



FACULTAD DE FARMACIA
ESCUELA DE QUÍMICA Y FARMACIA

**“DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN USUARIOS PERTENECIENTES AL
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN EL CENTRO DE SALUD PRIMARIO DR.
MIGUEL CONCHA.”**

Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico

CLAUDIO MANUEL ORREGO CASTILLO

Director de Tesis: Prof. QF. Juan Collao Vásquez PhD

Codirector de Tesis: QF. Andrea Astorga Carmona MSc

QF. Nilda Armijo Ramírez

2016

El formato del reglamento general de tesis e internado estipulado por la Universidad de Valparaíso, ha sido modificado en el presente trabajo para facilitar la comprensión del lector.

DEDICATORIA

A mis padres

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

“Cerca de la cima siempre hay mil excusas para bajarse y una sola para subir.”

Ramón Portilla.

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de esta tesis hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

A cada integrante de mi familia por su apoyo incondicional en todo momento en cada uno de mis proyectos.

A mis profesores guías por la paciencia y por enseñarme a superarme cada día.

A mis amigos por ser parte de mi familia, tanto en mi lugar de estudio como en mis tierras de origen.

A la selección de balonmano UV por enseñarme que el trabajo en equipo está sobre lo individual

A la familia Villagrán Pastene por todas esas noches de estudio interminables, muchas gracias por la adopción en mi vida universitaria.

A mi compañera de aventura, por el apoyo incondicional en cada locura.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Dedicatoria | 4 |
| Agradecimientos | 5 |
| Índice..... | 6 |
| Resumen..... | 9 |
| Abstract | 10 |
| 1 Introducción | 11 |
| 1.1 Tipos de Paradigmas | 15 |
| 1.1.1 Paradigma del producto: | 15 |
| 1.1.2 Paradigma del proceso:..... | 16 |
| 1.1.3 Paradigma del sistema: | 17 |
| 1.2 Situación en el Mundo:..... | 18 |
| 1.3 Situación en Chile: | 19 |
| 1.4 ¿Qué sucede con los sistemas de salud? | 21 |
| 1.5 Conceptos que integran el proceso farmacoterapéutico | 22 |
| 1.5.1 Terapia..... | 23 |
| 1.5.2 Proceso terapéutico | 23 |
| 1.5.3 Problema relacionado a la terapia (PRT) | 23 |
| 1.5.4 Resultado adverso relacionado a la terapia (RAT) | 24 |
| 1.5.5 Farmacoterapia | 24 |
| 1.5.6 Proceso farmacoterapéutico | 24 |
| 1.5.7 Problema relacionado a la Farmacoterapia (PRFT) | 24 |
| 1.5.8 Resultado Adverso Relacionado a la Farmacoterapia (RAFT)..... | 24 |
| 1.6 Conociendo los procesos del Sistema terapéutico: | 25 |
| 1.7 Marco teórico de la investigación..... | 26 |
| 1.7.1 Sistema de salud chileno | 26 |
| 1.8 Servicio de atención primaria | 27 |
| 1.9 Programa de Salud Cardiovascular | 29 |
| 2 Pregunta de investigación | 31 |
| 3 Objetivos | 32 |
| 3.1 Objetivo general | 32 |
| 3.2 Objetivos específicos | 32 |

| | | |
|--------|---|----|
| 4 | Materiales y Métodos | 33 |
| 4.1 | Materiales..... | 33 |
| 4.2 | Características del estudio..... | 33 |
| 4.3 | Periodo y lugar de desarrollo de investigación..... | 34 |
| 4.4 | Racionalidad en la selección del método..... | 35 |
| 4.5 | Ética de la investigación..... | 35 |
| 4.5.1 | Consentimiento informado (Anexo n °2) | 36 |
| 4.5.2 | Convenido de confidencialidad (Anexo n°3) | 36 |
| 4.6 | Metodologías utilizadas en la investigación | 36 |
| 4.6.1 | Metodología cualitativa..... | 36 |
| 4.6.2 | Metodología Cuantitativa..... | 38 |
| 4.7 | Contexto del nivel de investigación | 39 |
| 4.8 | Validez de los resultados | 39 |
| 4.8.1 | El proceso de la información desde la triangulación hermenéutica | 40 |
| 4.9 | Muestreo y Reclutamiento | 41 |
| 4.9.1 | Población de estudio | 41 |
| 4.9.2 | Reclutamiento | 43 |
| 4.9.3 | Recolección de datos..... | 45 |
| 4.10 | Entrevistas | 45 |
| 4.10.1 | Entrevista Semiestructurada..... | 45 |
| 4.10.2 | Entrevista piloto y adaptación lingüística: | 47 |
| 4.10.3 | Sistema de codificación de datos..... | 47 |
| 4.11 | Observaciones de campo..... | 47 |
| 4.12 | Procesamiento y análisis de datos..... | 48 |
| 4.12.1 | Análisis de entrevistas..... | 49 |
| 4.12.2 | Estructuración de la descripción de procesos..... | 49 |
| 5 | Resultados..... | 50 |
| 5.1 | Situación clínica de los usuarios del PSCV | 50 |
| 5.2 | Descripción cualitativa..... | 54 |
| 5.2.1 | Características del grupo de usuarios entrevistados..... | 54 |
| 5.2.2 | Caracterización del investigador de los aspectos percibidos en el sistema de salud..... | 55 |
| 5.3 | Descripción de procesos por asignación de códigos | 56 |
| 5.3.1 | Código N°1: Derivación al programa de salud cardiovascular..... | 56 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.3.2 | Código N°2: Inscripción en el Centro de Salud Dr. Miguel Concha | 61 |
| 5.3.3 | Código N°3: Consulta médica | 64 |
| 5.3.4 | Código N°4: Ingreso al programa de salud cardiovascular | 67 |
| 5.3.5 | Código N°5: Despacho de medicamentos de usuarios crónicos en farmacia | 70 |
| 5.3.6 | Código N°6: Controles del programa de salud cardiovascular | 77 |
| 5.3.7 | Código N° 7: Exámenes en usuarios del programa de salud cardiovascular | 81 |
| 6 | Discusiones..... | 84 |
| 6.1 | Metodología de la investigación..... | 84 |
| 6.1.1 | Contexto del nivel de investigación..... | 84 |
| 6.1.2 | Racionalidad de la selección del método | 84 |
| 6.1.3 | Ventajas de la metodología..... | 85 |
| 6.1.4 | Desventajas de la metodología | 88 |
| 6.1.5 | Futuras aplicaciones de la metodología | 90 |
| 6.2 | Discusión de Resultados | 90 |
| 6.2.1 | Fuentes de extracción de información | 90 |
| 6.2.2 | Procesos del PSCV | 91 |
| 6.2.3 | Futuras aplicaciones | 103 |
| 7 | Conjeturas y Conclusiones | 104 |
| 7.1 | Conjetura general | 104 |
| 7.2 | Conjetura local..... | 105 |
| 7.2.1 | Barreras en la ejecución del PSCV en el centro de salud..... | 105 |
| 7.2.2 | Mejoramiento de la red de atención asistencial | 106 |
| 8 | Bibliografía | 107 |
| 9 | Anexos | 115 |
| 9.1 | Anexo n°1: Acta de aprobación del comité de bioética..... | 115 |
| 9.2 | Anexo n°2 consentimiento informado..... | 117 |
| 9.3 | Anexo n°3 Acuerdo de confidencialidad..... | 118 |
| 9.4 | Anexo n°4 Temas Pre establecidos de entrevista (Interview Schedule)..... | 122 |

RESUMEN

Debido a la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en Chile, se implementa el programa de salud cardiovascular (PSCV) el cual tiene un alto impacto en la población al disponer las herramientas necesarias en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares. La implementación de este programa se lleva a cabo en los centros de atención primaria de salud donde por medio de múltiples procesos se dispone a la población las prestaciones terapéuticas asociadas.

El presente estudio se presenta como una investigación cuasi experimental exploratoria, donde por medio de técnicas descriptivas observacionales se obtienen datos globales e indicadores específicos que nos permiten la descripción de los procesos terapéuticos de los usuarios pertenecientes al programa de salud cardiovascular. Además se obtiene información relevante sobre puntos críticos existentes que permite establecer la base de gestión y una posterior modelación de un sistema óptimo de terapia con enfoque en los resultados clínicos de los usuarios del Programa de Salud Cardiovascular.

Dicha investigación se llevó a cabo en el centro de salud primaria Dr. Miguel Concha, ubicado en la ciudad de Quillota, dependiente del departamento de salud municipal, donde se buscó establecer por medio de la descripción de los procesos terapéuticos el levantamiento de indicadores locales de uso que permitan una directriz hacia los modelamientos de acciones correctivas e implementación de sistemas de gestión interna en la entidad de salud.

ABSTRACT

Because of the high prevalence of cardiovascular disease in Chile, the cardiovascular health program was implemented, which is highly impacting the population by providing the necessary tools on the cardiovascular disease treatment. This program implementation is being developed by the primary health care centers where through multiple processes give associated therapeutic services to the population.

This study presents an investigation that is almost experimental and exploratory through descriptive observational technique. It gets global data and specific indicators that allows the description of therapeutic processes for the cardiovascular health program users. Also, relevant information is obtained about critical points that exist, they allow it to establish the basis of management and then the modeling of optimal therapy system based on the clinical results of the cardiovascular health program users.

The research was developed at the primary health care center Dr. Miguel Concha, located in the city of Quillota, it is part of the municipal health department. It sought to stablish through the description of therapeutic processes the rising of local indicators used that allows a guideline to a corrective action modeling and implementation of an internal management systems in the health center.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son elementos valiosos para la mayoría de tratamientos y prevención de las enfermedades que afectan a la población mundial. Por esta razón, la Organización Mundial de la salud (OMS) establece que todo individuo debe tener acceso a los medicamentos que necesita. Sin embargo, no basta que la población acceda a los medicamentos, el acceso debe ser oportuno y los medicamentos deben cumplir estrictos requisitos de seguridad y calidad¹. El proporcionar un acceso a medicamentos en países con bajos niveles de regulación con respecto a su utilización, favorece prácticas de uso inadecuado y excesivo de estos, las cuales suponen un desperdicio de recursos a menudo pagado por los usuarios, trayendo como consecuencia un considerable perjuicio a la población en cuanto a la falta de resultados exitosos de sus terapias y la incidencia de problemáticas asociada al uso de estas drogas como las reacciones adversas a medicamentos (RAMs).

