de salud.

En otro aspecto, se puede realizar una analogía entre el ciclo tecnológico del Trabajo Social y los pasos a seguir en gestión por procesos, puesto que este último realiza una identificación y secuencia de objetivos, descripción de cada uno de los

procesos, seguimiento y medición de los resultados, y mejora de los procesos a través de las mediciones realizadas. Esto se refleja en el trabajo realizado durante las tres prácticas profesionales desarrolladas en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, en que el Estudiante a través de la implementación del ciclo tecnológico debe realizar estos pasos para llevar a cabo un trabajo de calidad en la atención de los usuarios, grupos y comunidades, revisando los resultados con la finalidad de mejorar intervenciones a futuro.

Sin embargo, cabe mencionar que el desarrollo del proyecto de título, se da cuenta que el ciclo tecnológico en el ámbito organizacional y específicamente a través de la gestión por procesos se da de una forma dinámica, debido a que el ciclo tecnológico no se implementa en el orden acostumbrado para las intervenciones por lo cual prevalece la condición dinámica de este que no se suscita en todas las ocasiones, ya que se pasa de una etapa a otra indistintamente, realizando un constante diagnóstico y evaluación de lo planeado y ejecutado en la acción a través de los procesos diseñados para el logro de los objetivos planteados.

La planificación llevada a cabo por el Trabajador Social, se beneficia con la implementación de la gestión por procesos debido a que esta busca detallar cada uno de los procesos a llevarse a cabo con la finalidad de lograr calidad en los productos por medio de la utilización de herramientas acordes a la realidad institucional, por esto el Trabajador Social puede realizar un trabajo minucioso en la aplicación de lo planificado para lograr un impacto considerable en la estructura organizacional con miras a obtener mejoras continuas de los servicios entregados a los y las usuarios del Centro de Salud.

El Trabajador Social tiene la capacidad de estudiar y transformar determinado objeto, que en este caso fueron los procesos de mejora continua de la organización referentes a la creación y actualización de protocolos como también la elaboración del reglamento interno del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, que permiten la búsqueda de aumento en la calidad de atención otorgada a los usuarios por medio del derecho de la información, relativo en este caso a cumplir con los requisitos legislativos para el proceso de acreditación del año 2018.

La gestión por procesos, permite al Trabajador Social desarrollar ciertas competencias al unir las potencialidades de la profesión con las de la metodología utilizada, esto quiere decir, que contribuye al desarrollo del profesional en áreas de gestión organizacional, reflejándose en un crecimiento de la persona en este ámbito al desarrollarse en estas labores. Dentro de estas capacidades se destacan las siguientes: comprensión de la complejidad de los contextos y realidades organizacionales; planificación organizacional participativa; y reflexión continua sobre la acción.

Cabe mencionar, que el presente proyecto de título permite al Trabajador Social desenvolverse en otras áreas de intervención social indirecta, puesto que con

el trabajo realizado en la institución se espera lograr un impacto en la satisfacción usuaria de la comunidad atendida, tanto en cada uno de los usuarios como en sus familias.

Finalmente, se destaca que se logró a través del presente proyecto un trabajo óptimo al utilizar el conocer y el hacer de la profesión en conjunto con la gestión de procesos, con una retroalimentación positiva por medio de los resultados obtenidos y entregados a la institución para su proceso de mejora continua en la acreditación de Salud basada en la implementación del reglamento interno estipulado en el Decreto N°40 de la ley 20.584 del Ministerio de Salud.

Capítulo 6

“Anexos”

REGLAMENTO INTERNO CENTRO DE SALUD FAMILIAR JEAN Y MARIE THIERRY

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Unidad de calidad Lorena Elgueta Estudiante en proyecto de título Trabajo Social UV Melissa Oporto	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Unidad de Calidad: Lorena Elgueta Unidad OIRS: Marcela Guerrero.	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Unidad de Calidad: Lorena Elgueta Unidad OIRS: Marcela Guerrero.
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Ítem	Número de página
Título I: disposiciones generales	3
Título II: servicios y prestaciones	5
Título III: normas de ingreso y egreso de la institución	7
Título IV: normas de manejo de ficha clínica	9
Título V: funcionamiento horario y dación de horas	10
Título VI: identificación de funcionarios, usuarios e internos del CESFAM	10
Título VII: comité de ética de la institución	12
Título VIII: procedimientos de trámites ciudadanos	12
Título IX: vías de evacuación y procedimientos de emergencia	13
Actualización del documento	17

Título I: Disposiciones generales

- **Introducción**

El presente reglamento interno se gestionó bajo la necesidad del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry de dar cumplimiento a las metas de la Unidad de Calidad para la acreditación en salud de la institución en el año 2018.

El proceso de confección del reglamento interno se llevó a cabo por la Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social UV, Melissa Oporto Barahona, quien a través de la metodología de gestión por procesos, creo un estado de avance del CESFAM en cuanto a la protocolización existente para la confección del reglamento, así como también la construcción de los protocolos faltantes para dar cumplimiento a los siete puntos mínimos del Decreto N°40 de la Ley 20.584 relativos a la atención abierta en salud.

Dicho lo anterior, el presente reglamento interno del CESFAM cumple con la normativa vigente del Ministerio de Salud, así como también dará lineamientos de la atención brindada en la institución que será de conocimiento y acceso público tanto para funcionarios como usuarios del territorio.

- **Objetivos**

-Regular el cumplimiento del Decreto N°40 que regula que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584.

-Proporcionar de manera suficiente y veraz, información relativa al funcionamiento del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry a los usuarios y funcionarios de la institución.

- **Misión del CESFAM Jean y Marie Thierry**

“Somos un centro de salud familiar, destacado en la región de Valparaíso, que brinda una atención biopsicosocial de calidad que contribuye al desarrollo integral de la comunidad beneficiaria, entregándoles una atención segura, actualizada, eficiente y accesible mediante la intervención del equipo multidisciplinario comprometido, utilizando al máximo los recursos tecnológicos al alcance para mejorar la calidad de vida de los usuarios.”

- **Visión del CESFAM Jean y Marie Thierry**

“Queremos ser un centro de salud familiar de excelencia, innovador y cercano a la comunidad; entregando herramientas para el empoderamiento de los usuarios haciendo énfasis en la promoción y prevención de la salud, generando en el colectivo una identidad propia que nos distinga del resto de los servicios de salud.”

- **Alcance**

El reglamento interno es de conocimiento público para cada uno de los usuarios y funcionarios de la institución, quienes podrán solicitar el material de forma impresa para poder utilizarlo en cualquier momento.

Cada una de las personas que tiene acceso a este reglamento, deben velar por su cumplimiento en las formalidades dispuestas.

- **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.

- Decreto N°40, que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584
- Decreto N°62, que aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial.
- Decreto N°41, que aprueba reglamento sobre fichas clínicas.
- Decreto N°35, que aprueba reglamento sobre procedimiento de reclamo de la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Protocolo altas disciplinarias.
- Protocolo comité de ética.
- Protocolo ficha clínica digital.
- Protocolo de identificación del usuario y funcionario.
- Protocolo libro de reclamos.
- Protocolo SOME.
- Protocolo comité de emergencia.

- **Definiciones**

Alta disciplinaria: es el término de las atenciones de salud otorgadas a una persona que ha incurrido en maltrato o acciones de violencia contra los funcionarios y/o usuarios del Centro de Salud.
Usuario: Es aquella persona que utiliza las diferentes prestaciones otorgadas por el Servicio de Salud.

Funcionario: Son todos los profesionales, técnicos y administrativos que trabajan en el Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry entregando prestaciones de salud a usuarios y usuarias.

Paciente conflictivo: Es aquel usuario que haciendo uso de todas sus facultades mentales, incurre en conductas disruptivas durante su atención en salud. Es así, como estos pacientes a veces presentan este tipo de conductas de forma recurrente, por lo cual son plenamente identificables como paciente conflictivo por los funcionarios del Centro de Salud.

Maltrato o acto de violencia: comportamiento violento que causa daños físicos o psicológicos a una persona.

Comité: órgano colegiado de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud.

Ficha Clínica: instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona.

Confidencialidad: Derecho que tiene la persona, en su calidad de paciente, a que su enfermedad o situación de salud no sea de dominio público. Es el paciente quien debe autorizar la divulgación de la información asociada a su estado de salud. Esta situación sólo se exime en caso de orden judicial o por razones estrictamente médicas.

AVIS: sistema informático que contiene la ficha clínica de los usuarios y usuarias de la institución, permitiendo una atención integral más directa con eficiencia clínica y administrativa.

Identificación: forma o documento en que constan el nombre y otras informaciones de una persona, y que sirve para identificarla.

OIRS: Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias.

Calidad de atención: Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado, la satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.

Formulario: documento llenado por el usuario afectado por medio del cual se deja constancia e ingreso del reclamo efectuado.

Informaciones: datos entregados por la operadora de OIRS a los usuarios, referentes al funcionamiento del establecimiento en sus diferentes áreas de prestación de servicio, siendo capaces de orientar y guiar al usuario en lo correspondiente a sus atenciones de salud.

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico, encargado de la atención de los y las usuarios en la dación de horas de atención médica, horas con otros profesionales del equipo de salud y horas para controles crónicos.

Satisfacción Usuaria Externa: Implica el cumplir o no con las expectativas de las personas.

Satisfacción Usuaria Interna: Implica que la institución trabaje en pro de climas laborales adecuados.

Efectividad: Es la medida en que una determinada atención mejora.

Capacidad de respuesta: Hacer las cosas a su tiempo, agilidad de trámites, es un componente de la calidad de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

Hora médica por morbilidad: Es la hora de atención a médico que el usuario solicita cuando se encuentra aquejado/a por una enfermedad aguda como diarrea, vómitos, fiebre, etc. Estas horas no son para control de crónico o salud mental en tratamiento.

Controles crónicos: Es la actividad que realiza el equipo del Centro para evaluar integralmente su salud, orientada a pesquisar alteraciones, enfermedades o complicaciones de enfermedades crónicas.

Horas de atención con profesionales del equipo de salud: son las horas de atención que el usuario solicita con profesionales tales como psicólogos, Asistentes Sociales, Kinesiólogos, Matronas, Fonoaudiólogo y otros.

Línea 800: Sistema de entrega de horas de atención para morbilidad vía telefónica.

Confidencialidad: Es una característica de la relación profesional/usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial.

Evacuación: Conjunto de acciones planificadas y entrenadas para abandonar el Establecimiento por las vías de evacuación establecidas, en el menor tiempo posible, con el propósito de proteger la integridad física de Usuarios y Funcionarios del Servicio, minimizando así las consecuencias de la Emergencia.

Vía de Evacuación: Camino libre, señalizado y seguro, que desde cualquier punto del Establecimiento conduce a la Zona de Seguridad

Zona de Seguridad: Lugar de refugio temporal, que ofrece seguridad a quienes lleguen hasta este punto.

Amago de Incendio: Fuego iniciado, descubierto y extinto antes de la llegada de Bomberos al lugar siniestrado. De no cumplirse esta definición se considera como un incendio.

Incendio: Fuego no controlado, que puede provocar daños a personas e instalaciones.

Emergencia biomédica: Eventos que comprometen directamente la integridad física de usuarios, Funcionarios e instalaciones.

Sismo: Evento producido por el movimiento del terreno, ocasionado por fuerzas que actúan en el interior de la tierra.

Artefacto Explosivo: Compuesto químico, sólido o líquido, que por acción de calor, impacto o presión se descompone o reacciona violentamente, generando grandes cantidades de gases calientes que al expandirse provocan ondas de choque.

Plan de Emergencia: es la implementación de procedimientos adecuados para actuar de forma segura y coordinada en caso de Emergencia.

Título II: Servicios y prestaciones

El Centro de Salud Jean y Marie Thierry, es un centro de atención de salud abierta de carácter primario, en el cual se otorgan prestaciones médicas y no médicas a usuarios y usuarias del territorio en el que se circunscribe. Dentro de esta temática, las prestaciones son las siguientes.

- **Servicios y prestaciones:**

Horas de atención médicas de morbilidad y pacientes crónicos: horas entregadas por personal SOME, para la atención de las diversas problemáticas de salud que puedan presentar los usuarios, como también el control periódico de las enfermedades crónicas presentes en la población. Con esto se intenta mejorar y atender las problemáticas de salud del territorio del CESFAM incidiendo en el bienestar de las personas y sus familias.

Horas de atención con matronas: control y prevención en temáticas de control prenatal, paternidad responsable, control ginecológico, control de climaterio y control de diada, promoviendo el autocuidado y sexualidad responsable.

Horas de atención con enfermera: estas horas de atención, corresponden a aquellas efectuadas por la enfermera para la atención de controles de usuarios crónicos de adulto, controles sanos de niños, control preventivo de adulto y pesquisa de hipertensión arterial.

Horas de atención con nutricionista: resuelve los problemas de la comunidad relativos a disminuir los factores de riesgo y morbilidad asociados a estados de malnutrición por déficit o exceso, integrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Horas de atención con Asistente Social: atención a través de consultas sociales en aquellas temáticas que aquejan a la persona a través del consejerías, visitas domiciliarias, medidas proteccionales en tribunales e informes sociales para diferentes instancias de interés del usuario, así como también la realización del ingreso al programa de salud mental para atención psicológica.

Horas de atención con Psicólogos: tratamiento psicológico y atenciones interdisciplinarias a usuarios ingresados en el programa de salud mental por Asistente Social.

Horas de atención dental: se atienden las necesidades de salud bucal de los beneficiarios del CESFAM, que contempla actividades de fomento, prevención y recuperación a través de programas de alta calidad y cobertura.

Unidad de Tratamiento: es la sala de procedimientos y toma de muestras médicas, para curaciones y exámenes requeridos por el personal médico del CESFAM.

Unidad de Farmacia: Recinto del consultorio destinado al almacenamiento, conservación y dispensación de los medicamentos entregados a pacientes crónicos inscritos en el CESFAM.

Unidad de alimentación: ejecución de programas PNAC y PACAM, en que se distribuyen leche y otros alimentos a niños menores de 6 años. Nodrizas, adultos mayores y prematuros, buscando mejorar el estado nutricional de estos usuarios del CESFAM.

Talleres recreativos: talleres destinados a los diferentes sujetos de atención del CESFAM, a través de diversas estrategias recreativas para el mejoramiento del bienestar biopsicosocial de la comunidad suscrita a la institución.

Salas IRA y ERA: atención de pacientes con problemas respiratorios, manejando ambulatoriamente cuadros respiratorios agudos realizando un control y seguimiento de este tipo de patologías, con atenciones de médico y kinesiólogo.

- **Horarios de atención**

SOME:

Lunes a Jueves de 08:00 a 20:00 horas.
Viernes de 08:00 a 20:00 horas.
Sábado de 09:00 a 13:00 horas

OIRS:

Lunes a viernes de 08:00 a 16:30 horas

Farmacia:

Lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas

Sábado de 09:00 a 13:00 horas

Tratamiento:

Lunes a jueves de 07:30 a 17:00 horas y viernes de 07:30 a 15:00 horas.

7:30 – 8:00 hrs. Toma de muestras de exámenes.

7:30 – 8:30 hrs. Recepción de exámenes de orina.

8:30 – 9:00 hrs. Aseo unidad, despacho de exámenes.

9:00 – 10:00 hrs. Curaciones a pacientes citados con la enfermera.

9:30 – 13:00 hrs. Solicitud de horas, curaciones e inyectables.

13:00 - 14:00 hrs. Colación.

14:00 – 16:30 hrs. Solicitud de horas e inyectables.

16:30 – 17:00 hrs. Actividades administrativas, aseo terminal.

Plan nacional de alimentación complementaria:

Lunes a jueves de 08:00 a 13:00 horas y de 14:00 a 16:00 horas.

Viernes de 08:00 a 13:00 horas y de 14:00 a 15:00 horas.

Título III: normas de ingreso y egreso de la institución

- **Inscripción de usuarios nacionales**

Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 16:30 horas

Documentos requeridos:
- Certificado de residencia o comprobante de arrendamiento, cuentas del hogar o certificado notarial.
- Cierre de percápita (traslado) o ficha de consultorio anterior.
- El RUT y la fecha de nacimiento de los integrantes de la familia a inscribirse
- certificado de nacimiento, libreta de matrimonio o carnet de identidad del usuario.

Condiciones de inscripción:
- Pertenecer a FONASA y/o PRAIS.
- No estar afiliado a ISAPRE, CAPREDENA o DIPRECA.

Beneficios de inscripción:
- Atención integral de salud con atenciones de diferentes profesionales del área de la salud y área social.
- Menores de 5 años, 11 meses y 29 días, se les entrega la prestación de alimentación (leche) e inmunización (vacunas), con previa inscripción.
- Participación en diversos talleres efectuados en el CESFAM.

- **Inscripción de usuarios extranjeros**

Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 16:30 horas
Documentos requeridos:
- Carnet, cédula, documento que acredite identidad o número asignado por extranjería.
- Comprobante de domicilio: certificado de residencia o cuentas del hogar.
- Certificado de nacimiento (para recién nacidos).

Condiciones de inscripción:
- Pertenecer a FONASA.
- Menor de edad inscribirse con su tutor legal o padres.

Beneficios de inscripción:
- Atención integral de salud con atenciones de diferentes profesionales del área de la salud y área social.
- Menores de 5 años, 11 meses y 29 días, se les entrega la prestación de alimentación (leche) e inmunización (vacunas), con previa inscripción.
- Participación en diversos talleres efectuados en el CESFAM

- **Desinscripción de usuarios nacionales y/o extranjeros**

Unidad encargada: OIRS.

Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 16:30 horas.

Documentos requeridos:
- Cédula de identidad o carnet paciente crónico.

Modalidades de cierre de ficha:
- Operadora hace el cierre de ficha con el usuario de forma presencial, entregándole un documento de la diligencia con timbre del CESFAM para ser presentado en nueva institución.
- Familiar del usuario se presenta con la cédula de identidad de este último para realizar el cierre de ficha, para ello la operado OIRS se contacta vía telefónica con el usuario para comprobar la veracidad del procedimiento. Si el paciente se encuentra con impedimentos físicos y/o mentales, el cierre de ficha se hará efectivo sin el llamado correspondiente con la persona que lo represente.

- **Altas disciplinarias**

Causas de alta disciplinaria
- Maltrato o acto de violencia psicológica a funcionario u otro usuario
- Maltrato o acto de violencia física a funcionario u otro usuario
- Amenazas a funcionario u otro usuario

Consecuencias de alta disciplinaria
- Cierre de ficha del usuario o usuaria.
- Traslado a otro CESFAM.
- Cese de prestaciones futuras al usuario o usuaria.

Deber del funcionario
- Pedir apoyo a otro funcionario durante el maltrato o acto de violencia
- Dar aviso a Carabineros vía telefónica o presencial
- Dar aviso a Dirección del CESFAM

Derecho del funcionario
- Pedir apoyo legal al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio para el resguardo de su integridad física y psicológica.
- Tomar acciones legales en fiscalía.

Aviso a Carabineros
- Funcionario afectado debe dar aviso a Carabineros, dejando constancia de lo sucedido.
- Carabineros adopta el procedimiento pertinente para el resguardo de la integridad de la persona afectada.

Deber de Dirección del CESFAM
- Informarse del hecho ocurrido
- Dar aviso al SSVSA
- Solicitar alta disciplinaria del paciente al SSVSA

Derecho del usuario o usuaria
- Apelar a la situación que desencadena alta disciplinaria
- Traslado a otro CESFAM

Título IV: normas de manejo de ficha clínica

Soporte de la ficha clínica
- Soporte digital en sistema AVIS.
- Una ficha clínica por usuario o usuaria.

Finalidad de ficha clínica
Mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atención de salud al usuario.

Quién puede acceder a sistema AVIS
Solo pueden acceder los funcionarios del CESFAM, que cuentan con una cuenta en el sistema que les permite registrar la información de las atenciones a los usuarios.

Quién puede acceder a ficha clínica
Funcionarios del equipo de salud que deben registrar atenciones al usuario o usuaria, así como también revisar el historial clínico para una mejor atención.

Identificación de la ficha clínica digital
- RUN usuario o usuaria
- Número de percápita
- Nombre completo del usuario o usuaria

Información contenida en ficha clínica
- Atención del usuario o usuaria con profesionales del equipo de salud.
- Entrega de medicamentos.
- Recetas médicas e indicaciones.
- Información personal y familiar.
- Test aplicados en atenciones.
- Resultados de exámenes.
- Horas de atención del usuario o usuaria con profesionales del equipo de salud.
- Decisiones adoptadas por el usuario o usuaria respecto de su atención.

Formato de la ficha clínica

- Forma clara de registro de información.
- Información legible.
- Estructura ordenada y cronológica.

A quién se puede entregar información de ficha clínica de modo total o parcial

- Usuario titular de la ficha clínica.
- Representante legal del usuario.
- Herederos del usuario fallecido.
- Terceros autorizados por el titular con poder notarial simple.
- Tribunales de justicia
- Fiscales del ministerio público y abogados defensores autorizados por juez competente.

Forma de solicitar información de ficha clínica

Usuario deberá realizar una solicitud por escrito, dirigida a la dirección del centro de salud, quien en un plazo de 15 días habiles entregará la información requerida.

Mantención de la ficha clínica

- Conservación por un mínimo de 15 años desde el último ingreso de información.
- Después de 15 años el CESFAM puede eliminar la ficha clínica de modo confidencial.

Control y fiscalización de la ficha clínica

Velara por el cumplimiento del reglamento de fichas clínicas la Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Prestadores.

Datos ingresados en cada atención del usuario

- **Motivo:** por qué consulta el usuario con el profesional.
- **Anamnesis:** conjunto de datos que se recogen en la historia clínica del usuario con objeto diagnóstico.
- **Exploración:** pesquizas relevantes durante la atención del usuario.
- **Diagnóstico:** apreciación profesional de la situación del usuario.
- **Actuación:** compromisos y cursos a seguir emanados de la atención al usuario.

Qué hacer en caso de que el sistema AVIS no se encuentre disponible

- Profesional debe registrar la atención del usuario en papel.
- Indagar en la situación del usuario y sus últimas atenciones.
- Cuando se pueda acceder al sistema AVIS, el profesional debe ingresar la información de la atención realizada al usuario.

Título V: funcionamiento horario y dación de horas.

- **Horario de funcionamiento del CESFAM**

- Lunes a Jueves de 08:00 a 20:00 horas.
- Viernes de 08:00 a 20:00 horas.
- Sábado de 09:00 a 13:00 horas

- **Tipos de horas de atención**

Horas de morbilidad (consulta espontánea):

- Categoría 1: Usuarios pertenecientes a los grupos priorizados y que presenten algún tipo de sintomatología que requiera resolución de corto plazo. Se destinará de manera exclusiva la línea 800, la que distribuirá las horas disponibles para el mismo día (desde las 10:00 en adelante y las de la 1º hora del día siguiente). Para ello se debe comunicar al 800500522 - 2211555 a partir de las 08:30 horas de lunes a viernes para pedir su hora de atención.

- Categoría 2: Usuarios que pertenezcan a los grupos priorizados y que presenten algún tipo de sintomatología que pueda ser evaluada a mediano plazo. Para la obtención de cupo médico, los pacientes, deben acudir al centro de salud, con jefa de SOME, quien asesorada del médico de sector correspondiente, entregará los cupos disponibles dentro de la semana y/o mes.

Atención usuarios crónicos:

- Control crónico por médico: Los usuarios deben asistir el día de apertura de agenda con su carnet de control al establecimiento, para agendar su hora de atención médica en SOME. Las fechas de apertura de agenda serán comunicadas en cada sector a través de afiches y pantallas de la institución. Estas horas deben ser tomadas en el mes anterior a la atención requerida.

- Control crónico por otros profesionales, incluye controles de salud infantil: Deben acudir con su carnet de control (crónico y/o infantil) el día de apertura de agenda (día siguiente a la apertura de agenda médica), donde serán citados con el profesional correspondiente.

Atención dental:

- Horas de urgencia: estas horas son entregadas todos los días a las 08:00 horas en dependencias de la institución según cupos disponibles.

- Horas de programas: serán entregadas en el horario de 09:00 a 16:00 horas en el SOME del Centro de Salud a los beneficiarios de GES embarazadas, GES adulto de 60 años, MHER (mujeres y hombres de escasos recursos), GES niño de 6 años y Menores de 20 años.

Atenciones con Asistente Social:
La hora de atención debe ser requerida en SOME para consulta social, la cual se distribuirá según Asistente Social que corresponde según el sector del usuario.

Atención con Psicólogos:
Para el ingreso al programa de salud mental, el usuario debe solicitar hora de atención con Asistente Social quien evaluará y realizará la derivación a atención psicológica a través del programa de salud mental. La hora de derivación debe ser pedida en unidad SOME.

Título VI: identificación de funcionarios, usuarios e internos del CESFAM

- **Identificación del funcionario**

Cómo identificar a un funcionario

- Vestimenta clínica
- Chaqueta del CESFAM
- Tarjeta de identificación

Quién otorga la tarjeta de identificación
La tarjeta de identificación es otorgada por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, a todos los funcionarios de planta, contrata u honorarios que inician sus funciones en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

Información contenida en la tarjeta de identificación del funcionario
- Fotografía del funcionario
- Nombre completo
- Cargo
- Centro de salud al cual pertenece

Posición de la tarjeta de identificación
La tarjeta de identificación se puede llevar en la parte superior de la vestimenta del funcionario a través de colgantes o prendedores, en que el usuario pueda leer con facilidad la información que esta tarjeta contiene.

Momento en que se debe portar tarjeta de identificación

- Atenciones clínicas
- Estadía en el CESFAM
- Atenciones domiciliarias

Deber del funcionario

- Presentarse con el usuario o usuaria, indicando su nombre y función que desempeña en la atención brindada a la persona.
- Portar en su vestimenta la tarjeta de identificación.

- **Identificación de internos en el CESFAM**

Cómo identificar a un interno
- Vestimenta clínica de su carrera
- Tarjeta de identificación de la universidad

Información contenida en la tarjeta de identificación del interno
- Nombre completo
- Carrera
- Universidad a la cual pertenece

Posición de la tarjeta de identificación
La tarjeta de identificación se puede llevar en la parte superior de la vestimenta del funcionario a través de colgantes o prendedores, en que el usuario pueda leer con facilidad la información que esta tarjeta contiene.

Momento en que se debe portar tarjeta de identificación

- Atenciones clínicas
- Estadía en el CESFAM
- Atenciones domiciliarias

Deber del interno

- Presentarse con el usuario o usuaria, indicando su nombre y función que desempeña en la atención brindada a la persona.
- Portar en su vestimenta la tarjeta de identificación.
- Vestimenta adecuada a la atención de usuarios y usuarias.

- **Identificación del usuario o usuaria**

Formas de identificación

- Transmisión de información de forma verbal
- Cédula de identidad
- Carnet de salud

Información que debe proporcionar el usuario

- Domicilio verdadero
- Nombre completo
- Edad
- Situación de salud y antecedentes de ello

Deber del usuario o usuaria

- Respetar a los funcionarios y otros usuarios del CESFAM
- Cuidar y preservar el mobiliario e instalaciones del CESFAM
- Aportar información veraz sobre su identidad e información personal
- Aportar información veraz sobre su estado de salud y antecedentes de ello

Derecho del usuario o usuaria

Conocer el nombre y la función de los profesionales del equipo de salud vinculados a su atención y estadía en el CESFAM.

Título VII: Comité de ética de la institución

Comité de ética al cual se acoge el CESFAM
Comité conformado en dirección del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

Causales para acudir al comité de ética
En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados.

Funciones del equipo de salud
- Informar a dirección sobre casos a exponer en comité de ética.
- Aportar información veraz y relevante del caso a exponer en comité de ética.

Encargado del CESFAM que debe gestionar la participación de comité de ética
- Dirección del CESFAM

Pronunciamiento del comité
El carácter del pronunciamiento es de recomendación, por lo que sus integrantes no tienen responsabilidad civil o penal.

En caso de que el usuario no se conforme con el pronunciamiento
El usuario puede dirigirse a la corte de apelaciones del domicilio del comité para solicitar revisión del caso y adopción de medidas necesarias.

Título VIII: Procedimientos de trámites ciudadanos

Modalidad de trámites ciudadanos:
- Presencial en Unidad OIRS, solicitando formulario de trámites ciudadanos.
- Vía online en plataforma OIRS en línea.

Ubicación del libro de trámites ciudadanos: disponible en Unidad OIRS

Horario de disponibilidad del libro de trámites ciudadanos
- Lunes a Jueves de 08:00 a 20:00 horas.
- Viernes de 08:00 a 20:00 horas.
- Sábado de 09:00 a 13:00 horas

Encargado de facilitar al usuario formulario de trámites ciudadanos
- Operadora OIRS.
- Jefe OIRS
- Funcionario del personal administrativo en caso de no estar presente operadora o jefe OIRS.

Solicitante del formulario de trámites ciudadanos
- Usuario o usuaria que haya vivenciado una situación de disconformidad o vulneración de derechos, como también para sugerencias y/o felicitaciones.

Llenado del formulario

- Debe ser llenado por el usuario afectado por la situación de disconformidad o vulneración de derechos, o situación de sugerencias o felicitaciones.
- Puede ser llenado en el mismo momento en la institución o llevado al domicilio del usuario entregándolo con posterioridad.

Procedimiento de ingreso del trámite ciudadano

- Usuario solicita formulario de trámites ciudadanos.
- Usuario llena formulario de trámites ciudadanos.
- Usuario entrega formulario de trámites ciudadanos en unidad OIRS.
- Jefe de OIRS digita el trámite ciudadano en plataforma de OIRS en línea.
- Se entrega trámite ciudadano a funcionario indicado en el formulario o a su jefe de unidad.
- Funcionario toma conocimiento del trámite ciudadano y redacta su respuesta.
- Respuesta del funcionario es analizada por dirección y jefe OIRS, quienes ratifican o rechazan la respuesta.
- Respuesta del trámite ciudadano en 15 días hábiles, siendo comunicada al usuario afectado.