La farmacoterapia representa la principal modalidad terapéutica de uso médico en el mundo occidental, debido a esto los medicamentos son el recurso más utilizado y con mayor efectividad en el tratamiento y prevención de enfermedades. El uso de esta herramienta terapéutica está ligado de forma directa con el acto de prescripción a cargo de profesionales legalmente habilitados, esta condición estricta y regulada por normativas legales, establece una restricción del libre uso de estas drogas, definiendo límites en el uso de medicamentos dentro de una exclusiva práctica profesional que tiene por finalidad alcanzar uno o varios objetivos terapéuticos.

Debido a que el uso de los medicamentos representa el eje principal del proceso terapéutico en personas con patologías de manifestación aguda y/o con una o más patologías de lenta progresión, denominadas crónicas, los objetivos terapéuticos esperados en un tratamiento farmacológico se basan en el hecho que los medicamentos son seguros, eficaces, con calidad garantizada y con acciones biológicas definidas. Sin embargo, existe una gran cantidad de problemas relacionados con el uso de estas drogas, comúnmente asociados al uso incorrecto, prescripción inadecuada, falta de adherencia al tratamiento, reacciones iatrogénicas específicas y/o el mal uso intencional o no intencional del paciente².

La utilización ineficiente e irracional de los medicamentos es un problema que afecta a todos los ámbitos de la atención de salud³. Existe un gasto innecesario por persona derivado de prácticas ineficientes y uso irracional de medicamentos. Gran parte de este gasto innecesario podría reducirse si se aplicaran unos pocos principios sencillos de gestión y uso de los medicamentos. No obstante, la aplicación de estrategias es difícil de implementar, esto debido a que en los diferentes aspectos de la gestión y el uso de los medicamentos intervienen profesionales de distintas disciplinas. Con frecuencia, no existe una instancia en

el que estos profesionales de disciplinas diferentes puedan trabajar juntos en la elaboración y ejecución de políticas farmacéuticas adecuadas ajustadas a la realidad de los centros de salud donde se desempeñan. Estas problemáticas responden a la situación actual donde el acceso a los medicamentos es una práctica común en gran parte del mundo y se considera parte de las políticas de organizaciones y estados en la gestión de sus sistemas de salud. Sin embargo, no existen normativas regulatorias que otorguen directrices adaptables a la gestión y uso apropiado de estas herramientas terapéuticas bajo una perspectiva de sistema. En sí el desarrollo de medicamentos tuvo su auge en la década del 50, donde los avances en investigación llegaron a su peak los años posteriores a la segunda guerra mundial y dieron paso, hasta los tiempos actuales, a una línea de investigación constante sobre nuevos compuestos químicos con propiedades terapéuticas. En ese mismo periodo, se desarrollaron diversos medicamentos que demostraron ser útiles para patologías sin tratamientos hasta entonces. Así es como los antimicrobianos destacaron entre todos ellos, debido a que permitieron salvar las vidas a todos aquellos que estaban condenados a una muerte inevitable. Por otra parte fue clave lo sucedido con la Talidomida⁴, comercializada entre los años 1958-1963, medicamento con efecto sedante y calmante de las náuseas indicado durante los primeros tres meses del embarazo; pero que generó gran revuelo cuando comenzaron a aparecer los primeros casos de bebés con focomelia, situación que nos enseñó de la forma más cruel que los medicamentos no eran entidades químicas exentas de problemas, pudiendo causar trastornos graves y paradójicamente enfermedades, inclusive más graves que las que pretendían curar^{5,6}.

Esta trágica situación causó gran revuelo internacional y en la 15[°] Asamblea Mundial de Salud (1969), se resolvió que la OMS iniciara un programa que orientara la promoción de la inocuidad y la eficacia de los medicamentos, y que analizara la posibilidad de recopilar sistemáticamente información sobre eventuales efectos nocivos⁷. En 1972, la OMS publicó el informe técnico “Vigilancia Farmacológica Internacional: Función de los Centros Nacionales”, el cual contiene la primera definición de RAM, los métodos para estudiarlas, sus ventajas y desventajas y cómo implementar los centros nacionales⁸. En este informe también se incluyeron informaciones sobre dos centros nacionales de farmacovigilancia que ya estaban funcionando, el del Reino Unido y el de Suecia^{9, 10}. Desde 1972 a la fecha, ya son varios cientos de países, incluido el nuestro, que tienen centros nacionales de farmacovigilancia.

La farmacovigilancia, se define como práctica farmacéutica que se centra en describir los efectos adversos de un determinado medicamento, con el fin de tener un adecuado perfil de seguridad del producto¹¹. Sin embargo, se han generado miles de muertes relacionadas al uso de medicamentos, cifra que sigue en aumento en todo el mundo, de forma tal que algunas estimaciones ubican a la muerte relacionada al uso de medicamentos entre las primeras 6 causas de muertes en EE.UU^{12, 13}.

Existe un gran abanico de medicamentos disponibles con diversas actividades biológicas definidas por la medicina moderna, sin embargo, la incorrecta utilización de estos y la variabilidad de los múltiples procesos fármaco-terapéuticos aplicados por las distintas entidades de salud convergen en la obtención de resultados variados en las metas terapéuticas relacionados a los procesos de farmacoterapia de las personas.

Es de alta relevancia considerar los múltiples factores que pueden evidenciar variabilidad en un resultado fármaco-terapéutico, como por ejemplo, factores específicos del medicamento, procesos erráticos de adherencia al tratamiento, errores de medicación, reacciones propias asociadas a características del paciente, abuso o no uso de medicamentos inclusive causas idiopáticas que generen o contribuyan a un proceso limitante no favorable en cuanto a los resultados terapéuticos esperados¹.

La asociación de múltiples factores que convergen en un tratamiento fármaco-terapéutico sin éxito tiene en efecto un resultado adverso a la farmacoterapia (RAFT), el cual es considerado como el incumplimiento de los objetivos terapéuticos convirtiéndose en un problema de salud con un gran impacto negativo que afecta de forma directa a los centros asistenciales, hospitales, clínicas u cualquier otra entidad de salud, acarreado como consecuencia resultados negativos en materia de salud para gobiernos y políticas de salud asociadas^{14, 15}.

El desarrollo de la farmacovigilancia como una de las herramientas más utilizadas en respuesta a las múltiples problemáticas que conlleva el uso de medicamentos establece los cimientos del razonamiento de utilización de este recurso terapéutico, siendo la implementación a nivel de salud pública el primer paso de control con respecto al uso de medicamentos, instaurando un mecanismo de registro y alerta global sobre situaciones clínicas de los pacientes en cuanto al uso de estas drogas.

Las regulaciones en Chile¹⁶ establecen que los profesionales de la salud pueden y deben realizar actividades de farmacovigilancia (FV) en los diferentes lugares en que realicen sus actividades. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, son muy adecuados para generar reportes más completos de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Según las estadísticas del Sistema Nacional de Farmacovigilancia¹⁷, el 28,7% del total de reportes de sospechas de RAM recibidas el 2013, fue realizado por establecimientos asistenciales públicos y cerca de la mitad de ellos, por establecimientos de la Región Metropolitana.

Sin embargo, aún con el uso de estrategias como la farmacovigilancia los resultados adversos a los medicamentos (RAM) y/o los resultados adversos a la farmacoterapia (RAFT), siguen estando presentes, en diferentes niveles de gravedad con consecuencias que van desde la descompensación de la patología hasta la muerte. Esto nos hace pensar en que la farmacovigilancia no es una práctica suficiente para asegurar la seguridad global del medicamento. ¿Por qué? La respuesta a esta interrogante radica en que la

farmacovigilancia estudia directamente al medicamento y no al entorno en donde el medicamento se usa, existen falencias en la forma en que los medicamentos son usados en los sistemas de salud. Charles Hepler plantea que, los medicamentos son seguros hoy en día pero son utilizados en un sistema que no otorga todas las garantías de que ese medicamento seguro será usado correctamente, y por lo tanto tenemos medicamentos más seguros en un sistema inseguro¹⁸.

Considerando que la gran mayoría de los procesos que orbitan el uso de medicamentos son extremadamente regulados, como por ejemplo, los procesos de fabricación de medicamentos se enmarcan bajo estrictas normativas de buenas prácticas de manufacturas (Good manufacturing practices) que son capaces de garantizar la seguridad del producto, la regulación asociado a prácticas de farmacovigilancia debiese proveer un margen preestablecido de seguridad en la utilización de medicamentos, no obstante, la ejecución exclusiva de prácticas como la farmacovigilancia y registros de eventos de reacción adversas a medicamentos, no logran ser suficientes en el control de estrategias globales enmarcadas en los procesos de farmacoterapia que cada institución realiza, estableciendo lineamientos protocolizados que generalmente que no se adaptan a las distintas realidades de las instituciones que proveen salud a la población.

El año 2001, el Institute of Medicine (IOM) de EEUU, publicó el informe "Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century", en donde critican la falta de consistencia en la calidad del cuidado en salud que se entrega en EEUU. En este país, cada año se gasta entre 30 y 90 billones de dólares en corregir los problemas creados por el uso de medicamentos, y anualmente mueren entre 76.000 y 135.000 personas por esta causa¹². El contenido de este informe otorga un planteamiento donde se establece que el enfoque con cual se aborda la provisión de salud en el país, no ha podido ir a la par con el aumento exponencial de la complejidad de los sistemas de salud, ya que cada año son más y más el número de personas que se atienden, el número de tecnologías disponibles y la cantidad de labores que se deben realizar en pos del cuidado de los pacientes. Este aumento de la complejidad nos lleva a plantearnos si la visión actual sobre el uso de medicamentos es adecuada al nivel de complejidad descrito.

Según Charles Hepler el uso de medicamentos en la sociedad ha evolucionado en tres conceptos explicados por medios de paradigmas¹⁸.

1.1 TIPOS DE PARADIGMAS

1.1.1 PARADIGMA DEL PRODUCTO

Desde la masificación del uso de medicamentos en la población, distintas visiones colectivas sobre el fenómeno se han ido sucediendo. Así, a mediados del siglo XX el enfoque o paradigma de ese momento, era el de producto, en el que para predecir el éxito de la terapia, sólo bastaba con conocer las características del producto, en este caso el medicamento, y las particularidades del paciente, su ambiente o características, simplemente no eran consideradas dentro del diseño del plan estratégico terapéutico¹⁸.