Responsabilidad del funcionario indicado en el trámite ciudadano

- Firmar libro de constancia de recibimiento de trámite ciudadano.
- Entregar oportunamente respuesta al trámite ciudadano.

Tiempo de respuesta: 15 días hábiles contando de la fecha de ingreso del trámite ciudadano.

Modalidad de respuesta

- Presencial en el CESFAM.
- Vía correo electrónico.
- Vía carta certificada al domicilio del usuario afectado.

Trámites ciudadanos vía online plataforma OIRS en línea

- Usuario debe ingresar su trámite ciudadano en la plataforma OIRS en línea, aportando los datos solicitados por el sistema.
- El trámite ciudadano es derivado por el Ministerio de salud a la institución indicada por el usuario.
- CESFAM debe responder al reclamo en igualdad de condiciones a trámite ciudadano presenciales.

Título IX: Vías de evacuación y procedimientos de emergencia

- **Principales riesgos o amenazas en el CESFAM**

- Amago de Incendio
- Fuga de gas
- Incendio
- Sismo
- Tsunami
- Inundaciones
- Artefacto Explosivo
- Emergencia biomédica

- **Códigos de emergencia**

Código azul: Emergencias de naturaleza biomédicas, tales como: infartos, crisis hipertensivas, crisis de pánico, agitación psicomotora, pérdida de conciencia abrupta, hipoglicemia, hiperglicemia, crisis asmática.

Código rojo: En este código se considerarán todas las restantes emergencias que evacuación del establecimiento, tales como: incendio, amago de incendio, sismo, tsunami, artefacto explosivo, entre otros.

- **En caso de amago de incendio**

1. En caso de emergencia de incendio, usted debe combatir el principio de incendio con extintores portátiles (en caso de estar capacitado), dispuestos en los diferentes sectores del Establecimiento, hasta su extinción total. NO SE ARRIESGUE INÚTILMENTE. No provoque un riesgo mayor.

2. Si no puede controlar el fuego: dé la alarma a viva voz y a través de los sistemas de comunicación internos, para que los Funcionarios de todo el Establecimiento se enteren de la situación; de forma paralela se procederá a informar a Bomberos (132) y evacuar a los Funcionarios y Usuarios.

3. El Jefe de Emergencia y Evacuación deberá solicitar la presencia del Cuerpo de Bomberos (132) en el lugar, entregando la dirección exacta, una breve información de lo que acontece, entregará su nombre y el número del teléfono del cual llama, calmadamente, colgará el teléfono, esperará la llamada de Bomberos confirmando su requerimiento. Debe esperar en el lugar siempre y cuando esto no ponga en riesgo su integridad física.

- **Evacuación durante código rojo**

Una vez informado a los funcionarios y usuarios de la evacuación en caso de incendio u otra emergencia (sismo o tsunami), deben realizar las siguientes acciones:

1. Una vez dada la alarma, los Funcionarios que se encuentren más cerca de las puertas de escape, procederán a abrirlas de inmediato asegurándolas para evitar que se cierren. En el sector de la puerta de acceso al Establecimiento los encargados de realizar esta labor serán el Personal de Seguridad, a su vez, la puerta de escape, deberá ser abierta por uno de los Coordinadores de Área de ese sector (el que se encuentre más cercano en el momento de la emergencia).
2. Las puertas de acceso y de escape deben estar despejadas, verificando esto uno los coordinadores de área (el que se encuentre más cercano en el momento de la emergencia).
3. Suspender todo lo que se esté haciendo y desconectar los equipos eléctricos en uso (en caso de que esto no represente un peligro a su integridad física).
4. Mantener la calma en todo momento, los Coordinadores de área deben comunicar esta tranquilidad al resto de los funcionarios y Usuarios.
5. Los Coordinadores de Áreas al evacuar a los Usuarios por las vías que poseen escaleras, indíqueles que no corran y que bajen por ellas de manera calmada, en silencio y con precaución, recuerde que varias personas harán uso de ellas.
6. Si el incendio o emergencia obstruye las puertas de escape se procederá a evacuar a los Usuarios que aún se encuentran en el Establecimiento con la colaboración del Cuerpo de Bomberos.
7. Los Coordinadores de Áreas deberán verificar que no queden funcionarios o usuarios en su sector.
8. Los Funcionarios de Servicio y Usuarios no deben devolverse a las dependencias del Establecimiento por ningún motivo, ya que podrían poner en peligro su integridad física y provocaría aglomeraciones en las vías de evacuación.
9. Si se tuviese que salir del lugar amagado pasando por entre el humo, deberá hacerse lo más próximo al piso, en lo posible con un paño húmedo colocado en el sector de la boca y nariz, el que le ayudará a respirar con mayor facilidad.
10. Dirigirse hacia la Zona de Seguridad establecida, en ese lugar se encuentra a salvo y posteriormente recibirá instrucciones.

- **Acciones posteriores a evacuación código rojo**

1. Mantenerse tranquilo en la Zona de Seguridad una vez que se verifiquen las condiciones de los Funcionarios y Usuarios. Si requiere ayuda solicítela a sus compañeros.
2. Realizar revisión de personal, según listado de asistentes a la jornada, en cada zona de seguridad y comparar asistencia a través de radio comunicación.
3. Ingresar nuevamente al Establecimiento sólo una vez que sea notificado que ha pasado el peligro, por el Jefe de la Emergencia u otra autoridad competente en la emergencia (Bomberos, Carabineros, etc.).
4. Una vez que ha sido autorizado el reingreso al Establecimiento, verificar pertenencias personales, el estado general de las condiciones de la estructura y avise inmediatamente a quien corresponda cualquier observación al respecto.
5. Una vez que el incendio o emergencia ha sido controlado, se efectuará con funcionarios calificados una minuciosa revisión de los sistemas que han sido afectados por la emergencia, energía eléctrica, gas y agua. Si existen daños o fallas, de acuerdo a su magnitud, se dispondrá su inmediata reparación por parte de un especialista calificado antes de restituir el servicio.

6. Verificará el estado de los equipos de extinción que se han utilizado, para recargarlos a la brevedad.
7. La Jefatura confeccionará un informe detallado de la emergencia y de todos los eventos que se desarrollaron con ocasión de esta. Además del equipo usado, que debe ser recargado, reparado o adquirido.
8. Los medios de Comunicación solo podrán ejercer su trabajo fuera del Establecimiento, quedando expresamente inhabilitado a todos los Funcionarios del Servicio a dar información, solo lo hará el Director del Establecimiento sí así lo estimase conveniente.

- **Acciones en caso de sismo**

1. Mientras se desarrolle el sismo, recuerde mantener la calma de quienes se encuentran a su alrededor, aléjese de ventanales (proyecciones de vidrios), iluminación, estantes o elementos que puedan caerle encima, si empieza a caer material del techo, ubíquese a los costados del Establecimiento. Utilice el método de triángulo de vida o diríjase a la zona de seguridad de su área (lo que se encuentre más cercano en el momento del sismo).
2. Terminado el sismo, no encienda fósforos ni encendedores, pueden haber escapes de gas u otros inflamables derramados. No camine donde haya vidrios rotos o cables de energía eléctrica, ni toque objetos metálicos que estén en contacto con ellos.
3. Se debe designar dos Funcionarios que se preocupen de cortar todos los servicios básicos del edificio (agua, gas, electricidad).
4. Es importante señalar que al ocurrir un sismo de grandes magnitudes, es probable que se desarrolle un Tsunami, debido a esto se recomienda que una vez evacuado el edificio, dirigirse inmediatamente a los sectores altos de Valparaíso según indicación entregada por ONEMI.
5. La evacuación se activa en forma inmediata si el sismo es de una intensidad que no permite permanecer en pie y/o caída de objetos.
6. Cuando la evacuación se realice por emergencia de Terremotos u otros similares, el ingreso sólo será autorizado por el Jefe o Subjefe de Emergencia, previa evaluación de los posibles daños estructurales.

- **Acciones de emergencias biomédicas**

Una vez dada la alarma de un accidente ya sea de los Funcionarios del Servicio o Usuarios, se deberá:

1. Solicitar la concurrencia de los Servicios Públicos al Establecimiento, si la situación lo amerita.
2. Despejar el área de curiosos que estén obstaculizando el trabajo o acceso del Personal de asistencia.
3. Coordinar las labores de traslado de equipos, como camillas, de la forma más expedita al lugar del accidente.
4. De no responder a la petición los Servicios de Asistencia Pública, en un tiempo mínimo de tres minutos se volverá a llamar para ratificar la llamada y saber si despacharon el móvil asistencial al lugar.
5. Una vez llegada la ambulancia al lugar, el accidentado será de exclusiva responsabilidad de la dotación de ese carro asistencial.
6. La Dirección del Establecimiento dejará constancia en Carabineros del accidente, si éste es con lesiones graves o con resultado de muerte, la que necesariamente será ratificada por el Personal de Servicio.
7. Si es necesario trasladar personas heridas en vehículos particulares por no haber llegado la ambulancia, porque las lesiones comprometen la vida humana, deberán en lo posible ser acompañados por un funcionario de Carabineros quien a posterior certificará como ministro de fe que no hubo intención de ocasionar la muerte, en la eventualidad que se produzca el deceso del paciente en el vehículo.

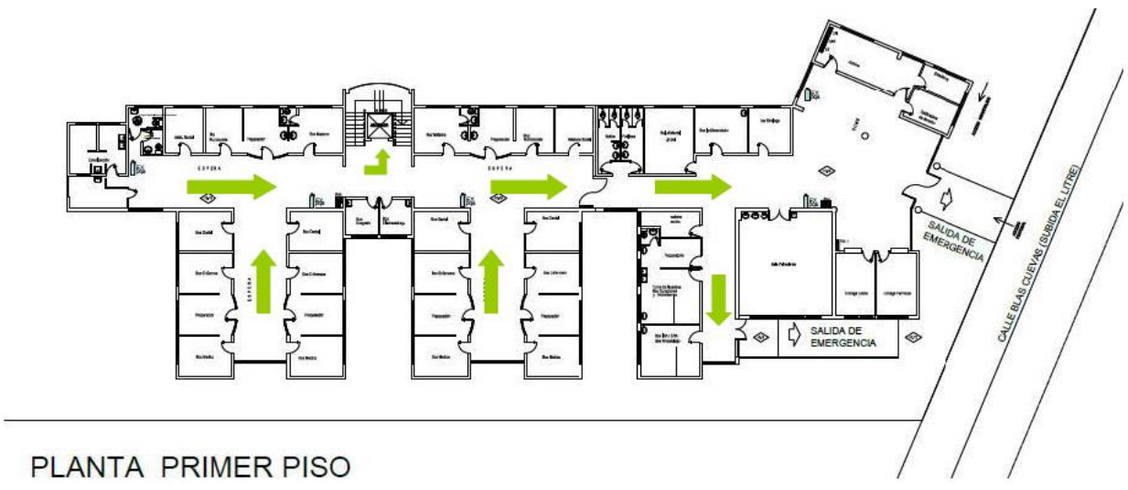
Acciones en caso de colocación de artefactos explosivos

1. Si alguien del Establecimiento recibe un llamado, comunicando la colocación de un artefacto explosivo, deberá mantener la calma y tomar nota del mensaje, poniendo atención en la voz de la persona, especialmente sexo, tono, timbre y ruidos externos a la voz, además de otros datos que considere necesarios consignar.
2. Cortará la llamada e informará a la Dirección del Establecimiento o Jefe del presente Plan de Emergencia y Evacuación, quién se comunicará con Carabineros (133), los que darán las instrucciones a seguir.
3. Se deberá informar de la situación al Personal encargado de Seguridad y se procederá a evacuar las instalaciones.
4. Si se detecta algún paquete o situación sospechosa no deberán mover ni tocar nada, solo observar, a fin de colaborar con Carabineros una vez que ellos se presenten en el lugar.
5. Se prohíbe el ingreso de cualquier persona a las instalaciones, hasta que Carabineros informe que la emergencia está superada.

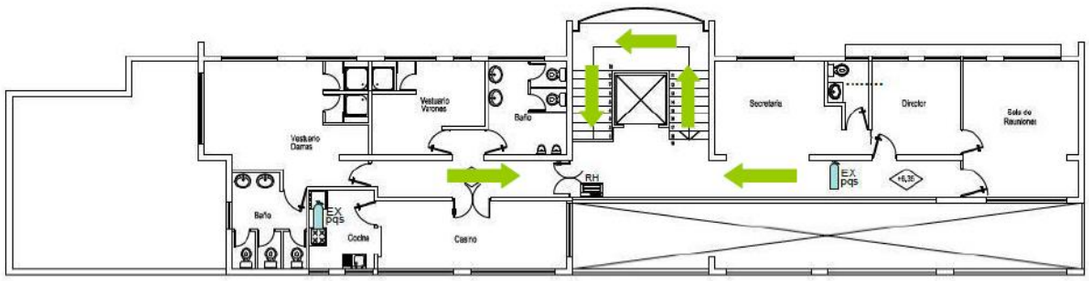
- **Organización de vías de evacuación**

VIA DE EVACUACION	SECTORES CORRESPONDIENTES
Puerta de entrada principal	- SOME - OIRS - Leche - Farmacia - Nutricionista - Sala ERA - As. Social 3-4 - Sala Polivalente - Sector 3 - Sector 4 - Transversal 3-4 - Cirugía Menor - Sala Ecógrafo y electrocardiograma
Puerta de evacuación secundaria (Frente a Sala IRA)	- Tratamiento - Vacunatorio - Sala IRA - Sector 1 - Sector 2 - Transversal 1-2 - Psicólogos - 2do piso

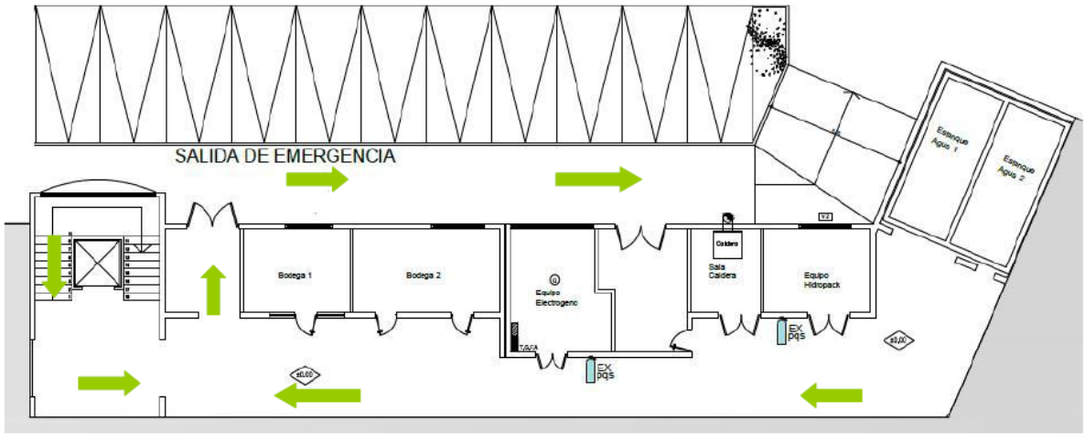
- **Planos de salidas de emergencia**



PLANTA PRIMER PISO



PLANTA SEGUNDO PISO



SUBTERRANEO

- **Actualización del documento**

Planilla de actualización de documento

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

Anexo N°2: protocolo de procedimientos de trámites ciudadanos

PROTOCOLO PROCEDIMIENTOS DE TRÁMITES CIUDADANOS

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Unidad de Calidad Unidad OIRS Estudiante de Trabajo Social UV en Proyecto de Título.	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad OIRS: Marcela Guerrero Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad OIRS: Marcela Guerrero Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta
Fecha:19/12/2016	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo……3

Alcance……3

Responsables de la ejecución……3

Documentación de Referencia……3

Definiciones……3

Desarrollo……3

Distribución……4

Responsabilidad del encargado……4

Flujograma
(Opcional)……5

Anexos……5

Actualización del documento……6

- **Objetivo**

- Brindar una atención de calidad dirigida a garantizar la satisfacción del usuario/a y sus familias que acuden al CESFAM.
- Dar a conocer a los usuarios, usuarias y a funcionarios todas las acciones que se realicen destinadas al cumplimiento de este protocolo en cuanto a los reclamos y sugerencias emitidas por los usuarios.
- Que los usuarios/as y funcionarios den cumplimiento a este protocolo.

- **Alcance**

. El presente protocolo, será de conocimiento y manejo de los funcionarios y funcionarias del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, así como también será de conocimiento público para todas aquellas personas que reciban prestaciones de salud en la institución.

Responsables de la elaboración:

- Unidad OIRS
- Unidad de Calidad
- Estudiante de Trabajo Social UV en Proyecto de Título.

Responsables de la ejecución del documento:

- Operadoras OIRS.
- Jefa de OIRS.
- **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.
- Decreto N°40, que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584
- Decreto N°35, que aprueba reglamento sobre procedimiento de reclamo de la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- **Definiciones.**

OIRS: Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias.

Calidad de atención: Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado, la satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.

Formulario: documento llenado por el usuario afectado por medio del cual se deja constancia e ingreso del reclamo efectuado.

Informaciones: datos entregados por la operadora de OIRS a los usuarios, referentes al funcionamiento del establecimiento en sus diferentes áreas de prestación de servicio, siendo capaces de orientar y guiar al usuario en lo correspondiente a sus atenciones de salud.

- **Desarrollo**

Modalidad de reclamo:
- Presencial en Unidad OIRS, solicitando formulario de reclamos.
- Vía online en plataforma OIRS en línea.
-

Ubicación del libro de reclamos: disponible en Unidad OIRS

Horario de disponibilidad del libro de reclamos
- Lunes a Jueves de 08:00 a 20:00 horas.
- Viernes de 08:00 a 20:00 horas.
- Sábado de 09:00 a 13:00 horas

Encargado de facilitar al usuario formulario de reclamos

- Operadora OIRS.
- Jefe OIRS
- Funcionario del personal administrativo en caso de no estar presente operadora o jefe OIRS.

Solicitante del formulario de reclamos

- Usuario o usuaria que haya vivenciado una situación de disconformidad o vulneración de derechos.

Llenado del formulario

- Debe ser llenado por el usuario afectado por la situación de disconformidad o vulneración de derechos.
- Puede ser llenado en el mismo momento en la institución o llevado al domicilio del usuario entregándolo con posterioridad.

Procedimiento de ingreso del reclamo

- Usuario solicita formulario de reclamos.
- Usuario llena formulario de reclamos.
- Usuario entrega formulario de reclamos en unidad OIRS.
- Jefe de OIRS digita el reclamo en plataforma de OIRS en línea.
- Se entrega reclamo a funcionario indicado en el formulario o a su jefe de unidad.
- Funcionario toma conocimiento del reclamo y redacta su respuesta.
- Respuesta del funcionario es analizada por dirección y jefe OIRS, quienes ratifican o rechazan la respuesta.
- Respuesta del reclamo en 15 días hábiles, siendo comunicada al usuario afectado.

Responsabilidad del funcionario indicado en el reclamo

- Firmar libro de constancia de recibimiento de reclamo.
- Entregar oportunamente respuesta al reclamo.

Tiempo de respuesta: 15 días hábiles contando de la fecha de ingreso del reclamo.

Modalidad de respuesta

- Presencial en el CESFAM.
- Vía correo electrónico.
- Vía carta certificada al domicilio del usuario afectado.

Reclamos vía online plataforma OIRS en línea

- Usuario debe ingresar su reclamo en la plataforma OIRS en línea, aportando los datos solicitados por el sistema.
- El reclamo es derivado por el Ministerio de salud a la institución indicada por el usuario.
- CESFAM debe responder al reclamo en igualdad de condiciones a reclamos presenciales.

- **Distribución.**

- Directora del CESFAM JMT.
- Funcionarios del CESFAM.

- **Responsabilidad del encargado**

Es responsabilidad del jefe de servicio de difundir el protocolo entre el personal bajo su responsabilidad, así como, la vigilancia y el cumplimiento en su servicio.

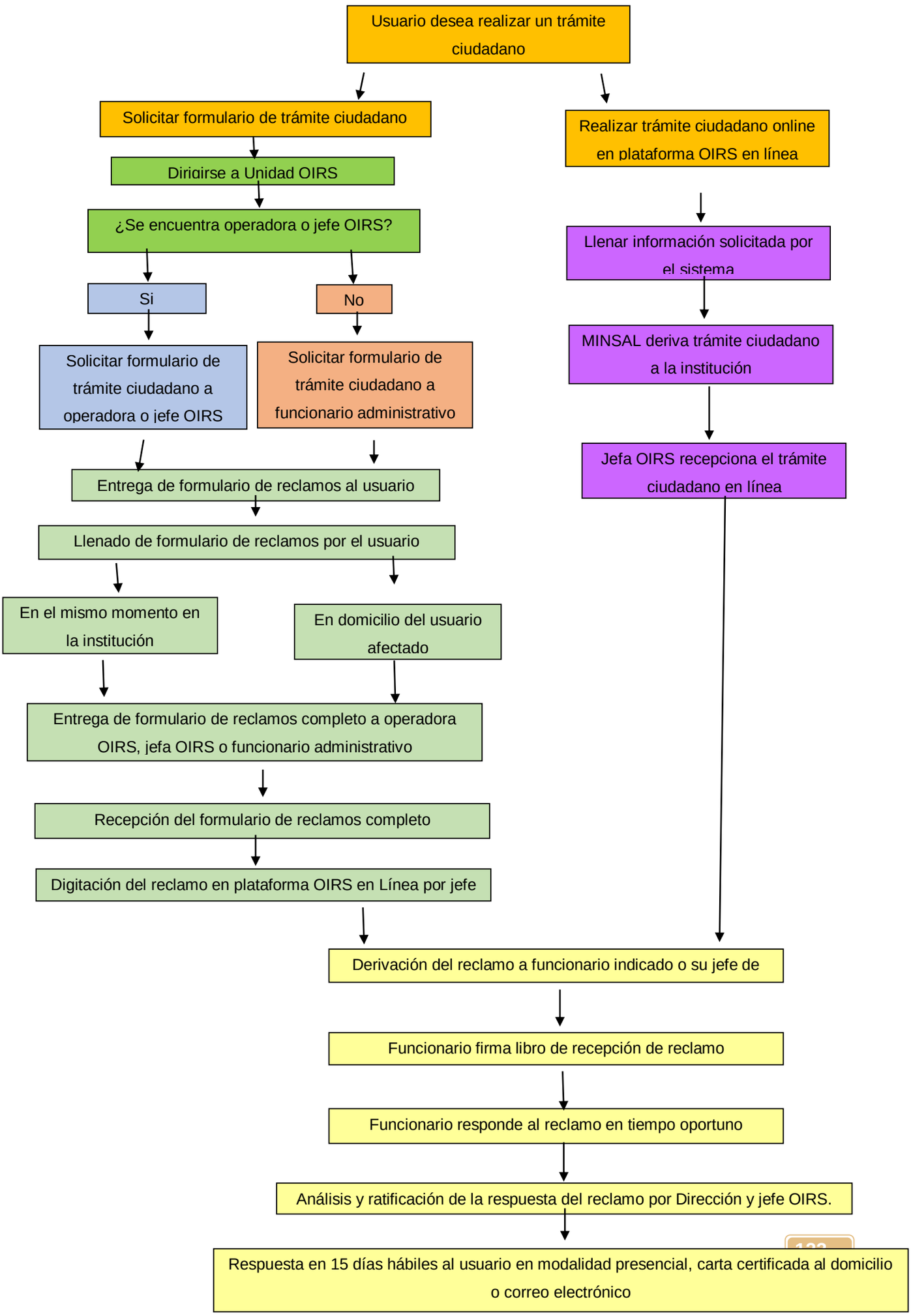
La jefatura de Unidad OIRS, vigilará que las áreas de su competencia apliquen y cumplan con los lineamientos del presente protocolo, en caso del no cumplimiento de este protocolo, se realizará una investigación cuyos resultados serán entregados a la directora del CESFAM.

Es obligación de todo el personal del CESFAM apoyar para el cumplimiento del protocolo de libro de reclamos en Unidad OIRS.

Los usuarios del CESFAM deben estar informados de cuáles son sus derechos y deberes en relación a manifestar reclamos ante sus atenciones de salud.

Todo incumplimiento de este protocolo será sancionado por la autoridad competente del CESFAM.

- **Flujograma:**


Usuario desea realizar un trámite ciudadano
Solicitar formulario de trámite ciudadano
Realizar trámite ciudadano online en plataforma OIRS en línea
Dirigirse a Unidad OIRS
¿Se encuentra operadora o jefe OIRS?
Llenar información solicitada por el sistema
Si
No
MINSAL deriva trámite ciudadano a la institución
Solicitar formulario de trámite ciudadano a operadora o jefe OIRS
Solicitar formulario de trámite ciudadano a funcionario administrativo
Jefa OIRS recepciona el trámite ciudadano en línea
Entrega de formulario de reclamos al usuario
Llenado de formulario de reclamos por el usuario
En el mismo momento en la institución
En domicilio del usuario afectado
Entrega de formulario de reclamos completo a operadora OIRS, jefa OIRS o funcionario administrativo
Recepción del formulario de reclamos completo
Digitación del reclamo en plataforma OIRS en Línea por jefe
Derivación del reclamo a funcionario indicado o su jefe de
Funcionario firma libro de recepción de reclamo
Funcionario responde al reclamo en tiempo oportuno
Análisis y ratificación de la respuesta del reclamo por Dirección y jefe OIRS.
Respuesta en 15 días hábiles al usuario en modalidad presencial, carta certificada al domicilio o correo electrónico

- **Anexos**

- **Actualización del documento**

Planilla de actualización de documento

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

Anexo N°3: protocolos de altas disciplinarias

PROTOCOLO DE ALTAS DISCIPLINARIAS

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Unidad de Calidad Estudiante de Trabajo Social UV en Proyecto de Título.	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta
Fecha:19/12/2016	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo……3

Alcance……3

Responsables de la ejecución……3

Documentación de Referencia……3

Definiciones……3

Desarrollo……3

Distribución……4

Responsabilidad del encargado……4

Flujograma (Opcional)……5

Anexos……5

Actualización del documento……6

- **Objetivo**

- Normar las altas disciplinarias de los pacientes del CESFAM Jean y Marie Thierry.
- Dar a conocer a los usuarios/as y a los funcionarios todas las acciones que se realicen destinadas al cumplimiento de este protocolo.
- Que los usuarios/as y funcionarios den cumplimiento a este protocolo.

- **Alcance**

El presente protocolo, será de conocimiento y manejo de los funcionarios y funcionarias del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, así como también será de conocimiento público para todas aquellas personas que reciban prestaciones de salud en la institución.

Responsables de la elaboración:
- Unidad de Calidad
- Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

Responsables de la ejecución del documento:
- Dirección del Centro de Salud Familiar Jean y 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.
- Decreto N°40, que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584

- **Definiciones.**

Alta disciplinaria: es el término de las atenciones de salud otorgadas a una persona que ha incurrido en maltrato o acciones de violencia contra los funcionarios y/o usuarios del Centro de Salud.

Usuario: Es aquella persona que utiliza las diferentes prestaciones otorgadas por el Servicio de Salud.

Funcionario: Son todos los profesionales, técnicos y administrativos que trabajan en el Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry entregando prestaciones de salud a usuarios y usuarias.

Paciente conflictivo: Es aquel usuario que haciendo uso de todas sus facultades mentales, incurre en conductas disruptivas durante su atención en salud. Es así, como estos pacientes a veces presentan este tipo de conductas de forma recurrente, por lo cual son plenamente identificables como paciente conflictivo por los funcionarios del Centro de Salud.

Maltrato o acto de violencia: comportamiento violento que causa daños físicos o psicológicos a una persona.

- **Desarrollo**

Causas de alta disciplinaria
- Maltrato o acto de violencia psicológica a funcionario u otro usuario
- Maltrato o acto de violencia física a funcionario u otro usuario
- Amenazas a funcionario u otro usuario

Consecuencias de alta disciplinaria
- Cierre de ficha del usuario o usuaria.
- Traslado a otro CESFAM.
- Cese de prestaciones futuras al usuario o usuaria.

Deber del funcionario
- Pedir apoyo a otro funcionario durante el maltrato o acto de violencia
- Dar aviso a Carabineros vía telefónica o presencial
- Dar aviso a Dirección del CESFAM

Derecho del funcionario

- Pedir apoyo legal al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio para el resguardo de su integridad física y psicológica.
- Tomar acciones legales en fiscalía.

Aviso a Carabineros

- Funcionario afectado debe dar aviso a Carabineros, dejando constancia de lo sucedido.
- Carabineros adopta el procedimiento pertinente para el resguardo de la integridad de la persona afectada.

Deber de Dirección del CESFAM

- Informarse del hecho ocurrido
- Dar aviso al SSVSA
- Solicitar alta disciplinaria del paciente al SSVSA

Derecho del usuario o usuaria

- Apelar a la situación que desencadena alta disciplinaria
- Traslado a otro CESFAM

- **Distribución.**

- Directora del CESFAM JMT.
- Funcionarios del CESFAM.