Dicho paradigma se centra en el producto como eje terapéutico capaz de predecir el resultado de la terapia, donde considera parámetros de calidad del medicamento como una visión que determinará el resultado basado en el modelo biomédico de salud, en que el estado de un paciente es evaluado según la capacidad de un medicamento de ejercer una actividad biológica específica de acuerdo a condiciones físicas, bioquímicas y fisiológicas estandarizadas, siendo las interacciones fármaco receptor la información determinante para asumir un resultado de proceso fármaco-terapéutico.

Según el paradigma del producto, las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) son consecuencias directas de un bien mayor que representa la utilización de medicamentos como principal herramienta terapéutica. Este tipo de enfoque aún se conserva en normativas que evidencian esta tendencia centrada en el producto. Un ejemplo de esto es la normativa chilena, que solo exige que las sospechas de RAM sean notificadas al sub-departamento de farmacovigilancia del instituto de salud pública, excluyendo todos los acontecimientos de alta o baja relevancia o impacto que conforman el proceso fármaco-terapéutico¹⁸.

Muy por el contrario de la situación establecida en el paradigma del producto, hoy en día se cuenta con numerosas alternativas terapéuticas para la gran mayoría de los pacientes, lo que hace perfectamente posible evitar muchas de éstas RAM. Por otra parte, existe suficiente evidencia de que el origen de los Resultados Adversos a la Farmacoterapia (RAFT) en la mayoría de los casos, no tiene que ver con RAMs.

Sin embargo, las estadísticas sobre los resultados del uso de medicamentos a nivel país, sólo entregan información sobre situaciones de ocurrencia de RAMs, estableciendo criterios de notificación de problemas relacionados con medicamentos en concordancia a una arista de las múltiples caras que conforman un proceso fármaco-terapéutico, lo que conlleva un desconocimiento de todos aquellos resultados adversos con causas que no califican como RAM. Por lo anterior, el problema de la morbi-mortalidad asociada al uso medicamentos es invisible en Chile, debido a la inexistencia de estadísticas al respecto.

1.1.2 PARADIGMA DEL PROCESO

Hacia los años 80 el uso de medicamentos comenzó a ser mirado dentro de un nuevo paradigma, que sitúa al uso de medicamentos dentro de un proceso con diversos pasos que son ejecutados por distintos profesionales.

El paradigma del proceso hace alusión principalmente a una diferenciación que acarrea una optimización y mejoría de los procesos involucrados al proveer una farmacoterapia a la población. El enfoque conceptual se basa en procesos de diferenciación y especialización de profesionales que participan de una terapia medicamentosa integrada, estableciendo una tendencia de aislamiento en la ejecución de las acciones de salud a implementar, instaurando parámetros de trabajo específicos como un proceso aislado.

Dichos procesos aislados comienzan con la fabricación de medicamentos bajo normativa GMP, selección para formar parte de un arsenal fármaco-terapéutico, abastecimiento a las entidades de salud, prescripción por el profesional facultado, dispensación por parte del químico farmacéutico, administración por parte del paciente y la gestión de su cuidador o un profesional de la salud en el caso de pacientes hospitalizados.

Durante la ejecución de las etapas que engloban el paradigma del proceso, se establece un énfasis que al cumplir cada uno de los pasos mencionados se está ejecutando un proceso fármaco-terapéutico óptimo que redundará en resultados de la farmacoterapia positivos.

Otro aspecto relevante del paradigma del proceso es que tiende a ver los profesionales ligados a los distintos procesos que engloban una farmacoterapia como entes aislados, donde la ejecución de procesos correctos de forma aislada converge en un resultado positivo sin procesos de comunicación interdisciplinaria, debido a que bajo esta perspectiva al cumplir cada uno de los pasos mencionados se está ejecutando un proceso fármaco-terapéutico óptimo que redundará en resultados de la farmacoterapia positivos.

El concepto de error de medicación nace bajo este paradigma, donde se busca establecer que la causa de un resultado adverso a la farmacoterapia es la ejecución incorrecta de uno o más procesos específicos a cargo del profesional correspondiente, sin llevar a cabo el análisis del proceso global que implica todas las áreas.

1.1.3 PARADIGMA DEL SISTEMA

Debido a que existen múltiples procesos asociados a una farmacoterapia, además de un ambiente específico y único para cada paciente, el paradigma del sistema establece el uso de medicamentos como un proceso dinámico, variable y específico, donde las interacciones entre las múltiples partes o procesos que rodean una terapia farmacológica son las determinantes en un resultado. Los factores categóricos e influyentes a un proceso fármaco-terapéutico son múltiples, por lo que, convierte a un proceso fármaco-terapéutico definido y pre establecido bajo el paradigma del proceso, en una dinámica de alta complejidad con orientación a los resultados favorables de una farmacoterapia¹⁸.

Según el contexto definido por el paradigma del sistema los resultados del uso de medicamentos no se pueden predecir en base a parámetros biomédicos establecidos y aislados, sino que, las interacciones de todos los niveles de organización que engloba la terapia y sus procesos específicos otorgan las herramientas para establecer, definir e interpretar en base a los resultados, el control de las variables determinantes con la finalidad de corregir para presentar y ejecutar procesos fármaco-terapéuticos más exitosos.

De esta forma, el paradigma del sistema plantea un sistema de mejora continua, que se apoya en datos locales, procesos específicos apoyados en un sistema de intercomunicaciones de las múltiples partes influyentes que es capaz de corregir y ajustarse de acuerdo a las necesidades del caso y de la población en específico con la cual se trabaja. La información obtenida en estudios que miden los resultados del uso de medicamentos en condiciones reales, permiten contribuir a las organizaciones y entidades responsables como el Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) tomar decisiones basadas en evidencia local.

Estudios con un enfoque de sistema, han logrado concluir que los errores raramente son producto del error de una sola persona o de un paso en el proceso, si no que más bien tienen su origen en múltiples pasos o componentes del sistema, y en la inadecuada comunicación entre estos pasos. Consecuentemente en un sistema, el énfasis no está en encontrar culpables, sino en identificar y corregir continuamente las fallas del sistema, creando el marco para la mejora continua del proceso fármaco-terapéutico. Generalmente se asocia un resultado negativo de un proceso de farmacoterapia con un problema relacionado con medicamentos (PRM). El concepto de PRM se enfoca en ciertos eventos puntuales asociados a parámetros clínicos del paciente en correlación con el efecto específico del medicamento durante la farmacoterapia el cual responde a visiones paradigmáticas del producto, sin embargo, según lo establecido por la visión paradigmática de sistema, la evaluación integra y global de la farmacoterapia otorga un grado de cumplimiento de metas de carácter subjetivas definidas por el paciente, el cual abarca parámetros clínicos junto con expectativas del paciente que son determinado por el proceso dinámico, único y específico de una farmacoterapia.

Una visión sistémica de los procesos terapéuticos otorga la posibilidad de establecer control de los procesos propios que conforman un sistema determinado, siendo el auto control y la capacidad de detectar falencias en las interconexiones la modalidad responsable de una gestión optimizada.

1.2 SITUACIÓN EN EL MUNDO

En el ámbito de la farmacoterapia, la seguridad del paciente requiere establecer un sistema de calidad y de gestión de riesgos para la prevención de los errores de medicación (EM) u otra situación no favorable que pueden tener lugar en todo el circuito o proceso farmacoterapéutico¹⁹.

En la 60^{va} asamblea mundial de la salud, del año 2007, se aprobó la resolución AMS60.16, que señala "ha llegado el momento de que los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional, se comprometan a fomentar el uso racional de los medicamentos en particular con un volumen suficiente de recursos"²⁰.

Se calcula que, entre 1997 y 2003, el número de personas que tienen acceso a los medicamentos esenciales en todo el mundo aumentó de 2.100 millones a 4.000 millones. A pesar de esta mejora considerable, aproximadamente 2.000 millones de personas o sea, un tercio de la población mundial, todavía no tienen acceso a medicamentos de calidad y asequibles²¹.

Ampliar el acceso a medicamentos es prioridad por parte de las organizaciones mundiales que velan por la salud bajo el contexto de la importancia del derecho a la salud para todos y el reconocimiento que se ha otorgado a este. Es importante recalcar que una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (número 17), destaca la necesidad de "proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo".

Con la finalidad de realizar una aproximación de abordaje a los procesos fármaco-terapéuticos, existen múltiples esfuerzos y acciones para lograr implementar procesos de control de sistemas de alta eficiencia y eficacia con respecto a la farmacoterapia. Servicios de gestión asociado a políticas de salud pública evidencian la importancia de los medicamentos a nivel de país. Ejemplos de estos servicios son los servicios de gestión de terapia (MTM: Medication Therapy Management) en USA²², el MUR (Medicine use review) y NMS (New medicine service) del reino Unido, el *Meds Checky* RMMR (Residential medication management review) de Australia²³, entre otros. Entidades que tiene por objetivo establecer normativas, estadísticas y procedimientos de control en aspectos relacionados a la farmacoterapia.

Actualmente el centro de seguimiento de medicamentos en España es uno de los tres servicios farmacéuticos definidos y amparados por el Consenso estratégico nacional español en la aplicación de la atención farmacéutica. Establece una evaluación estructurada a la farmacoterapia del paciente, para llevar a cabo la detección de problemas relacionados a la medicación^{24,25}. Los servicios que entrega la organización se enmarcan dentro de una doctrina de mejoramiento continuo, abarcando sus acciones desde punto de vista global con respecto al uso correcto de los medicamentos, orientando a sus pacientes en aspecto de ingreso, almacenamiento y distribución de los fármacos^{26,27}. Logrando que sus estudios tengan un beneficio directo sobre los resultados clínicos, económicos, humanísticos y sociales en la población.

1.3 SITUACIÓN EN CHILE

Los grandes cambios sociales y demográficos que Chile ha experimentado en las últimas décadas están generando no solo una elevada carga de enfermedad asociada a los estilos de vida, hábitos y conductas²⁸, sino que también condicionan la forma en que la persona y la familia enfrentan estas problemáticas. Asimismo, el sistema de salud chileno ha desarrollado un modelo de atención que muestra interesantes avances y una buena cobertura, pero que tiende a segmentar las estrategias en problemas de salud específicos más que en los sujetos de tales intervenciones²⁹: las personas y su entorno.

Con la finalidad de establecer un servicio que contribuya a la regulación, control y notificación del uso de medicamentos en Chile, el departamento de farmacovigilancia perteneciente al Instituto de Salud Pública (ISP) establece la norma general técnica n°140 "*sobre sistema nacional de farmacovigilancia de productos farmacéuticos de uso humano*" que otorga las directrices y herramientas para ejecutar acciones de farmacovigilancia en todos los niveles y entidades de salud ya sean organismos públicos o privados donde por medio de los servicios de salud que tienen a cargo la supervisión de los departamentos de salud municipales y las corporaciones municipales respectivamente, se otorgan las factibilidades correspondientes para que un profesional capacitado ejecute acciones de farmacovigilancia con el respectivo control e informe de resultados que se obtienen³⁰.

Existen normativas ministeriales que establecen los distintos niveles de organización sobre las funciones y las responsabilidades que cada nivel organizacional debe ejercer en un plan continuo de ejecución de acciones. Es así como la norma general técnica n°113 sobre "*Organización y funcionamiento de los comités de farmacia y terapéutica para la red asistencial de salud pública*", y la norma general técnica n°12 sobre "*la organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en la atención primaria de salud*" plantea la formación de un comité de farmacia y terapéutica como organismo asesor de la dirección del servicio de

salud, en materias relativas a la selección, uso y manejo de medicamentos e insumos terapéuticos, el cual busca promover el uso efectivo y eficiente de los medicamento asegurando la entrega de asistencia, servicios farmacéuticos y calidad requerida para los pacientes³¹.

Uno de los principales objetivos del comité de farmacia es gestionar el uso racional de medicamentos, el cual se define como la medicación adecuada a las necesidades clínicas de los pacientes, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad³².

Además se plantea que en cada Servicio de Salud deberá existir un Comité de Farmacia y Terapéutica asesor del Director del Servicio de Salud, que en adelante se denominara “Comité de Farmacia y Terapéutica de la Red Asistencial”, encargado de proponer³³:

- Los lineamientos generales en materia de selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos.
- El Arsenal Farmacológico Básico para los establecimientos de la red de atención primaria de salud de su jurisdicción.
- Un plan de vigilancia del funcionamiento de otros Comités de Farmacia y Terapéutica constituidos a nivel de los establecimientos prestadores de servicios de salud de la red.
- Una estrategia para la difusión de los arsenales fármaco-terapéuticos de los diversos establecimientos de la red.

La conformación de entidades como el comité de farmacia y terapéutica establecen un control sobre la utilización de los medicamentos en Chile contribuyendo a los cimientos de regulaciones con respecto a la materia, donde se establecen acciones regulatorias de múltiples aristas involucradas en un completo proceso de farmacoterapia del paciente, sin embargo, las acciones de farmacovigilancia se basan en evaluaciones con visión paradigmática del producto y no del sistema en el cual se encuentra inmerso el

medicamento, restringiendo las notificaciones y posibles acciones correctivas en áreas acotadas del sistema global que implica una farmacoterapia.

Los resultados fármaco-terapéuticos no esperados junto a una falta de procesos de autorregulación constantes pueden no representar el problema de origen llevando a la ejecución de acciones de corrección parciales que representan problemáticas de repetición de solución desconocida.

1.4 ¿QUÉ SUCEDE CON LOS SISTEMAS DE SALUD?

Los adelantos y el conocimiento científico-tecnológico han avanzado a pasos gigantes, pero lamentablemente los sistemas de salud no son capaces de ir al mismo ritmo y no son capaces de traducir estos nuevos conocimientos en práctica ni muchos menos de aplicar las nuevas tecnologías de la forma más segura y apropiada. Así, si el sistema de salud actual no es capaz de entregar estos avances científicos a los pacientes en este momento, se hace visible que no será capaz de hacerlo con los próximos conocimientos que día a día se van obteniendo.

Por otro lado, en la actualidad los esfuerzos van orientados a que cada uno de las intervenciones realizadas por los profesionales de la salud sea correctas y ajustadas a normas establecidas para suponer un resultado positivo del proceso fármaco-terapéutico. Sin embargo los profesionales involucrados en estos procesos actúan de forma aislada, esto genera a corto y largo plazo un cortocircuito de información y un cese de comunicación con los demás profesionales del equipo de salud. Esto es un ejemplo directo del paradigma del proceso.

Es justamente este paradigma el que nos permitió antes entender el concepto de error en la medicación, y es que le permite atribuir causas de un RNM a la falla en algunos de los pasos del proceso, pero sin visualizar el esquema global en donde estos procesos están inmersos. Así, no se permite atribuir RNM a procesos que no están presentes o a la falta de sinergia entre procesos, ya que no existe una visión sistémica de la farmacoterapia. Para entender la visión sistemática es importante conocer de antemano que el uso de medicamentos en la farmacoterapia es complejo y ocurre en un ambiente multifactorial, en donde las patologías, características sociales, culturales, personalidades, servicio de atención, status económico y hasta la calidad de los fabricantes afectará de alguna u otra forma la farmacoterapia.

Es por eso que hoy en día es fundamental modificar la visión que tenemos de los medicamentos. Estos no deben ser vistos directamente como un bien de consumo en los sistemas públicos y privados, sino que el trabajo se debe realizar considerándolos como la pieza fundamental del proceso fármaco-terapéutico. Es

por esto que se requiere cambiar los paradigmas del pasado, basado en el producto (medicamento) y procesos individuales hacia uno multifactorial, en donde no sea solamente el medicamento el eje de preocupación ni los profesionales de forma aislada, sino que todo lo que lo rodea al medicamento, a los profesionales y al ambiente, desde pasos como el proceso de compra, traslado, almacenamiento, prescripción, administración y eliminación hasta aquellos en donde interactúan los diferentes profesionales de la salud, entre otros factores. Es entonces necesario ese proceso de cambio de mentalidad desde una actividad 100% orientada al medicamento como foco principal hacia un ejercicio profesional más enfocado al paciente que en si consume los medicamentos y el sistema con los procesos que lo rodea, para lograr un verdadero control y lograr mejores resultados en las terapias farmacoterapéuticas.^{34, 35, 36}

1.5 CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL PROCESO FÁRMACO-TERAPÉUTICO

Un proceso fármaco-terapéutico no siempre implica la curación de una enfermedad, sino que en ocasiones su uso acarrea la aparición de efectos adversos. En 1990 Hepler y Strand acuñaron el término “*drug-related problems*”, traducido al español como “problemas relacionados con los medicamentos” (PRM)³⁷. El término comenzó a ser ampliamente utilizado en la literatura médica, Sin embargo, el uso de esta terminología no siempre fue referida bajo un mismo concepto de problemática en torno al uso de medicamentos, esta situación genera que el termino PRM se utilizara bajo aleros distintos de situaciones que rodean el uso de medicamentos, estableciendo situaciones de confusión en la información registrada, entregando un amplitud de situaciones donde las posibles correcciones a PRM no son factibles debido a la amplitud de la terminología.

Finalmente, en el año 2007 se definió por un lado el término “resultados negativos asociados a la medicación” (RNM) para referirse a aquellos problemas de salud del paciente atribuibles al uso de los medicamentos que no cumplen con los objetivos terapéuticos y, por otro lado, el término PRM, empleado para referirse a aquellas situaciones en el proceso de uso de medicamentos que causan o pueden causar la aparición de un RNM, como por ejemplo administración errónea del medicamento, conservación inadecuada, contraindicación, características personales, dosis, pauta y/o duración no adecuada, duplicidad, errores en la dispensación, errores en la prescripción, incumplimiento, interacciones, etc.¹⁸.

Otro termino de alta importancia que representa los procesos que rodean la utilización de medicamentos, es el seguimiento fármaco-terapéutico (SFT), considerado como “el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe

proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente³⁹.

Muchas de estas terminologías se acomodan al concepto de atención farmacéutica, práctica definida como “La provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente” no obstante, esta práctica otorga múltiples beneficios a los pacientes involucrados, lo que implica que su impacto en la gestión global del medicamento y los resultados finales del uso de estos en un ambiente controlado son mínimos.

Es de alta importancia definir que un proceso de uso de un medicamento no asegura de forma directa un resultado positivo en un paciente, siendo el proceso de utilización de medicamentos un paso más entre múltiples procesos concomitantes que rodean la terapia de un paciente. Por lo tanto, la evaluación de resultados de una terapia corresponde al indicador que representa múltiples procesos terapéuticos que convergen en él. Siendo necesario la práctica clínica de evaluación de resultados en salud del paciente del proceso fármaco-terapéutico, considerando indicadores clínicos que determinen en grado de beneficio o daño del medicamento con la finalidad de determinar situaciones no beneficiosas para el paciente, y lograr clasificarlas dentro de un concepto de acuerdo a la naturaleza de su acción.

Debido a esto, se deben incluir y/o mencionar nuevas temáticas conceptuales para complementar el sistema terapéutico/fármaco-terapéutico:

1.5.1 TERAPIA

Conjunto de medios disponibles de cualquier origen, cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas en una persona. La terapia es el resultado de un juicio clínico establecido por profesionales de la salud con respecto a un paciente en específico.

1.5.2 PROCESO TERAPÉUTICO

Corresponde a cualquier acción que es llevada a cabo como secuencia de pasos dispuestos con algún tipo de lógica para lograr un resultado relacionado con la ejecución de una terapia específica.

1.5.3 PROBLEMA RELACIONADO A LA TERAPIA (PRT)

Cualquier tipo de falla del sistema de provisión de la terapia en un paciente, abarca todos los aspectos relacionados con cualquier acción que se lleve a cabo en una terapia asignada. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, limitaciones de espacio físico, procedimientos mal ejecutados o

con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción de medicamentos, comunicación, asignación de horas con profesionales de la salud, dispensación, educación y seguimiento.

1.5.4 RESULTADO ADVERSO RELACIONADO A LA TERAPIA (RAT)

Son resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la terapia, el origen de un RAT puede ser conocido o desconocido, donde los desencadenantes pueden tener cualquier índole asociada a los procesos terapéuticos ejecutados y no ejecutados.

1.5.5 FARMACOTERAPIA

Conjunto de medios farmacológicos cuya finalidad es la prevención, curación, alivio, reemplazo y/o apoyo en las enfermedades o síntomas de un paciente. La farmacoterapia es el resultado de un juicio clínico establecido por los profesionales de la salud competentes con respecto a un paciente en específico. El concepto de farmacoterapia pertenece al concepto global de la terapéutica, posicionándose como una de las herramientas principales de la ejecución de esta.

1.5.6 PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO

Corresponde a cualquier acción que es llevada a cabo como secuencia de pasos dispuestos con algún tipo de lógica para lograr un resultado relacionado con la ejecución de una farmacoterapia específica.