- **Responsabilidad del encargado**

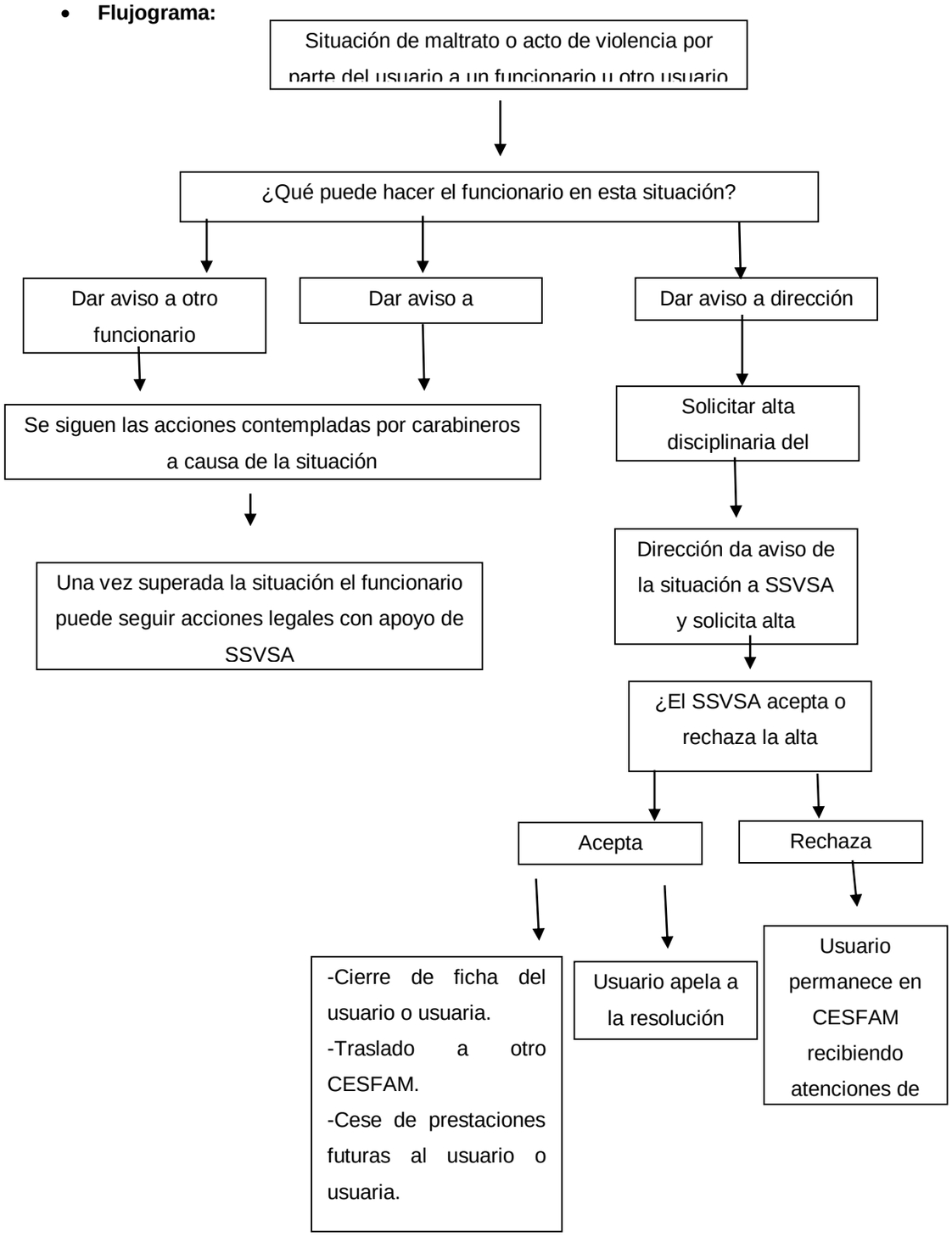
Es responsabilidad del jefe de servicio de difundir el protocolo entre el personal bajo su responsabilidad, así como, la vigilancia y el cumplimiento en su servicio.

Es obligación de todo el personal del CESFAM apoyar para el cumplimiento del protocolo de altas disciplinarias.

Los usuarios del CESFAM deben estar informados de cuáles son sus derechos y deberes, respectivos al presente protocolo.

Todo incumplimiento de este protocolo será sancionado por la autoridad competente del CESFAM.

- **Flujograma:**



- **Anexos**

- **Actualización del documento**

Planilla de actualización de documento

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

Anexo N°4: protocolo comité de ética

PROTOCOLO COMITÉ DE ÉTICA

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Unidad de Calidad Estudiante de Trabajo Social UV en Proyecto de Título.	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta
Fecha:19/12/2016	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo……3

Alcance……3

Responsables de la ejecución……3

Documentación de Referencia……3

Definiciones……3

Desarrollo……3

Distribución……4

Responsabilidad del encargado……4

Flujograma
(Opcional)……5

Anexos……5

Actualización del documento……6

- **Objetivo**

- Normar funcionamiento del comité de ética del CESFAM Jean y Marie Thierry.
- Dar a conocer a los usuarios/as y a los funcionarios todas las acciones que se realicen destinadas al cumplimiento de este protocolo.
- Que los usuarios/as y funcionarios den cumplimiento a este protocolo.

- **Alcance**

El presente protocolo, será de conocimiento y manejo de los funcionarios y funcionarias del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, así como también será de conocimiento público para todas aquellas personas que reciban prestaciones de salud en la institución.

Responsables de la elaboración:

- Unidad de Calidad
- Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

Responsables de la ejecución del documento:

- Dirección del Centro de Salud Familiar Jean y 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.
- Decreto N°40, que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584
- Decreto N°62, que aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial.

- **Definiciones.**

Usuario: Es aquella persona que utiliza las diferentes prestaciones otorgadas por el Servicio de Salud.

Funcionario: Son todos los profesionales, técnicos y administrativos que trabajan en el Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry entregando prestaciones de salud a usuarios y usuarias.

Comité: órgano colegiado de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud.

- **Desarrollo**

Deber del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

Constituir un comité de ética asistencial, que deberá conocer los asuntos de su competencia de los prestadores de salud que se adscriban a él dentro de su jurisdicción.

Composición del comité de ética

- Mínimo 7 miembros y máximo 9 miembros.
- Un miembro de la comunidad.
- Tres profesionales del área de la salud, con conocimiento en bioética.
- Un licenciado de derecho.

Tiempo de permanencia de los miembros del comité

- Permanencia por tres años.
- Prorroga hasta dos periodos adicionales.

Funciones del comité de ética

- Asesorar a los usuarios o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos ético-clínicos.
- Contribuir a la protección de los derechos de los usuarios y proponer medidas adecuadas para la satisfacción de ellos.

- Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas que participan en la relación clínica.
- Elaborar y aprobar un reglamento de régimen interno del comité.
- Proponer protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones de conflictos ético-clínicos.
- Contribuir a la promoción de la formación bioética de los prestadores individuales y su difusión a usuarios.
- Elaborar una memoria anual de actividades y remitirla a la dirección correspondiente y al Ministerio de Salud.

Prohibiciones al comité de ética

- Proponer sanciones y adoptar decisiones de carácter resolutivo.
- Actuar como tribunal de ética sobre la conducta de los prestadores individuales.
- Reemplazar la decisión clínica del profesional tratante o asumir la responsabilidad de quien ha solicitado su asesoramiento.
- Sustituir las funciones y competencias de los comités ético-científicos.
- Efectuar auditorías a las actuaciones de los profesionales de la salud.

Pronunciamiento del comité

El carácter del pronunciamiento es de recomendación, por lo que sus integrantes no tienen responsabilidad civil o penal.

En caso de que el usuario no se conforme con el pronunciamiento

El usuario puede dirigirse a la corte de apelaciones del domicilio del comité para solicitar revisión del caso y adopción de medidas necesarias.

Comité de ética al cual se acoge el CESFAM

Comité conformado en dirección del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

Causales para acudir al comité de ética

En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados.

Funciones del equipo de salud

- Informar a dirección sobre casos a exponer en comité de ética.
- Aportar información veraz y relevante del caso a exponer en comité de ética.

Encargado del CESFAM que debe gestionar la participación de comité de ética

- Dirección del CESFAM

- **Distribución.**

- Directora del CESFAM JMT.
- Funcionarios del CESFAM.

- **Responsabilidad del encargado**

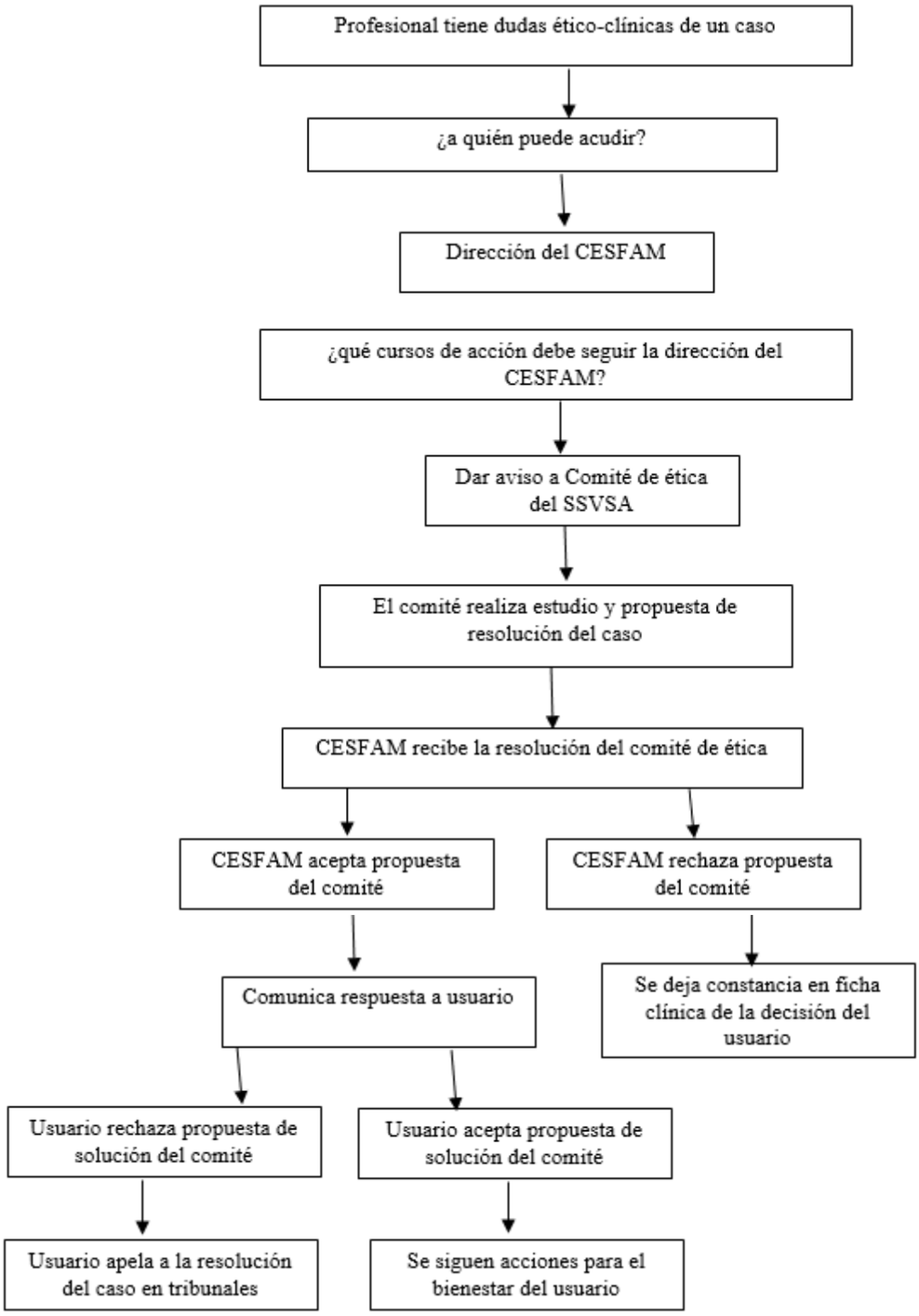
Es responsabilidad del jefe de servicio de difundir el protocolo entre el personal bajo su responsabilidad, así como, la vigilancia y el cumplimiento en su servicio.

Es obligación de todo el personal del CESFAM apoyar para el cumplimiento del protocolo comité de ética.

Los usuarios del CESFAM deben estar informados de cuáles son sus derechos y deberes, respectivos al presente protocolo.

Todo incumplimiento de este protocolo será sancionado por la autoridad competente del CESFAM.

- **Flujograma:**



- **Anexos**

- **Actualización del documento**

Planilla de actualización de documento

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

Anexo N°5: protocolo ficha clínica digital

PROTOCOLO FICHA CLÍNICA DIGITAL

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Unidad de Calidad Estudiante de Trabajo Social UV en Proyecto de Título.	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo……..……...…3

Alcance……..…….3

Responsables de la ejecución…….....3

Documentación de Referencia…….…….3

Definiciones……..…….3

Desarrollo……..……3

Distribución……..4

Responsabilidad del encargado……...4

Flujograma (Opcional)……..……5

Anexos...……5

Actualización del documento…….6

- **Objetivo**

- Brindar una atención de calidad dirigida a garantizar la satisfacción del usuario/a y sus familias que acuden al CESFAM.
- Dar a conocer a los usuarios/as y a los funcionarios todas las acciones que se realicen destinadas al cumplimiento de este protocolo.
- Que los usuarios/as y funcionarios den cumplimiento a este protocolo.

- **Alcance**

Los funcionarios del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, aplicarán este procedimiento en las condiciones que se indiquen a continuación resguardando la confidencialidad de la información de la ficha clínica de los usuarios y usuarias atendidos en la institución.

Responsables de la elaboración:

- Unidad OIRS
- Unidad de Calidad
- Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

Responsables de la ejecución del documento:

- Dirección del CESFAM Jean y 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.
- Decreto N°40, que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584
- Decreto N°41, que aprueba reglamento sobre fichas clínicas.

- **Definiciones.**

Ficha Clínica: instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona.

Confidencialidad: Derecho que tiene la persona, en su calidad de paciente, a que su enfermedad o situación de salud no sea de dominio público. Es el paciente quien debe autorizar la divulgación de la información asociada a su estado de salud. Esta situación sólo se exime en caso de orden judicial o por razones estrictamente médicas.

Usuario: Es aquella persona que utiliza las diferentes prestaciones otorgadas por el Servicio de Salud.

Funcionario: Son todos los profesionales, técnicos y administrativos que trabajan en el Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry entregando prestaciones de salud a usuarios y usuarias.

AVIS: sistema informático que contiene la ficha clínica de los usuarios y usuarias de la institución, permitiendo una atención integral más directa con eficiencia clínica y administrativa.

- **Desarrollo**

Soporte de la ficha clínica
- Soporte digital en sistema AVIS.
- Una ficha clínica por usuario o usuaria.

Finalidad de ficha clínica
Mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atención de salud al usuario.

Quién puede acceder a sistema AVIS
Solo pueden acceder los funcionarios del CESFAM, que cuentan con una cuenta en el sistema que les permite registrar la información de las atenciones a los usuarios.

Quién puede acceder a ficha clínica
Funcionarios del equipo de salud que deben registrar atenciones al usuario o usuaria, así como también revisar el historial clínico para una mejor atención.

Identificación de la ficha clínica digital
- RUN usuario o usuaria
- Número de percápita
- Nombre completo del usuario o usuaria

Información contenida en ficha clínica
- Atención del usuario o usuaria con profesionales del equipo de salud.
- Entrega de medicamentos.
- Recetas médicas e indicaciones.
- Información personal y familiar.
- Test aplicados en atenciones.
- Resultados de exámenes.
- Horas de atención del usuario o usuaria con profesionales del equipo de salud.
- Decisiones adoptadas por el usuario o usuaria respecto de su atención.

Formato de la ficha clínica
- Forma clara de registro de información.
- Información legible.
- Estructura ordenada y cronológica.

A quién se puede entregar información de ficha clínica de modo total o parcial
- Usuario titular de la ficha clínica.
- Representante legal del usuario.
- Herederos del usuario fallecido.
- Terceros autorizados por el titular con poder notarial simple.
- Tribunales de justicia
- Fiscales del ministerio público y abogados defensores autorizados por juez competente.