1.5.7 PROBLEMA RELACIONADO A LA FARMACOTERAPIA (PRFT)

El término engloba a cualquier falla del sistema de provisión de la farmacoterapia, yendo más allá de los problemas producidos directamente por el medicamento, incluyendo todo aquellos que puedan resultar en un problema y a la vez causar daño al paciente. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación y seguimiento.

1.5.8 RESULTADO ADVERSO RELACIONADO A LA FARMACOTERAPIA (RAFT)

Son resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso, desuso (enfaticando en que no siempre son producidos por los medicamentos, Ej. no se pudo comprar un implemento para administrar un medicamento) o fallo en el uso de medicamentos.

Un RAFT o una combinación de ellos pueden provocar un fracaso terapéutico o incluso desencadenar nuevos problemas médicos, que pueden ser tan negativos como la propia enfermedad tratada⁴⁰. Por otra parte, los resultados adversos asociados a la farmacoterapia producen un elevado coste de recursos sanitarios y sociales, condicionan no sólo el aumento de la estancia hospitalaria, sino también de los costes asociados⁴¹.

1.6 CONOCIENDO LOS PROCESOS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO:

Debido en gran parte a que no existen antecedentes que permitan visualizar en primer lugar los aspectos que están fallando dentro de los sistemas terapéuticos – fármaco-terapéutico actuales, es muy difícil evidenciar los puntos críticos de ejecución y los resultados positivos de las intervenciones y/o aportes a este sistema que los profesionales implementan para subsanar alguna situación en específico.

La detección de reacciones adversas a medicamentos por un reporte voluntario se convierte en la principal modalidad de detección de PRM y por ende RAT/RAFT en las diversas terapias, sin embargo, múltiples causas de una RAT/RAFT no provienen directamente una RAM o efecto del medicamento en sí, por lo tanto, al no tener la suficiente regulación y seguimiento de los procesos ejecutados, se hace imposible visualizar los aspectos en que se ve involucrada las falencias causantes y por lo mismo, se imposibilita su mejora y sistematización.

En base a esto es que surge la necesidad de comenzar a evaluar los procesos involucrados en el sistema terapéutico – fármaco-terapéutico, a partir de causas probables y/o parámetros en común que impiden obtener objetivos planteados de forma previa por profesionales de la salud, Sin embargo, antes de evaluar un proceso en específico, se deben describir los distintos procesos que se llevan a cabo en un lugar determinado, con la finalidad de identificar las posibles fallas del sistemas y someterlas a una evaluación para determinar la magnitud de los efectos no esperados que están puedan ocasionar, estableciendo el fundamento tácito de información que conlleva a la implementación de acciones de mejora continua basadas en la idea de una amplia sistematización que nos permita generar un sistema de cuidados farmacéuticos óptimo ajustado a la realidad de un centro de salud en específico.

Para eso es necesario conocer el marco teórico de la investigación.

1.7 MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 SISTEMA DE SALUD CHILENO

El sistema de salud chileno está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma. El sistema de salud chileno es un sistema dual, en donde actúan separadamente dos sectores encargados de administrar y entregar las actividades sanitarias del país: el sector público y el sector privado. Es un sistema mixto, ya que posee más de un tipo de financiamiento y más de un tipo de servicios. Sin embargo, desde el punto de vista normativo, tiene un carácter unitario, dado que es el sector público el encargado de elaborar las políticas y directrices generales de las acciones de salud en todo el país⁴².

Desde el punto de vista de los servicios ofrecidos, el sistema de salud en Chile está constituido principalmente por una industria de seguros o previsual-financiera (FONASA, isapres, y algunas Compañías de seguros, Cajas de Compensación, etc.) y otra industria prestadora de servicios asistenciales (hospitales, centros asistenciales y consultas médicas) y en menor medida, por una industria de productos sanitarios⁴².

La base operativa del subsector público es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), cuya organización se halla estipulada en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS 1980). El SNSS está compuesto por un conjunto de organismos dependientes entre sí, con distintos grados de jerarquía y ámbitos de acción. Los establecimientos del SNSS se clasifican en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, según los siguientes criterios de complejidad y cobertura. El cual se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Clasificación de los niveles de atención de salud

| ESTABLECIMIENTOS | COMPLEJIDAD | COBERTURA POBLACIONAL |
|------------------|-------------|-----------------------|
| NIVEL PRIMARIO | BAJA | ALTA |
| NIVEL SECUNDARIO | MEDIA | MEDIA |
| NIVEL TERCIARIO | ALTA | BAJA |

Fuente: K, Narbona y col. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. 2009.

El trabajo de investigación a presentar se llevó a cabo en el en un centro de salud urbano perteneciente al nivel primario de salud, por consiguiente, se presenta información que permita contextualizar el nivel en el cual se desarrolla estudio, con la finalidad de establecer parámetros que delimitan y definen las características propias del entorno abordado.

1.8 SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria de Salud (APS) es el primer punto de contacto de las personas con los servicios asistenciales, ya que corresponde a la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de una comunidad⁴³, por lo que ofrece ventajas para desarrollar investigaciones en este ámbito. Primero es una población definida, con fácil acceso, existe una relación continua con los pacientes y se atienden estados más precoces de la enfermedad. Los establecimientos de nivel primario son la primera instancia a la que deben acudir las personas con algún problema de salud, perfilándose como la puerta de entrada al sistema de salud pública⁴².

Las características de los establecimientos de atención, se encuentran resumidos en la tabla N° 2.

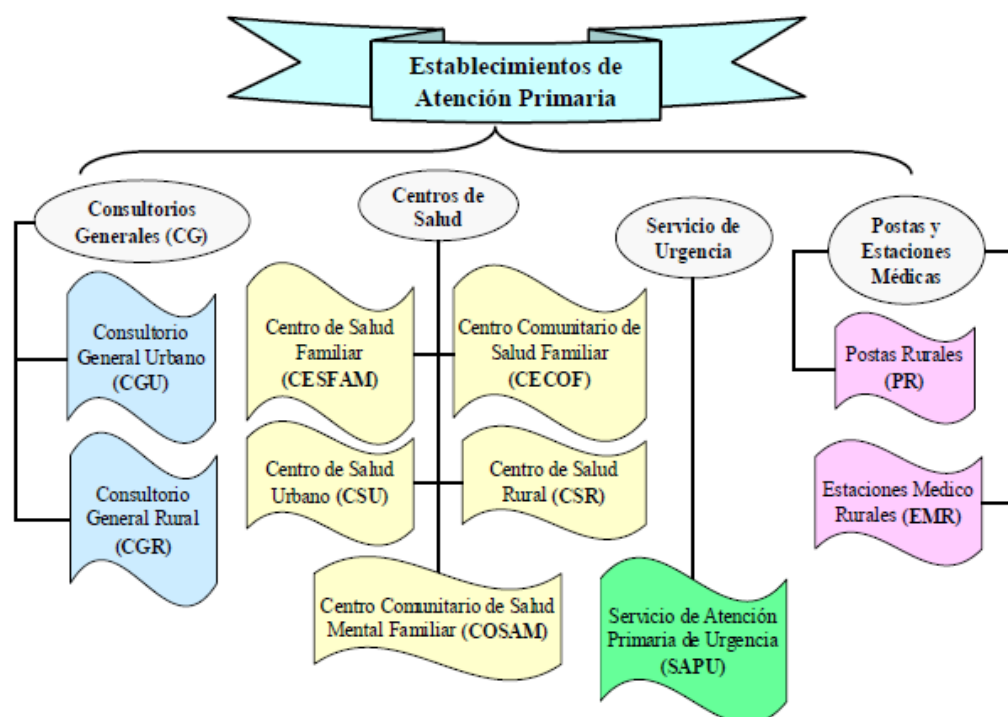
Tabla N° 2: Características de los establecimientos de atención primaria de salud (APS).

| ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---------------------------------------|--|
| COMPLEJIDAD | BAJA |
| COBERTURA POBLACIONAL | ALTA |
| ATENCIÓN | AMBULATORIA |
| MEDIOS | UNIDADES SIMPLE DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO |
| ACTIVIDADES | CONTROLES, CONSULTAS, VISITAS DOMICILIARIAS, EDUCACIÓN DE GRUPOS, VACUNACIONES Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA |
| PERSONAL | MÉDICOS GENERALES Y PERSONAL DE COLABORACIÓN |

Fuente: K, Narbona y col. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. 2009.

Existen distintos tipos de establecimientos de atención primaria los cuales se detallan en la figura N°1.

Figura N°1: Tipos de establecimiento de atención primaria de salud.



Fuente: K, Narbona y col. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. 2009.

Los Centros de Salud urbano (CSU), son aquellos consultorios generales, donde la población asignada puede llegar a los 30.000 habitantes. En ciudades pequeñas, pueden estar adosados a un hospital de baja complejidad.

Entre las acciones de salud que realiza, cuenta:

- Promoción, fomento y protección de la salud en su área poblacional.
- Atención médica, de especialidades y odontológicas.
- Ejecución de los programas de salud ministeriales.

- Orientación y derivación de pacientes a establecimientos de mayor complejidad.
- Controles médicos a enfermos que no requieren ser hospitalizados.
- Atenciones de primeros auxilios
- Actividades relacionadas con el medio ambiente y otras que tiendan al desarrollo integral de la población.

1.9 PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares (ECVs). Este programa “nace” el año 2002 producto de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes (DM), cuyo principal cambio fue incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular (CV) global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada⁴⁴.

Las ECVs son la primera causa de muerte en Chile. El año 2006 fallecieron 24.087 personas por esta causa, con una tasa de 146,6 por 100.000 habitantes, que corresponde a un 28,1 % de todas las muertes de este mismo año. Los principales componentes de la mortalidad cardiovascular (CV) son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, que dan cuenta de aproximadamente dos tercios del total de las defunciones del grupo, con 7.943 y 7.427 defunciones que corresponden a una tasa de 48,3 y 45,2 x 100.000 habitantes, respectivamente, este mismo año⁴⁵.

Las enfermedades con mayor incidencia cardiovascular son la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la hipertensión arterial (HTA), las cuales constituyen grandes problemas de salud pública a nivel mundial. En Chile son causa importante de morbimortalidad cardiovascular, carga de enfermedad⁴⁶ y uso de recursos en salud⁴⁷. La estrategia tradicional para enfrentarlas ha sido la prevención secundaria mediante la focalización en población adulta con riesgo cardiovascular elevado⁴⁵. Sin embargo, está cada vez más claro que aun cuando existen intervenciones eficaces, estas son subutilizadas⁴⁸, por lo que es importante considerar los problemas de acceso al cuidado de la salud, la continuidad del cuidado y la adherencia al tratamiento⁴⁹, aspectos en los que el fortalecimiento de las redes y el apoyo social resultan fundamentales⁵⁰.

Una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y la importancia de los procesos terapéuticos – fármaco-terapéuticos como eje principal de la terapia en estos pacientes, determinan que la evaluación de todos los procesos que gobiernan las acciones terapéuticas, entreguen la mayor cantidad posible de información de gestión de manejo de la enfermedad y las consecuentes ejecución del proceso fármaco-terapéutico.

El ministerio de salud a través de los servicios de salud de todo el país, evalúa la gestión de las instituciones por medio de un encargado por servicio, que tiene como función realizar fiscalizaciones presenciales y gestionar los datos de censo y estadísticas provenientes de los centros pertenecientes. Sin embargo, una descripción de los procesos terapéuticos se enmarca exclusivamente en la realidad del recinto asistencial que lo ejecuta, por lo que, la ejecución de una terapia se realiza en base a patrones propios, que al ser investigados y definidos pueden revelar indicadores de alta importancia, con aplicación de optimización de trabajo, ahorro de recursos y mejoría en resultados clínicos de los usuarios del PSCV.

Se decidió realizar una descripción de los procesos terapéuticos en centro de salud, para lograr identificar los diferentes aspectos de la ejecución del plan de salud, en base a la identificación de los diferentes patrones que ocurren en un determinado periodo de tiempo. Se ha escogido el PSCV debido a que los guías de investigación desarrollan sus funciones en dicha área.

En esta primera etapa dentro de la investigación llevada a cabo por el grupo de trabajo de investigación, se describen cuáles son los procesos del PSCV, además de proponer una metodología para las descripciones de procesos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Debido a que el estudio se realizó mediante una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas, el estudio plantea una pregunta de investigación y no una hipótesis, ya que esta última sólo es posible de plantear para metodologías netamente cuantitativas. Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los procesos terapéuticos que se llevan a cabo en usuarios pertenecientes al programa de salud cardiovascular del centro de salud Dr. Miguel Concha y que nos permiten evaluar resultados clínicos desde una perspectiva de sistema?

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el proceso terapéutico en usuarios pertenecientes al programa de salud cardiovascular y los resultados de dicho proceso en el consultorio Dr. Miguel Concha.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proponer indicadores de evaluación del proceso terapéutico.
- Identificar puntos críticos en el sistema que pudiesen desencadenar resultados adversos a la terapia.
- Proponer, cuando sea posible una mejora al proceso fármaco-terapéutico del PSCV en base a la descripción propuesta.

MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 MATERIALES

- Consentimiento informado (ANEXO N°2)
- Grabadora de audio.
- Temas Pre establecidos de entrevista (Interview Schedule) (ANEXO N°4)
- Fichas clínicas virtuales de usuarios del PSCV.
- Software RAYEN del centro de salud Dr. Miguel Concha.
- Libreta de anotaciones.
- Software MAXQDA 2007.
- Software BIZAGUI MODELER versión 3.0.0.015.

4.2 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

La investigación realizada se categoriza como un estudio observacional, descriptivo y exploratorio de corte transversal. El estudio tiene como objetivo llevar a cabo una observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos, por medio de mediciones a lo largo de un tiempo establecido, con apoyo de recursos de información registrada.

El método de observación aplicado en la investigación, pretende recoger el significado de una conducta, evitando su manipulación, a través del sistema de observación más adecuado⁵¹. No existe manipulación de la conducta, pero sí un control de las posibles variables que pudieron distorsionar los datos. Con dicho control se pretende que la variable o variables independientes sean las únicas responsables directas de los valores de la o las variables dependientes.

La ejecución de la metodología observacional se estructuró dentro de los siguientes criterios:

- Se observó la conducta-foco u objeto del estudio, elaborando las correspondientes categorías de las situaciones a describir.
- Se categorizó la conducta para poder ser medida mediante el sistema de códigos o categorías que se ha desarrollado en la fase anterior.

- La información registrada pasa por un proceso de análisis que al consolidar estas fases permite obtener un conocimiento fiable y válido de las conductas observadas, recogiendo información sobre la frecuencia y periodicidad de los fenómenos y asegurando así la representatividad de los datos en unas condiciones concretas de muestra y ambiente⁵².

La modalidad descriptiva de la investigación establece su carácter observacional con un desarrollo que procura no intervenir o manipular el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en condiciones naturales.

Una denominación de corte transversal, analiza los procesos del PSCV en un periodo de tiempo definido, un punto en el tiempo, por eso también se denomina “de corte”. Es como si diéramos un corte al tiempo y dijésemos que ocurre aquí y ahora mismo.

El estudio fue ejecutado dentro de un marco de características de un estudio exploratorio. Esto debido a que, actualmente no existen estudios de este tipo en el área de atención primaria de salud, lo que contribuye a un primer paso de obtención de información para describir, analizar, cuantificar y proponer mejoras en los procesos actuales, en base a una ideología de gestión de un sistema de cuidados farmacéuticos. Según Teijlingen and Hundley⁵³, un estudio exploratorio es una pequeña versión de una investigación mayor, es un estudio de menor escala que permite evidenciar cuestiones de orden metodológico, descubrir posibles problemas técnicos, éticos, logísticos, y además, mostrar la viabilidad y coherencia de los instrumentos y técnicas a utilizar antes de iniciar la recolección de información para la investigación. Según estos teóricos, el estudio exploratorio es importante en tanto advierte “dónde” pueden fallar las principales líneas de investigación, si los protocolos de investigación pueden continuar o si se proponen métodos, instrumentos y entrevistas apropiadas o demasiados complejos. Por lo tanto, la técnica exploratoria se ajusta a una búsqueda de posicionamiento de estrategias de mejoras continuas en base a una gestión de sistema.

4.3 PERIODO Y LUGAR DE DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se llevó a cabo por un periodo de seis meses (octubre 2015 – marzo 2016) en el centro de salud Dr. Miguel Cocha dependiente del departamento de salud municipal de Quillota, ubicado en la calle Maipú #902, ciudad de Quillota.

4.4 RACIONALIDAD EN LA SELECCIÓN DEL MÉTODO

Considerando la validación de instrumentos como un proceso continuo^{54, 55}, se utilizaron métodos mixtos, cualitativos y cuantitativos. El diseño de la investigación se enmarca en un estudio cuasi experimental, que tiene como objetivo llevar a cabo una observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos, por medio de mediciones a lo largo del tiempo establecido con apoyo de recursos de información registrada.

La elección de llevar a cabo el uso de metodologías cualitativa y cuantitativa se argumenta en el principio de complementariedad, donde aproximaciones de estudio cualitativas y cuantitativas logran un contraste de estructuras y perspectivas definidas para lograr implementar acciones combinadas de pluralismo metodológico.

Lograr establecer la relación cualitativo-cuantitativa como un proceso óptimo de obtención de información contribuye los cimientos para una transformación de los viejos paradigmas de investigación donde por medio de acciones de complementariedad por deficiencia, se logra conseguir una perspectiva amplia con respecto a una visión global de los procesos terapéuticos que rodean a los usuarios del programa de salud cardiovascular en el centro de salud Dr. Miguel Concha.

Es importante mencionar que al no existir una metodología específica desarrollada para evidenciar los procesos que rodean una terapia, se procedió a la implementación de métodos combinados asociados con ajustes específicos según corresponda, que permitieran una visión amplia de la información, logrado describir e identificar los procesos terapéuticos del centro de salud, que se llevan a cabo para lidiar con la inmensa complejidad que abarcan estos acontecimientos en un lugar determinado.

4.5 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Para llevar a cabo la investigación el proyecto de este trabajo fue aprobado por el comité de bioética de investigación de la Escuela de Química y Farmacia, perteneciente a la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso. Se adjunta documento de aprobación del Comité de bioética a la investigación. (Anexo N°1).

La aprobación del comité de bioética incluye la siguiente documentación.

4.5.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO N °2)

Para garantizar la confidencialidad, anonimato y protección de la información. Los datos obtenidos dan referencia específica a la evaluación de los procesos terapéuticos, sin embargo, se realizó uso de la ficha clínica de los pacientes, por lo que, se procedió a implementar un documento de consentimiento informado que será entregado al paciente para su aprobación por medio de su firma, además se indica que todos los datos entregados serán tratados en forma anónima al momento de ser presentados en forma oficial.

Según la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, la ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencia de cada paciente⁵⁶. Por lo tanto, el acceso a información del usuario es regulado por medio del consentimiento informado.

4.5.2 CONVENIO DE CONFIDENCIALIDAD (ANEXO N°3)

Documento que establece que los datos personales de los pacientes no serán utilizados en el estudio, sin embargo, es preciso mantener la trazabilidad de los datos sobre procedimientos practicados en el servicio. Por esta razón, el listado de los nombres de los pacientes y el código que les fue asignado serán entregados al director de este estudio, quien los almacenará en un disco duro externo que se mantendrá bajo llave. Cabe destacar que el director de este estudio arriesga acciones legales derivadas del acuerdo de confidencialidad firmado por él, si el listado de los pacientes cae en manos de cualquier persona ajena al grupo de investigación.

4.6 METODOLOGÍAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN

4.6.1 METODOLOGÍA CUALITATIVA

La investigación cualitativa llevada a cabo utiliza métodos y técnicas diversas como gama de estrategias que ayudarán a reunir los datos que van a emplearse para la inferencia y la interpretación, para la explicación y la predicción⁵⁷ de los procesos terapéuticos del PSCV en el Centro de Salud Dr. Miguel Concha.

El uso de una metodología cualitativa permite al investigador indagar sobre objetivos relacionados con los aspectos de salud y enfermedad, aspectos de planificación y gestión sanitaria, en correlación a las vivencias

de las personas aquejadas por una enfermedad o por determinados factores de riesgo, incluyendo las relaciones entre los profesionales sanitarios y los sujetos a los que atienden⁵⁸.