Forma de solicitar información de ficha clínica
Usuario deberá realizar una solicitud por escrito, dirigida a la dirección del centro de salud, quien en un plazo de 15 días habiles entregará la información requerida.

Mantención de la ficha clínica
- Conservación por un mínimo de 15 años desde el último ingreso de información.
- Después de 15 años el CESFAM puede eliminar la ficha clínica de modo confidencial.

Control y fiscalización de la ficha clínica
Velara por el cumplimiento del reglamento de fichas clínicas la Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Prestadores.

Datos ingresados en cada atención del usuario
- **Motivo:** por qué consulta el usuario con el profesional.
- **Anamnesis:** conjunto de datos que se recogen en la historia clínica del usuario con objeto diagnóstico.
- **Exploración:** pesquizas relevantes durante la atención del usuario.
- **Diagnóstico:** apreciación profesional de la situación del usuario.
- **Actuación:** compromisos y cursos a seguir emanados de la atención al usuario.

Qué hacer en caso de que el sistema AVIS no se encuentre disponible
- Profesional debe registrar la atención del usuario en papel.
- Indagar en la situación del usuario y sus últimas atenciones.
- Cuando se pueda acceder al sistema AVIS, el profesional debe ingresar la información de la atención realizada al usuario.

- **Distribución.**

- Directora del CESFAM JMT.
- Funcionarios del CESFAM.

- **Responsabilidad del encargado**

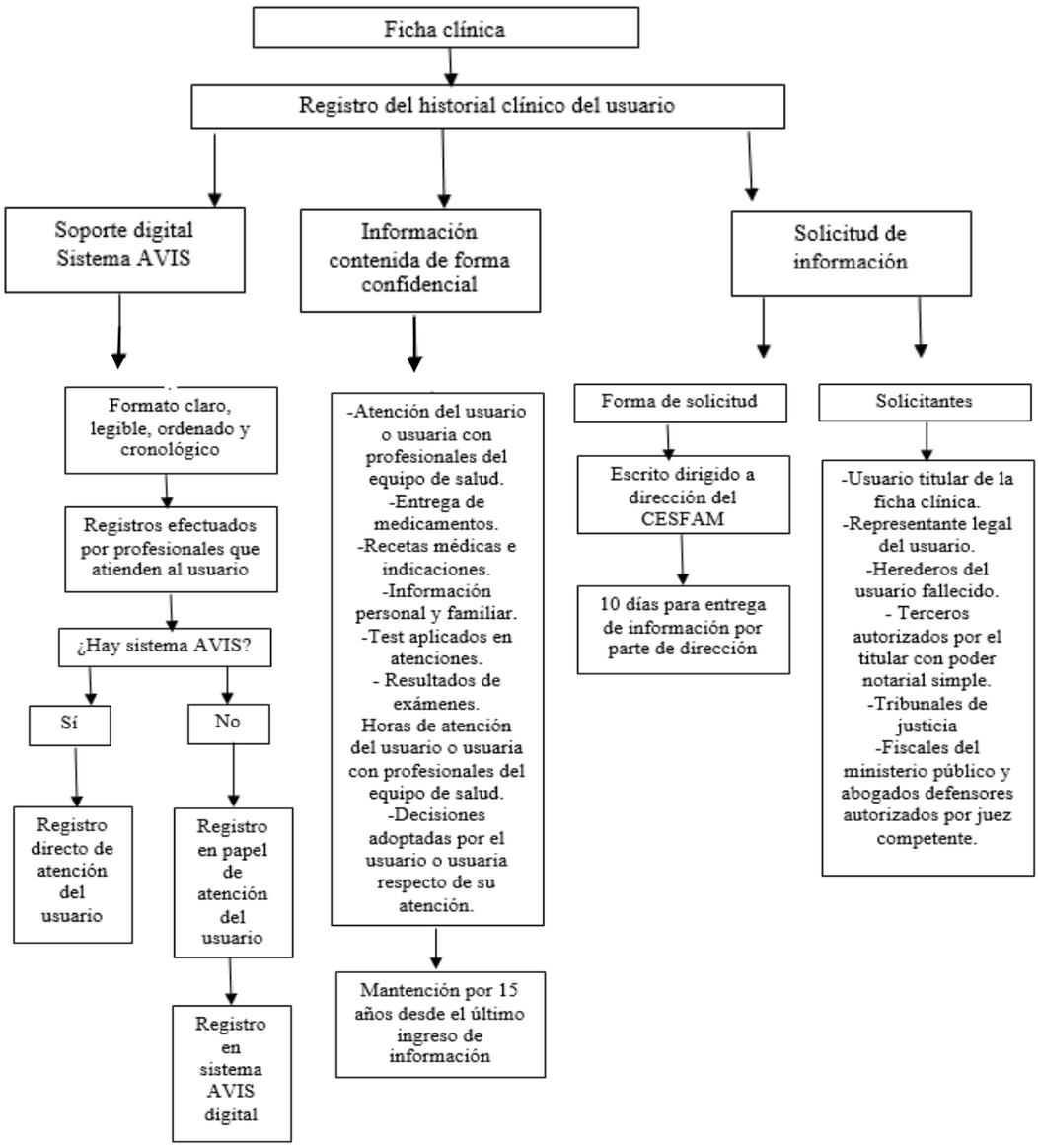
Es responsabilidad del jefe de servicio de difundir el protocolo entre el personal bajo su responsabilidad, así como, la vigilancia y el cumplimiento en su servicio.

Es obligación de todo el personal del CESFAM apoyar para el cumplimiento del protocolo ficha clínica digital.

Los usuarios del CESFAM deben estar informados de cuáles son sus derechos y deberes en relación a la mantención y uso de su ficha clínica.

Todo incumplimiento de este protocolo será sancionado por la autoridad competente del CESFAM.

- **Flujograma:**



- **Anexos**

- **Actualización del documento**

Planilla de actualización de documento

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

Anexo N°6: protocolo identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud

PROTOCOLO IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y DE LOS FUNCIONARIOS QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE SALUD

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Unidad de Calidad Estudiante de Trabajo Social UV en Proyecto de Título.	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad de Calidad: Lorena Elgueta
Fecha:19/12/2016	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo……..……..…3

Alcance……..…3

Responsables de la ejecución…….....3

Documentación de Referencia…….……3

Definiciones……..…3

Desarrollo…….……..…3

Distribución……..……..5

Responsabilidad del encargado……..……...5

Flujograma
(Opcional)……..……5

Anexos...……6

Actualización del documento…….……6

- **Objetivo**

- Normas las formas de identificación de los usuarios y funcionarios del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
- Dar a conocer a los usuarios/as y a los funcionarios todas las acciones que se realicen destinadas al cumplimiento de este protocolo.
- Que los usuarios/as y funcionarios den cumplimiento a este protocolo.

- **Alcance**

El presente protocolo, será de conocimiento y manejo de los funcionarios y funcionarias del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, así como también será de conocimiento público para todas aquellas personas que reciban prestaciones de salud en la institución.

Responsables de la elaboración:

- Unidad de Calidad
- Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

Responsables de la ejecución del documento:

- Dirección del Centro de Salud Familiar Jean y 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.
- Decreto N°40, que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584

- **Definiciones.**

Usuario: Es aquella persona que utiliza las diferentes prestaciones otorgadas por el Servicio de Salud.

Funcionario: Son todos los profesionales, técnicos y administrativos que trabajan en el Centro de Salud Familiar Jean & Marie Thierry entregando prestaciones de salud a usuarios y usuarias.

Identificación: forma o documento en que constan el nombre y otras informaciones de una persona, y que sirve para identificarla.

- **Desarrollo**

Identificación del funcionario

Cómo identificar a un funcionario

- Vestimenta clínica
- Chaqueta del CESFAM
- Tarjeta de identificación

Quién otorga la tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación es otorgada por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, a todos los funcionarios de planta, contrata u honorarios que inician sus funciones en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.

Información contenida en la tarjeta de identificación del funcionario

- Fotografía del funcionario
- Nombre completo
- Cargo
- Centro de salud al cual pertenece

Posición de la tarjeta de identificación
La tarjeta de identificación se puede llevar en la parte superior de la vestimenta del funcionario a través de colgantes o prendedores, en que el usuario pueda leer con facilidad la información que esta tarjeta contiene.

Momento en que se debe portar tarjeta de identificación
- Atenciones clínicas
- Estadía en el CESFAM
- Atenciones domiciliarias

Deber del funcionario
- Presentarse con el usuario o usuaria, indicando su nombre y función que desempeña en la atención brindada a la persona.
- Portar en su vestimenta la tarjeta de identificación.

Identificación de internos en el CESFAM

Cómo identificar a un interno
- Vestimenta clínica de su carrera
- Tarjeta de identificación de la universidad

Información contenida en la tarjeta de identificación del interno
- Nombre completo
- Carrera
- Universidad a la cual pertenece

Posición de la tarjeta de identificación
La tarjeta de identificación se puede llevar en la parte superior de la vestimenta del funcionario a través de colgantes o prendedores, en que el usuario pueda leer con facilidad la información que esta tarjeta contiene.

Momento en que se debe portar tarjeta de identificación
- Atenciones clínicas
- Estadía en el CESFAM
- Atenciones domiciliarias

Deber del interno
- Presentarse con el usuario o usuaria, indicando su nombre y función que desempeña en la atención brindada a la persona.
- Portar en su vestimenta la tarjeta de identificación.
- Vestimenta adecuada a la atención de usuarios y usuarias.

Identificación del usuario o usuaria

Formas de identificación
- Transmisión de información de forma verbal
- Cédula de identidad
- Carnet de salud

Información que debe proporcionar el usuario
- Domicilio verdadero
- Nombre completo
- Edad
- Situación de salud y antecedentes de ello

Deber del usuario o usuaria
- Respetar a los funcionarios y otros usuarios del CESFAM
- Cuidar y preservar el mobiliario e instalaciones del CESFAM
- Aportar información veraz sobre su identidad e información personal
- Aportar información veraz sobre su estado de salud y antecedentes de ello

Derecho del usuario o usuaria
Conocer el nombre y la función de los profesionales del equipo de salud vinculados a su atención y estadía en el CESFAM.

- **Distribución.**

- Directora del CESFAM JMT.
- Funcionarios del CESFAM.

- **Responsabilidad del encargado**

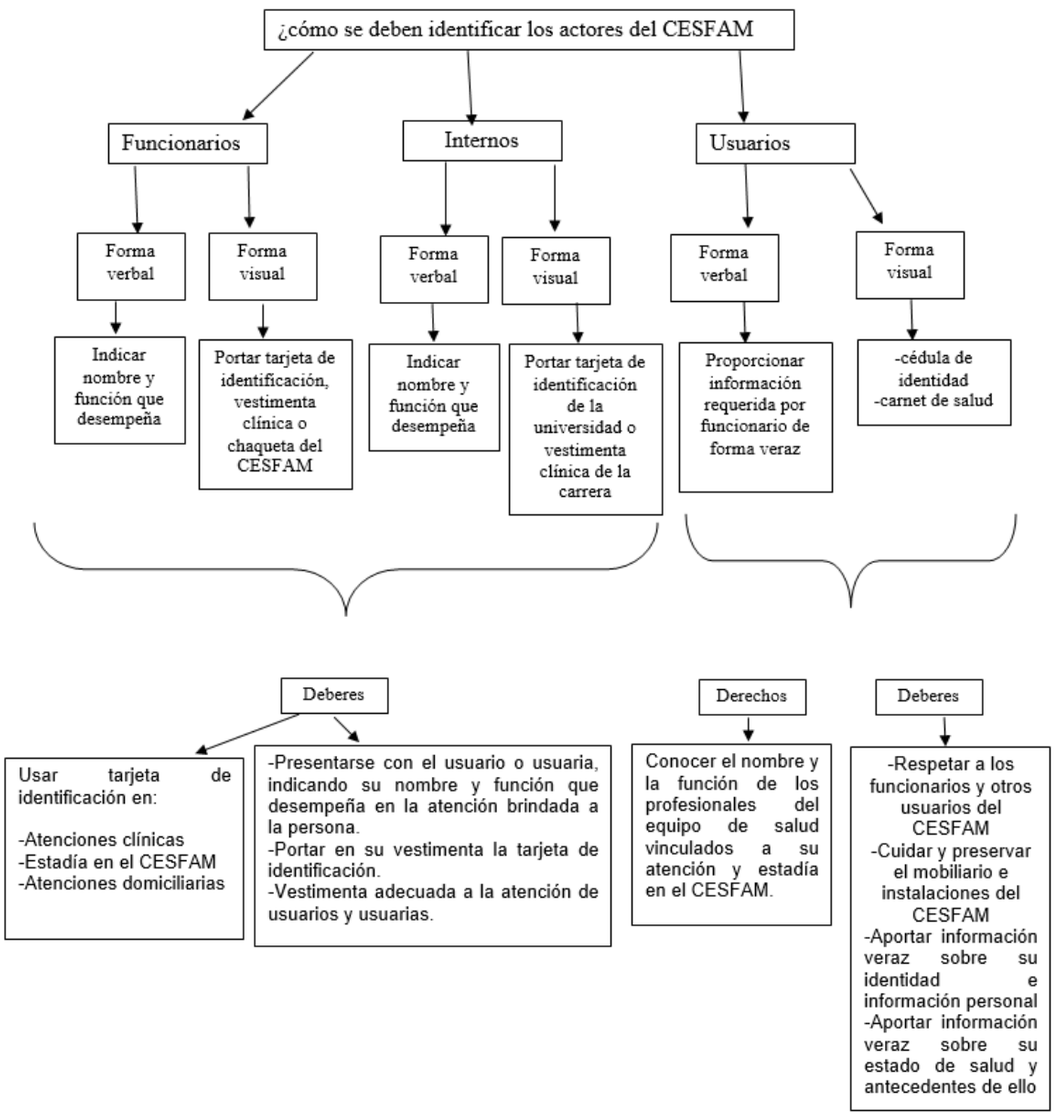
Es responsabilidad del jefe de servicio de difundir el protocolo entre el personal bajo su responsabilidad, así como, la vigilancia y el cumplimiento en su servicio.

Es obligación de todo el personal del CESFAM apoyar para el cumplimiento del protocolo de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud.

Los usuarios del CESFAM deben estar informados de cuáles son sus derechos y deberes, respectivos al presente protocolo.

Todo incumplimiento de este protocolo será sancionado por la autoridad competente del CESFAM.

- **Flujograma:**



- **Anexos**
- **Actualización del documento**

Planilla de actualización de documento

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

Anexo N°7: protocolo del sistema de información al usuario del Centro de Salud Jean y Marie Thierry

PROTOCOLO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN AL USUARIO DEL CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Consejo de Desarrollo Local Parque El Litre. Comisión del Buen Trato. Funcionarios de la Unidad de SOME Unidad OIRS	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad OIRS: Lorena Elgueta A. Jefa de la Unidad de SOME: Maria Fernanda Rojas. Comisión de Usuarios: Ana Howard.	Directora del CESFAM JMT: Dra. Ana María Espósito. Encargada de la Unidad OIRS: Lorena Elgueta A. Jefa de la Unidad de SOME: Maria Fernanda Rojas. Comisión de Usuarios: Ana Howard.
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Índice

Objetivo……..……...…3

Alcance……..…3

Responsables de la ejecución…….....3

Documentación de Referencia…….…….3

Definiciones……..…3

Desarrollo…….…….4

Distribución……..……..6

Responsabilidad del encargado……..……...6

Flujograma (Opcional)……..……7

Anexos...……7

Actualización del documento……8

- **Objetivo**

- Brindar una atención de calidad dirigida a garantizar la satisfacción del usuario/a y sus familias que acuden al CESFAM.
- Dar a conocer a los usuarios/as y a los funcionarios todas las acciones que se realicen destinadas al cumplimiento de este protocolo.
- Que los usuarios/as y funcionarios den cumplimiento a este protocolo.