Según Miles y Huberman⁵⁹, consideran como características básicas de la investigación cualitativa las siguientes:

- Se realiza a través de un prolongado e intenso contacto con el campo o situación de vida. Estas situaciones son únicamente "banales" o normales, reflejo de la vida diaria de los individuos, grupos, sociedades y organizaciones.
- El papel del investigador es alcanzar una visión holística (sistémica, amplia, integrada) del contexto objeto de estudio: su lógica, sus ordenaciones, sus normas explícitas e implícitas.
- El investigador intenta capturar los datos sobre las percepciones de los actores desde dentro, a través de un proceso de profunda atención, de comprensión empática y de suspensión o ruptura de las preconcepciones sobre los tópicos objeto de discusión.
- Leyendo a través de estos materiales, el investigador puede aislar ciertos temas y expresiones que pueden realizarse con los informantes, pero que deberían mantenerse en su formato original a través del estudio.
- Una tarea fundamental es la de explicar las formas en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas.
- Son posibles muchas interpretaciones de estos materiales, pero algunas son más convincentes por razones teóricas o consistencia interna.
- Se utilizan relativamente pocos instrumentos estandarizados. El investigador es el principal instrumento de medida.
- La mayor parte de los análisis se realizan con palabras. Las palabras pueden unirse, subagruparse, cortarse en segmentos semióticos. Se pueden organizar para permitir al investigador contrastar, comparar, analizar y ofrecer modelos sobre ellas.

4.6.1.1 METODOLOGÍA CUALITATIVA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La investigación en el campo de la salud se ha basado mayoritariamente en estudios de tipo cuantitativo, con el objetivo de medir o cuantificar de forma objetiva hechos basados en una hipótesis concreta. No obstante y debido a la necesidad de dar respuesta a nuevas preguntas generadas en la práctica clínica, se ha producido la paulatina introducción de las técnicas cualitativas en el ámbito de las Ciencias de la Salud, precisamente para responder a determinadas cuestiones que las técnicas cuantitativas no responden adecuadamente⁶⁰.

La metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. La promoción de la utilización de las técnicas cualitativas en el ámbito de la salud en el mundo comenzó a desarrollarse recientemente, en la década del 90. Los países que constituyen punta de lanza en su aplicación son España y los de habla anglosajona⁶¹. Apenas hasta el momento se va extendiendo a los países periféricos, éste es el caso de los países latinoamericanos. Argentina, Brasil, y México parecen ser los países de la región con la infraestructura más consolidada en este sentido⁶².

Pero, ¿De qué manera contribuye la investigación cualitativa a los profesionales de la salud? Para quienes están más bien familiarizados con datos de tipo epidemiológico o clínico es necesario reconsiderar las categorías analíticas personales. La investigación cualitativa, en su sentido más íntimo y a riesgo de reduccionismo, reconoce datos no numéricos desde los que emergen ideas que, a la vez, permiten proponer nuevas hipótesis o preguntas de investigación⁶³.

La información recolectada nos permitió realizar un primer acercamiento a la problemática de salud existente, estableciendo lineamientos sobre los procesos existentes en las terapias de los usuarios pertenecientes al PSCV en el centro de salud Dr. Miguel Concha.

4.6.2 METODOLOGÍA CUANTITATIVA.

Una metodología cuantitativa tiene como propósito buscar explicación a un fenómeno específico estableciendo regularidades en los mismos, es decir, se busca establecer tendencias generales que explican el comportamiento social de un fenómeno determinado, donde el conocimiento a generar se fundamenta en un análisis de los hechos reales, de los cuales se debe hacer una descripción lo más neutra, objetiva y lo más completa posible.

En el estudio realizado no se llevó a cabo una metodología cuantitativa estructurada de recolección de datos y evaluación de procesos ya definidos, sin embargo, se expondrán los datos existentes del programa de

salud cardiovascular obtenidos desde el censo trimestral con la finalidad de correlacionar los resultados terapéuticos de los usuarios del PSCV con la descripción del proceso terapéutico propuesta.

La presentación de datos cualitativos de los usuarios del PSCV, permite evidenciar los resultados terapéuticos del PSCV obtenidos bajo la ejecución de los procesos descritos en el trabajo de investigación. Este tipo de información es de alta relevancia, debido a que, exponer datos reales establece un levantamiento de información que puede ser contrastada si se desea llevar a cabo estudios cuantitativos de indicador es propuestos y realizar modificaciones para una optimización de los procesos terapéuticos llevados a cabo en el PSCV del centro de salud Dr. Miguel concha.

4.7 CONTEXTO DEL NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La descripción de los procesos terapéuticos fue abordada a nivel de programa de salud cardiovascular, esto implica que los procesos definidos como códigos serán evaluados bajo la subjetividad y el nivel de detalles necesario para establecer una descripción necesaria para descripción de los subprocesos estructurales que conforman los distintos códigos asignados. La definición de los niveles de descripción en la investigación responde a la estructura funcional ejecutada en el centro de salud Dr. Miguel Concha.

La definición del nivel del estudio abordado, permite modelar las herramientas de información obtenidas donde por medio de análisis y técnicas de triangulación de información se logran definir criterios que permitan el modelamiento parámetros a investigar considerando que la representatividad de los datos permite la propuesta de indicadores e identificación de puntos críticos al nivel de los procesos descritos.

4.8 VALIDEZ DE LOS RESULTADOS

Dentro del marco de una investigación cualitativa, la triangulación de datos comprende la utilización de tres fuentes de información para estudiar un mismo fenómeno. Esta técnica se convierte en el recurso utilizado para evidenciar de la manera más objetiva bajo conceptos metodológicos la descripción de los procesos que conforman las terapias de los usuarios pertenecientes al PSCV.

La triangulación de datos se realiza, debido a que, al utilizar una exclusiva fuente de información los estudios son más vulnerables a sesgos y a fallas metodológicas inherentes a cada estrategia de extracción, por lo

tanto, esta técnica ofrece la ventaja de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos.

4.8.1 EL PROCESO DE LA INFORMACIÓN DESDE LA TRIANGULACIÓN HERMENÉUTICA

Se entiende por “Proceso de Triangulación Hermenéutica” la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación. Por ello, la triangulación de la información es un acto que se realiza una vez que ha concluido el trabajo de recopilación de la información.

El procedimiento práctico efectuado conlleva los siguientes pasos:

- Seleccionar la información obtenida en el trabajo de campo.
- Triangular la información entre todos los estamentos investigados.

4.8.1.1 SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La selección de la información es lo que permite distinguir lo que sirve de aquello que es desechable. El primer criterio guía para esta acción es el de pertinencia, que se expresa en la acción de sólo tomar en cuenta aquello que efectivamente se relaciona con la temática de la investigación, lo que permite, además, incorporar los elementos emergentes, tan propios de la investigación cualitativa. A continuación, hay que proceder a encontrar en las respuestas pertinentes, aquellos elementos que cumplen con el segundo criterio, que es el de relevancia, lo que se devela ya sea por su recurrencia o por su asertividad en relación con el tema que se pregunta. Estos hallazgos de información pertinente y relevante son los que permiten pasar a la fase siguiente⁶⁴.

4.8.1.2 TRIANGULACIÓN DE INFORMACIÓN ENTRE ESTAMENTOS

La triangulación interestamental es la que permite establecer relaciones de comparación entre los sujetos indagados en tanto actores situados, en función de los diversos tópicos interrogados, con lo que se enriquece el escenario intersubjetivo desde el que el investigador cualitativo construye los significados.

Para realizar esta acción, se pueden distinguir dos vías: una de carácter general, que consiste en establecer relaciones de comparación significativa desde las conclusiones de tercer nivel, es decir, triangular la opinión de los estamentos a las interrogantes centrales de la investigación, y una de carácter específico, que permite

profundizar con mayor énfasis, y que consiste en establecer estas relaciones de comparación significativa desde las conclusiones de segundo nivel, es decir, entre categorías, cuando ello sea posible (esto porque a veces no todas las categorías son aplicables a todos los estamentos).

Cuando se ha realizado esta integración de toda la información triangulada es posible sostener entonces que se cuenta con un corpus coherente, que refleja de modo orgánico aquello que denominamos “resultados de la investigación”.

4.9 MUESTREO Y RECLUTAMIENTO

4.9.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se consideró la siguiente población de estudio:

- Profesionales del centro de salud Dr. Miguel Concha.
- Funcionarios del centro de salud Dr. Miguel Concha.
- Usuarios que pertenecen al programa de salud cardiovascular del centro de salud Dr. Miguel Concha.

4.9.1.1 PROFESIONALES Y FUNCIONARIOS DEL CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA

Parte de la información del proceso terapéutico a describir se obtendrá de entrevistas y observación de los procesos que profesionales y funcionarios llevan a cabo en su trabajo.

Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|
| Profesionales y funcionarios que su labor sea parte del proceso terapéutico de usuarios del PSCV. | Profesionales y funcionarios que no accedan una entrevista. |
| Profesionales y funcionarios con contrato vigente en el centro de salud Dr. Miguel Concha. | Profesionales y funcionarios que su labor no sea parte del proceso terapéutico de usuarios del PSCV. |
| Profesionales y funcionarios que accedan a una entrevista. | Profesionales y funcionarios que tengan contrato en otro centro de salud del departamento municipal de salud. |

4.9.1.2 USUARIOS DEL PSCV

Parte de la información del proceso terapéutico a describir se obtuvo de un grupo de usuarios perteneciente al PSCV que participaran de este estudio, dichos usuarios serán aquellos que cumplan con los siguientes criterios de inclusión. Serán excluidos de este estudio los usuarios que se indican en los criterios de exclusión.

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--|---|
| Usuarios mayores de 18 años. | Usuarios que el consentimiento informado no se encuentre firmado por él o su representante. |
| Usuarios pertenecientes al programa de salud cardiovascular. | Usuarios con deterioro cognitivo. |
| Usuarios que firmen el consentimiento informado. | Usuarios analfabetos o con dificultad para comunicarse. |

4.9.1.3 UNIDADES DE OBSERVACIÓN DE CAMPO

Se llevan a cabo, observaciones de campo en todas las dependencias que comprenden procesos del PSCV.

Las unidades sometidas a observación de campo son las siguientes:

- Unidad de gestión global.
- Unidad de preparación de paciente.
- Unidad de consulta médica.
- Unidad de control de enfermera y nutricionista.
- Unidad de farmacia.
- Unidad de admisión administrativa.
- Unidad de informaciones.

4.9.2 RECLUTAMIENTO

4.9.2.1 DERIVACIÓN DE USUARIOS DIRECTA DESDE LA UNIDAD DE CONTROL CARDIOVASCULAR

Profesionales Médicos, nutricionistas y enfermeros de control crónico realizan una derivación de los usuarios que cumplen con los requisitos de ser usuario con retiro de medicamentos crónicos con las siguientes patologías: Diabetes mellitus II, dislipidemia e hipertensión. La derivación es al investigador que se encuentra en una sala asignada para realizar la entrevista.