- **Alcance**

Los funcionarios de la Unidad SOME y OIRS aplicarán este procedimiento entregando información y orientación de manera eficiente y oportuna sobre consulta y/o procedimientos a los usuarios del CESFAM, siendo estos responsables de realizar la entrega de información a los usuarios en cuanto a: horarios de atención, entrega de horas médicas de morbilidad, entrega de horas a crónicos, requisitos para inscripción y desinscripción del CESFAM, apertura de la agenda mensual y por último entrega de información detallada al entregar las horas médicas.

El Jefe del SOME y OIRS serán responsables de velar por el estricto cumplimiento de este protocolo.

Responsables de la elaboración:

- Funcionarios del SOME.
- Unidad OIRS
- Unidad de Calidad
- Estudiante en Proyecto de Título de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

Responsables de la ejecución del documento:

- Jefe del SOME.
- Jefe Unidad OIRS.

- **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.
- Decreto N°40, que aprueba reglamento sobre requisitos básicos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N°20.584

- **Definiciones.**

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico, encargado de la atención de los y las usuarios en la dación de horas de atención médica, horas con otros profesionales del equipo de salud y horas para controles crónicos.

Satisfacción Usuaria Externa: Implica el cumplir o no con las expectativas de las personas.

Satisfacción Usuaria Interna: Implica que la institución trabaje en pro de climas laborales adecuados.

Efectividad: Es la medida en que una determinada atención mejora.

Capacidad de respuesta: Hacer las cosas a su tiempo, agilidad de trámites, es un componente de la calidad de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

Calidad de Atención: Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado, la satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.

Hora médica por morbilidad: Es la hora de atención a médico que el usuario solicita cuando se encuentra aquejado/a por una enfermedad aguda como diarrea, vómitos, fiebre, etc. Estas horas no son para control de crónico o salud mental en tratamiento.

Controles crónicos: Es la actividad que realiza el equipo del Centro para evaluar integralmente su salud, orientada a pesquisar alteraciones, enfermedades o complicaciones de enfermedades crónicas.

Horas de atención con profesionales del equipo de salud: son las horas de atención que el usuario solicita con profesionales tales como psicólogos, Asistentes Sociales, Kinesiólogos, Matronas, Fonoaudiólogo y otros.

Línea 800: Sistema de entrega de horas de atención para morbilidad vía telefónica.

Confidencialidad: Es una característica de la relación profesional/usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial

- **Desarrollo**

Unidad encargada de dación de horas de atención: SOME

Horario de atención SOME:
- Lunes a Jueves de 08:00 a 20:00 horas.
- Viernes de 08:00 a 19:00 horas.
- Sábado de 08:00 a 12:00 horas

Tipos de horas de atención

Horas de morbilidad (consulta espontánea):

- Categoría 1: Usuarios pertenecientes a los grupos priorizados y que presenten algún tipo de sintomatología que requiera resolución de corto plazo. Se destinará de manera exclusiva la línea 800, la que distribuirá las horas disponibles para el mismo día (desde las 10:00 en adelante y las de la 1º hora del día siguiente). Para ello se debe comunicar al 800500522 - 2211555 a partir de las 08:30 horas de lunes a viernes para pedir su hora de atención.

- Categoría 2: Usuarios que pertenezcan a los grupos priorizados y que presenten algún tipo de sintomatología que pueda ser evaluada a mediano plazo. Para la obtención de cupo médico, los pacientes, deben acudir al centro de salud, con jefa de SOME, quien asesorada del médico de sector correspondiente, entregará los cupos disponibles dentro de la semana y/o mes.

Atención usuarios crónicos:

- Control crónico por médico: Los usuarios deben asistir el día de apertura de agenda con su carnet de control al establecimiento, para agendar su hora de atención médica en SOME. Las fechas de apertura de agenda serán comunicadas en cada sector a través de afiches y pantallas de la institución. Estas horas deben ser tomadas en el mes anterior a la atención requerida.

- Control crónico por otros profesionales, incluye controles de salud infantil: Deben acudir con su carnet de control (crónico y/o infantil) el día de apertura de agenda (día siguiente a la apertura de agenda médica), donde serán citados con el profesional correspondiente.

Atención dental:

- Horas de urgencia: estas horas son entregadas todos los días a las 08:00 horas en dependencias de la institución según cupos disponibles.

- Horas de programas: serán entregadas en el horario de 09:00 a 16:00 horas en el SOME del Centro de Salud a los beneficiarios de GES embarazadas, GES adulto de 60 años, MHER (mujeres y hombres de escasos recursos), GES niño de 6 años y Menores de 20 años.

Atenciones con Asistente Social:
La hora de atención debe ser requerida en SOME para consulta social, la cual se distribuirá según Asistente Social que corresponde según el sector del usuario.

Atención con Psicólogos:
Para el ingreso al programa de salud mental, el usuario debe solicitar hora de atención con Asistente Social quien evaluará y realizará la derivación a atención psicológica a través del programa de salud mental. La hora de derivación debe ser pedida en unidad SOME.

Requisitos para inscripción para ser atendido en el CESFAM:

Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 16:30 horas

Documentos requeridos:
- Certificado de residencia o comprobante de arrendamiento, cuentas del hogar o certificado notarial.[39]
- Cierre de percápita (traslado) o ficha de consultorio anterior.
- El RUT y la fecha de nacimiento de los integrantes de la familia a inscribirse
- certificado de nacimiento, libreta de matrimonio o carnet de identidad del usuario.

Condiciones de inscripción:
- Pertenecer a FONASA y/o PRAIS.
- No estar afiliado a ISAPRE, CAPREDENA o DIPRECA.

Beneficios de inscripción:
- Atención integral de salud con atenciones de diferentes profesionales del área de la salud y área social.
- Menores de 5 años, 11 meses y 29 días, se les entrega la prestación de alimentación (leche) e inmunización (vacunas), con previa inscripción.
- Participación en diversos talleres efectuados en el CESFAM.

Requisitos de inmigrantes para ser atendidos en el CESFAM

Documentos requeridos:
- Carnet, cédula, documento que acredite identidad o número asignado por extranjería.
- Comprobante de domicilio: certificado de residencia o cuentas del hogar.
- Certificado de nacimiento (para recién nacidos).

Condiciones de inscripción:
- Pertenecer a FONASA.
- Menor de edad inscribirse con su tutor legal o padres.

Beneficios de inscripción:
- Atención integral de salud con atenciones de diferentes profesionales del área de la salud y área social.
- Menores de 5 años, 11 meses y 29 días, se les entrega la prestación de alimentación (leche) e inmunización (vacunas), con previa inscripción.
- Participación en diversos talleres efectuados en el CESFAM

Requisitos de desinscripción en el CESFAM

Unidad encargada: OIRS.

Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 16:30 horas.

Documentos requeridos:
- Cédula de identidad o carnet paciente crónico.

Modalidades de cierre de ficha:
- Operadora hace el cierre de ficha con el usuario de forma presencial, entregándole un documento de la diligencia con timbre del CESFAM para ser presentado en nueva institución.
- Familiar del usuario se presenta con la cédula de identidad de este último para realizar el cierre de ficha, para ello la operado OIRS se contacta vía telefónica con el usuario para comprobar la veracidad del procedimiento. Si el paciente se encuentra con impedimentos físicos y/o mentales, el cierre de ficha se hará efectivo sin el llamado correspondiente con la persona que lo represente.

Deber del SOME

Informar con anticipación al usuario el día y horario de apertura de agenda mensual y posibles modificaciones.

Funcionarios del SOME deben velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.

[39] Ver anexo de documentación.

Adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante la entrega de información, así como la existencia de lugares apropiados para ello.

Derechos del usuario

Funcionarios del SOME y OIRS le deben proporcionen la información suficiente, oportuna, veraz y comprensible en forma visual, verbal o por escrito respecto de los siguientes elementos:

- Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones.

- Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.

- Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales.

- Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias.

- **Distribución.**

- Directora del CESFAM JMT.
- Funcionarios del CESFAM.

- **Responsabilidad del encargado**

Es responsabilidad del jefe de servicio de difundir el protocolo entre el personal bajo su responsabilidad, así como, la vigilancia y el cumplimiento en su servicio.

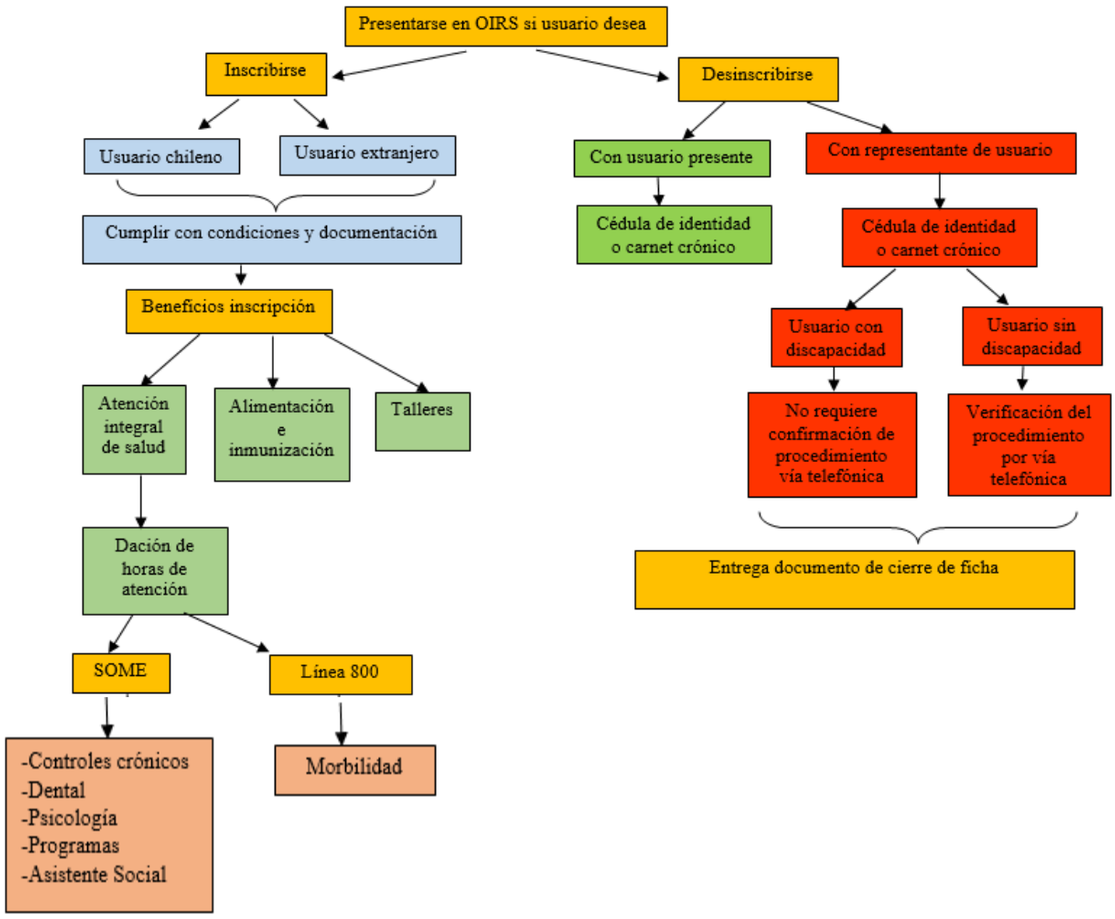
La jefatura de SOME y OIRS vigilarán que las áreas de su competencia apliquen y cumplan con los lineamientos del presente protocolo, en caso del no cumplimiento de este protocolo, se realizará una investigación cuyos resultados serán entregados a la directora del CESFAM.

Es obligación de todo el personal del CESFAM apoyar para el cumplimiento del protocolo de información a los usuarios.

Los usuarios del CESFAM deben estar informados de cuáles son sus derechos y deberes.

Todo incumplimiento de este protocolo será sancionado por la autoridad competente del CESFAM.

- **Flujograma:**



- **Anexos**

Certificado de residencia.

- En caso de residir en cerro de Valparaíso, el certificado se emite por la junta de vecinos del sector.
- Si reside en el plan de Valparaíso, el certificado debe ser emitido por la Central de junta de vecinos ubicada en Esmeralda #1059, segundo piso.

- **Actualización del documento**

Planilla de actualización de documento

Nº Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en	Nº de Documento
1	19/12/2016	Se anexa información relativa a inscripción y desinscripción del usuario en el CESFAM, además de reestructurar la información ya contenida en el protocolo		02

Anexo N°8: pauta de entrevista.

1.- ¿Existe en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry una normativa que rija ____(requerimiento ____?

2.- ¿La unidad cuenta con protocolos y/o documentación respecto de la normativa del requerimiento?

3.- en caso de no existir documentación ¿Cuál es la razón de su inexistencia?

4.- ¿Existen actualizaciones de este protocolo?

5.- ¿Quién confeccionó este protocolo?

6.- ¿Estos protocolos se encuentran validados por la dirección del SSVSA y dirección del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry?

7.- ¿Estos protocolos han sido socializados a los funcionarios del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry?

8.- ¿Estos protocolos han sido socializados a los y las usuarios del Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry?

Anexo N°9: matriz de documentos.

Nº	Artículo	Proceso	Responsable	Documento validado	Documento adecuado	Documento en proceso	Documento deficiente	Documento inexistente
1	Las normas existentes sobre ingreso, estadía y egreso del establecimiento, así como aquellas que digan relación con los procedimientos de alta disciplinaria, forzosa o voluntaria.	Normas sobre inscripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS					
		Normas de desincripción del paciente.	Elizabeth Dedes, Jefa SOME Marcela Guerrero, Jefa OIRS					
		Procedimientos de altas disciplinarias.	Dra. Ana María Espósito, Directora					
2	Los procedimientos establecidos y los profesionales de salud responsables de proporcionar a las personas, a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda, la información sobre su estado de salud.	Manejo de información de ficha clínica, según ley 20.584	Marcela Guerrero, Jefa OIRS					
3	Los horarios de funcionamiento del establecimiento, la modalidad de agendamiento de horas y el medio por el cual ello se comunica a los usuarios.	Horario de funcionamiento del establecimiento	Marcela Guerrero, Jefa OIRS					
		Modalidad de agendamiento de hora	Elizabeth Dedes, Jefa SOME					
		Medio a través del cual ello se comunica a los usuarios	Marcela Guerrero, Jefa OIRS					
4	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	La forma de identificación del usuario y de los funcionarios que integran el equipo de salud del establecimiento que lo atiende, la que deberá incluir la función que desempeña, ya sea en el orden docente, de formación o asistencial.	Dra. Ana María Espósito, Directora Andrés González, Encargado COLDAS					
5	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	El comité de ética del que dispone el establecimiento o aquel al cual se encuentra adscrito y los medios para acceder a él.	Dra. Ana María Espósito, Directora					
6	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Ubicación y uso del libro de reclamos y sugerencias y las modalidades de presentación y tramitación de reclamos, según lo establece la reglamentación pertinente.	Marcela Guerrero, Jefa OIRS					
7	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	La información referida a las diversas vías de evacuación existentes.	Karen Jeria, Encargada Comité Emergencia.					

Anexo N° 10: ficha de procesos Centro de Salud Jean y Marie Thierry

LOGO INSTITUCIONAL	NOMBRE INSTITUCION	Código:
		Edición:
	PROTOCOLO NOMBRE DEL DOCUMENTO	Página
		Fecha:

Formato estándar para la elaboración de documentos

Fuente: utilizar ARIAL, tamaño de la letra 11

Elaborado por:	Revisado y Autorizado por:	Aprobado por:
Nombre: Cargo: Fecha	Nombre: Cargo: Fecha	Nombre: Cargo: Fecha

LOGO INSTITUCIONAL	NOMBRE INSTITUCION	Código:
		Edición:
	PROTOCOLO NOMBRE DEL DOCUMENTO	Página
		Fecha:

1. Índice

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	
2.	Alcance	
3.	Documentos relacionados	
4.	Responsable de la ejecución	
5.	Definiciones	
6.	Desarrollo	
7.	Flujograma	
8.	Distribución	
9.	Anexo	

LOGO INSTITUCIONAL	NOMBRE INSTITUCION	Código:
		Edición:
	PROTOCOLO NOMBRE DEL DOCUMENTO	Página
		Fecha:

1. **Objetivo.**

Lo que la aplicación del Protocolo pretende lograr, responden de manera general a la pregunta ¿qué queremos conseguir con este Protocolo?

2. Alcance.

Debe indicar tanto las áreas clínicas como las situaciones donde el documento debe ser aplicado, debiendo señalarse además, sus excepciones (es decir lo que excluye). Debe ser entendido y entendible tanto por los involucrados en el mismo, como por todos los que manejan el procedimiento.

3. Documentos relacionados

Debe mencionar aquellas normas, guías manuales o protocolos existentes en la institución que se deben usar y/o conocer para la ejecución del protocolo presente**.**

4. Responsables.

Debe indicarse el (los) encargado (es) que tienen que ejecutar las actividades descritas en el documento.

5. Definiciones.

Se presentarán los significados de términos utilizados que tengan el carácter de técnico y/o que encuentre necesario la persona que redacta el procedimiento.

6. Desarrollo.

_ Inicio del procedimiento: actividad que da inicio al procedimiento.
_ Desarrollo del procedimiento:
_ Término del procedimiento: resultado de la ejecución del procedimiento.

7. Flujograma.

Debe presentarse de manera gráfica, la secuencia como serán ejecutados los pasos, y los registros que deben elaborarse.

8. Distribución.

Se debe señalar los Centros de Costo que quedarán con copia de la documentación generada.

9. Anexos

Anexo N°11: registro de reunión

Actividad	
Fecha reunión	
Hora	
Lugar	
Motivo	
Participantes	
Descripción actividad	
Acuerdos	

Anexo N°12: entrevistas objetivo de trabajo N°1

Actividad	Entrevista Dra. Ana María Espósito
Fecha reunión	02 de septiembre de 2016
Hora	15:00 horas
Lugar	Dependencias del CESFAM JMT
Motivo	Indagar en protocolización de comité de ética, alta disciplinaria e identificación de funcionarios y usuarios.
Participantes	- Directora Dra. Ana María Espósito - Estudiante en proyecto de título, Melissa Oporto Barahona
Descripción actividad	Se realiza entrevista semiestructurada con fines de indagar en la protocolización de comité de ética, alta disciplinaria e identificación de funcionarios y usuarios, para ello se utiliza una pauta semiestructurada que permite recoger la información requerida y ampliar la conversación a nuevas aristas emergentes en la misma. La Dra. Ana María Espósito refiere que en la actualidad en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, no se cuenta con protocolos en las áreas ya mencionadas por las siguientes razones: - Falta de tiempo de los funcionarios para actividades de gestión. - Son temáticas que no se tratan recurrentemente en la institución. A su vez, señala que actualmente se guían por circulares ministeriales y experticia en salud de los funcionarios. Se conversa acerca de las tres temáticas a protocolizar con el fin de indagar en su contenido para la construcción de los protocolos para añadirlos al proyecto de título. Además se añade que en CESFAM hay diversas temáticas que no están regularizadas por protocolos por lo cual se requiere avanzar en esta labor a través del apoyo de los estudiantes que realizan sus internados en la institución.
Acuerdos	Confección de los protocolos de comité de ética, alta disciplinaria e identificación de funcionarios y usuarios por parte de la estudiante en proyecto de título con apoyo de dirección en el aporte de informaciones necesarias para su desarrollo.

Actividad	Entrevista a Marcela Guerrero, Jefa OIRS
Fecha reunión	02 de septiembre de 2016
Hora	14:30 horas
Lugar	Dependencias del CESFAM JMT
Motivo	Indagar en las temáticas relativas a trámites ciudadanos, inscripción y desinscripción de usuarios y otras temáticas relativas al reglamento interno.
Participantes	Marcela Guerrero, Jefa OIRS. Estudiante en proyecto de título, Melissa Oporto Barahona.
Descripción actividad	Se lleva a cabo una conversación referente a los protocolos necesarios para la construcción del reglamento interno de la institución, sobre todo aquellos protocolos que son atingentes a la unidad OIRS. Se revela la inexistencia de protocolos OIRS, debido a que se guían a través de circulares ministeriales y la reglamentación existente del ministerio de salud. Además se considera la falta de tiempo por los profesionales del CESFAM en cuanto al desarrollo de trabajo administrativo en cuanto al avance y desarrollo de protocolos para las diferentes unidades de acción de la institución. Se considera que deben construirse los protocolos faltantes tanto de la Unidad OIRS, como de las diferentes unidades del CESFAM, que se encuentran en inexistencia o deben ser actualizados debido a que su última actualización data de varios años anteriores. Es así como a través de la conversación, se constata la deficiencia de protocolización en unidad OIRS, lo que tiene que ser subsanado a corto plazo, en especial en los protocolos relativos a la construcción del reglamento interno que da cavidad al desarrollo del proyecto de título de la Estudiante de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.
Acuerdos	Construcción de los protocolos inexistente en base a circulares ministeriales, legislación en salud y aportes otorgados por operadora y jefa OIRS.

Actividad	Entrevista a Karen Jería, encargada del comité de emergencia
Fecha reunión	15 de septiembre de 2016
Hora	14:30 horas
Lugar	Dependencias del CESFAM JMT
Motivo	Indagar en protocolización de vías de evacuación y acciones en casos de emergencia.
Participantes	Karen Jeria, encargada comité de emergencia. Melissa Oporto Barahona, Estudiante en proyecto de título.
Descripción actividad	Se realiza entrevista semiestructura a la encargada del comité de emergencia para indagar en la existencia de protocolización relevante de las vías de evacuación y acciones en caso de emergencia, debido a que no se encontró material impreso o en el sistema informático del CESFAM. La encargada del comité refiere que el protocolo existe y se trabaja a menudo para su perfeccionamiento y así tener el menor margen de error en caso de una emergencia ocurrida en la institución. El comité de emergencia se encarga de elaborar y ejecutar el plan de emergencia del Centro de Salud, de forma tal que este considere cualquier tipo de contingencia que pudiera suscitarse en la institución. El equipo se reúne constantemente a trabajar para la seguridad del CESFAM, tanto de sus funcionarios como de los usuarios que estén presentes en él, en momentos de emergencias, tratando de reducir el impacto de daños al mínimo posible. La encargada del comité muestra el material digital a la Estudiante en proyecto de título, en que se puede apreciar el trabajo minucioso del comité que cuenta con las acciones necesarias a efectuarse en caso de emergencia, así como también se grafican las vías de evacuación existentes dentro de las dependencias del CESFAM y las zonas de seguridad hacia donde se deben dirigir las personas presentes durante la contingencia. Se cuenta con el apoyo de la encargada del comité de emergencia para el desarrollo del reglamento interno, así como también para prestar apoyo a la estudiante en proyecto de título a través de su experticia temática.
Acuerdos	Envío a través de correo electrónico del protocolo de acciones de emergencia elaborado por el comité de emergencia, para ser incluido en los protocolos a utilizarse en la construcción del reglamento interno de la institución.

Anexo N°13: registro reunión presentación y validación de protocolos

Actividad	Presentación y validación de protocolos construidos y actualizados.
Fecha reunión	29 de diciembre de 2016
Hora	15:30 horas
Lugar	Dependencias del CESFAM JMT
Motivo	Validar los protocolos confeccionados y actualizados para el desarrollo del reglamento interno de la institución a través del presente proyecto de título.
Participantes	Lorena Elgueta, Unidad de calidad. Dra. Ana María Espósito, Directora CESFAM. Melissa Oporto, Estudiante en proyecto de título. Jefes de unidades participantes en el proceso.
Descripción actividad	Se prepara el material de forma digital con el apoyo visual de un proyector con el fin de que todos los presentes puedan ir revisando el material trabajado en conjunto. Se presentan uno a uno los protocolos confeccionados y actualizados, para lo cual cada uno de los presentes da su apreciación del trabajo realizado por la Estudiante en proyecto de título. Se presentan los protocolos en su estructura completa, finalizando con la explicación de cada uno de los flujogramas creados en los protocolos para su comprensión resumida, en caso de requerir la información de forma rápida. Los protocolos tienen pequeñas modificaciones por parte de los presentes con la finalidad de mejorar la información entregada, siendo variaciones menores de informaciones contenidas en los protocolos. Cada uno de los presentes queda conforme en formato, contenido y calidad de los protocolos trabajados por lo cual se da su validación sin complicaciones de por medio. Es así como se da paso a la confección del reglamento interno a cargo de la Estudiante en proyecto de título y la Asistente Lorena Elgueta a cargo de la Unidad de calidad. A su vez, cabe destacar que la presentación de los protocolos será derivada al servicio de salud, como medio de prueba del cumplimiento de los compromisos de gestión estipulados para el año 2016 – 2017.
Acuerdos	Se aceptan y validan los protocolos actualizados y confeccionados para dar paso a la construcción del reglamento interno de la institución.

Capítulo 7

“Bibliografía y Linkografía”

Bibliografía

JAMES, PAUL. (1997) *"La gestión de la calidad total: un texto introductorio".* Prentice Hall. Madrid, España.

ZEITHAML, VALERIE. A. (1993) *"Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores".* Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.

GONZÁLEZ, MARÍA PILAR. (1996) *"Equipos de trabajo efectivos".* Editorial EUB. Barcelona, España.

DOLAN, SIMON. (2007) *"La gestión de los recursos humanos: cómo atraer, retener y desarrollar con éxito el capital humano en tiempos de transformación".* Editorial McGraw-Hill. Madrid, España.

CUBEIRO, JUAN CARLOS. (199?) *"Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos"*. Ediciones Deusto. Bilbao, España.

CHIAVENATO, IDALBERTO. (2009) *"Administración de recursos humanos: el capital humano de las organizaciones"*. Editorial McGraw-Hill. México.

RODRÍGUEZ, DARÍO. (2008) *"Gestión organizacional: elementos para su estudio".* Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

ORTÚN, VICENTE. (2004) *"Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta".* Editorial Masson. Barcelona, España.

MORA, JOSÉ. (2003) *"Guía metodológica para la gestión clínica por procesos".* Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.

DONABEDIAN, AVEDIS. (1992) *"Evaluación de la calidad de la atención médica".* Editorial OPS. Washington, Estados Unidos.

BLANCHARD, KEN. (2006*) "Trabajo en equipo: go team! tres pasos para conseguir grandes resultados".* Editorial Deusto. Barcelo, España.

MINSAL. (2007) *"Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud".* Subsecretaria de salud pública. Santiago, Chile.

PAGANINI, José María. (1993) *"Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria".* Editorial Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C., Estados Unidos.

MINSAL. (2013) *"Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria"*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago, Chile.

MANCILLA, CHRISTIAN. (2015) *"Trabajo social y gestión Hospitalaría: diseño y propuesta de reglamento interno del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, que de respuesta al requerimiento del Decreto 40 de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tiene las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud"*. Proyecto de título para optar al título de Trabajador Social. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, Chile.

CÁRCAMO, CARLOS. (2012*) "Trabajo Social y gestión hospitalaria: Análisis de la problemática de hospitalizaciones prolongadas en el hospital Carlos Van Buren de Valparaíso"*. Seminario de título para optar al título de Asistente Social. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, Chile.

FRENZ, PATRICIA. (2005) *"Desafíos en Salud Pública: Equidad y determinantes Sociales de la Salud".* Revista Chile Salud Pública, Santiago de Chile. Documento de trabajo.

CHILE CALIDAD. (2012-2013) *"Modelos de gestión de excelencia*". Chile Calidad, Santiago de Chile. Documento de trabajo.

MINSAL. (2015) *"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria".* Subsecretaría de redes asistenciales, división de atención primaria, Santiago de Chile. Documento de trabajo.

GOBIERNO DE CHILE. (2016) "Compromiso de gestión N°13". MINSAL, Santiago de Chile. Documento de trabajo.

GOBIERNO DE CHILE. (2016) "Compromiso de gestión N°9". MINSAL, Santiago de Chile. Documento de trabajo.

UVIRTUAL. (Sin año) "Acreditación en Salud". Santiago, Chile. Documento de trabajo.

MINSAL. (2009) "Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta". Superintendencia de Salud. Santiago de Chile. Documento de trabajo.

MINSAL. (1995) *"Ley N° 19.378 establece estatuto de atención primaria de salud municipal".* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2004) *"Ley 19.966 establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud".* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2012) *“Ley 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (1985) *“Ley 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2004) *“Ley 19.937 modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2012) *“Decreto 31 aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2012) *“Decreto 35 aprueba reglamento sobre el procedimiento de reclamo de la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2012) *“Decreto 38 aprueba reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de salud”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2012) *“Decreto 40 aprueba reglamento sobre requisitos que deberán contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención en salud de las personas de la ley N° 20.584”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2012) *“Decreto 41 aprueba reglamento sobre fichas clínicas”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

MINSAL. (2012) *“Decreto 62 aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial”.* Biblioteca del Congreso Nacional. Valparaíso, Chile.

Linkografía

MERCURIO VALPARAÍSO, “Historia de la familia Thierry, el pionero que vino de Dinamarca”. (2016) Página Web http://www.mercuriovalpo.cl/prontus4_noticias/site/artic/20070707/pags/20070723012 0.html . Visitada en marzo de 2016.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD, “marco legislativo” (2016). Página web http://www.supersalud.gob.cl/transparencia/marconormativo.html . visitada en marzo 2016.

MEDWAVE, “Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica” (2016) Página web http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5418 . Visitada en abril de 2016.