4.9.2.2 DERIVACIÓN DE USUARIOS DESDE LA UNIDAD DE FARMACIA

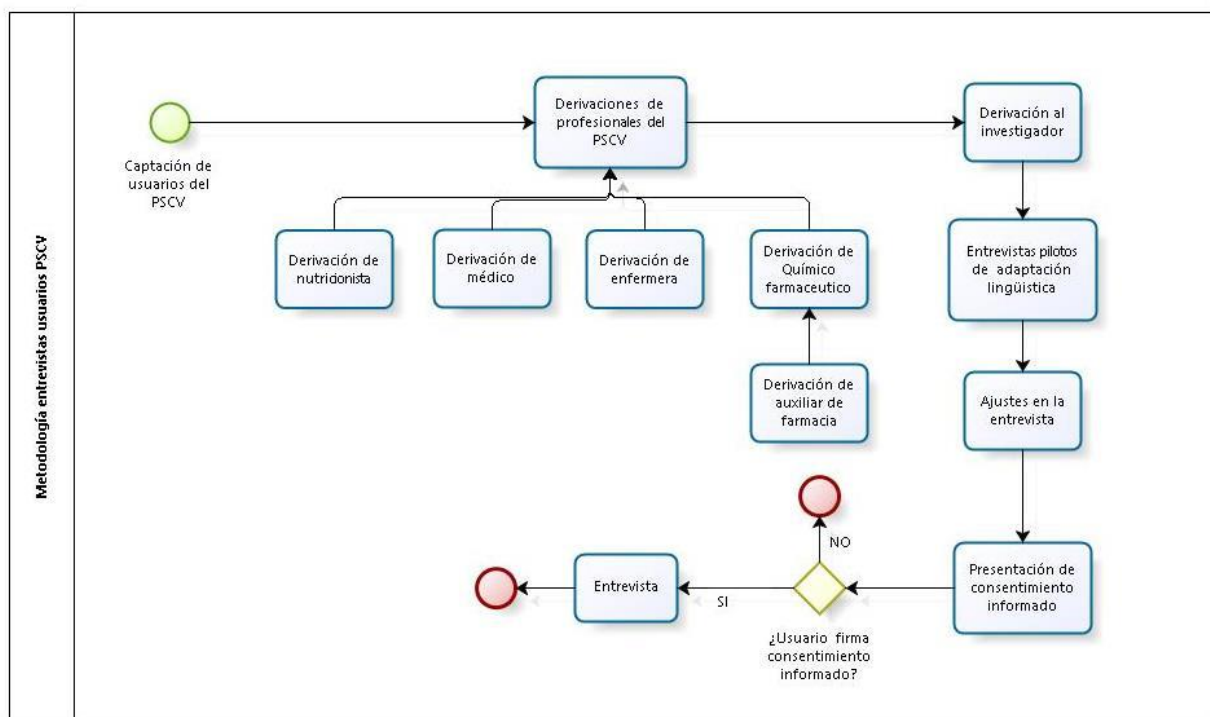
La derivación consiste en indicar a los usuarios si tienen la disponibilidad de participar en una entrevista con el alumno investigador químico farmacéutico, sobre la temática de su participación en el PSCV. Si el usuario accede se dirige a la oficina del Químico Farmacéutico o la sala de conferencia según corresponda, para llevar a cabo la entrevista, si el usuario se niega, se indica que no tiene ninguna inferencia en su estado de recibo de medicamentos ni controles de crónicos y se procede a anotar la estadística.

Una vez en la oficina del químico farmacéutico o en la sala de conferencia, se procede a revisar la ficha clínica del paciente en el programa informático rayen para verificar sus patologías y confirmar su participación en el PSCV, luego se indica la temática a abordar para dar paso a la lectura del consentimiento informado. Una vez que el usuario acepta el consentimiento informado por medio de la firma de este, se

indica que la entrevista se grabara en audio para su posterior análisis con la finalidad de dar paso a la entrevista de tópicos. La entrevista consta de nombrar los puntos a tratar estableciendo un relato de los procesos terapéuticos que implica el PSCV desde la perspectiva del usuario, estableciendo un lineamiento de la conversación dentro de los temas tratados en los tópicos propuestos como entrevista de tópicos.

Cuando la entrevista finaliza, se procede a indicar nuevamente los términos del consentimiento informado con el objetivo de despejar dudas sobre la utilización de la información otorgada, para dar paso al análisis de dicha entrevista

A continuación se presenta un flujograma con la metodología de entrevista al usuario del PSCV:



4.9.3 RECOLECCIÓN DE DATOS

Es muy común que en una investigación cualitativa se utilice más de un instrumento para recoger la información, siendo las entrevistas, de actividades sistemáticas de observación pacífica, grupos de discusión, historias de vida y análisis textual de carácter semiótico.

El estudio establece una metodología de recolección de información mixta de estrategias definidas, para obtener información necesaria para llevar a cabo una descripción de procesos en base a integración que represente el menor sesgo posible con respecto a la ejecución real de los procesos terapéuticos.

4.10 ENTREVISTAS

Parte de la obtención de información se lleva a cabo por el método de entrevistas. Las entrevistas son realizadas a funcionarios del centro de salud y usuarios pertenecientes al PSCV, para obtener poder ejecutar dichas entrevistas se utilizaron las siguientes estrategias:

4.10.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La técnica de la entrevista semiestructurada (con preguntas abiertas de un guion previamente preparado), es una estrategia útil que permite conocer comportamientos, experiencias, opiniones, creencias, sentimientos, conocimientos, sensaciones u otros aspectos de personas o instituciones. Su objetivo consiste en descubrir en detalle el esquema de significados del entrevistado, llegando más allá de la superficie del tema de discusión. Para ello, es importante asegurar la confidencialidad, no ser muy directo en las preguntas y asegurar el control por parte del entrevistador⁶⁵.

Características de una entrevista semiestructurada⁶⁶:

- Pretende comprender más que explicar.
- Busca maximizar el significado.
- Adopta el formato estímulo – respuesta sin esperar respuesta objetivamente verdadera, sino subjetivamente sincera.
- Obtiene con frecuencia respuestas emocionales, pasando por alto la racionalidad.

El entrevistador dispone de un “guion” o “tópico”, que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación.

Las entrevistas semiestructuradas aplicadas responden al modelo “Interview Schedule”, que consiste en una guía de temáticas que el entrevistador utiliza para estructurar la entrevista⁶⁷. Existen preguntas destinadas a ser aplicadas de forma exacta a su redacción, y preguntas pre codificadas de temas establecidos (Anexo N°4) para producir datos de modo cuantitativos – cualitativos que permitan un óptimo modelamiento de información para la descripción del proceso terapéutico – fármaco-terapéutico.

Para realizar una descripción completa del proceso terapéutico de los usuarios del PSCV, el modelo predefinido de la entrevista se basa en los siguientes Códigos los cuales fueron definidos por medio de observaciones de campos e información entregada por el personal del centro de salud basados en bibliografía sobre el programa de salud cardiovascular:

Código N°1: Derivación al programa de salud cardiovascular.

Código N°2: Inscripción en el centro de salud.

Código N°3: Consulta médica.

Código N°4: Inscripción al PSCV.

Código N°5: Farmacia.

Código N°6: Controles Cardiovasculares.

Código N°7: Exámenes.

4.10.2 ENTREVISTA PILOTO Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA:

Se realizaron 10 entrevistas pilotos para realizar una contextualización y adaptación lingüística de los tópicos a tratar, se evaluó la capacidad de comprensión de la información de los tópicos por parte del usuario, y se incluyó un nuevo tópico de desarrollo en base a la información obtenida.

Una vez realizado este paso, se lleva a cabo las entrevistas que son sometidas a análisis para la extracción de información.

4.10.3 SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE DATOS

A todos los usuarios se les aseguró la más absoluta confidencialidad de sus datos personales e información entregada, para lo cual se utilizó un sistema de cifrado que se basó en la siguiente información:

- Código del Centro de Salud: CS
- Nombre Miguel Concha: MC
- Número Correlativo del Paciente: N° XX

A modo de ejemplo el usuario Sr. Juan Pérez entrevistado N°11 cifrara de la siguiente forma: CS-MC-11 Patrón que no entrega datos personales al análisis.

4.11 OBSERVACIONES DE CAMPO

Se define la observación como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado"⁶⁸. Las observaciones facultan al observador a describir situaciones existentes usando los cinco sentidos, proporcionando una "fotografía escrita" de la situación en estudio⁶⁹, Por lo tanto, para llevar a cabo un proceso descriptivo denominado observaciones de campo, se dispondrá de una libreta de notas personal para registrar de forma manual y cronológicamente los acontecimientos asociados diariamente. El registro cuenta con anotaciones de fecha, hora, lugar, tipo de usuario, personas involucradas, documentos importantes, otros.

Las situaciones a observar para realizar un registro de información se enmarcan dentro del propósito de inicio del estudio. Las acciones consideradas se correlacionan con la pregunta de la investigación planteada, factor determinante en el enfoque y detención en las acciones a describir según este criterio.

Las observaciones de campo se anotaran de acuerdo a los siguientes criterios.

| Anotación | Descripción |
|----------------------------|--|
| Observación directa | Descripción de los que se ve, se escucha en el área de observación. |
| Interpretativa | Descripción del proceso interpretando desde el punto de vista de percepción sobre los hechos que ocurren. |
| Temática | Desarrollo de ideas, hipótesis, preguntas de investigación, conclusiones, descubrimientos de las observaciones anotadas. |

Las anotaciones de las observaciones de campo se realizan en las distintas unidades mencionadas, dichos espacios físicos del centro de salud, son las unidades donde se desarrollan los procesos terapéuticos que un usuario del PSCV debe participar.

4.12 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Considerando que el muestreo cualitativo no obedece a unas reglas fijas, ni especifica de antemano el número de unidades a seleccionar, Acepta en principio, que este número puede ser alterado a lo largo de la investigación de manera que:

- Puedan seleccionarse unidades de muestreo no previstas inicialmente para mejorar la calidad y riqueza de la información.
- Pueda interrumpirse la selección de más unidades cuando se entienda que se ha llegado a un punto de saturación por la cantidad de información recogida. Esta Saturación teórica se alcanza cuando el

investigador, entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa.

Pero ¿qué significa saturación? ¿Cuáles son sus fundamentos y sus principios? En el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse⁷⁰.

Por lo tanto, la cantidad de entrevistas en análisis responden al punto de saturación en los tópicos desarrollados, donde la información recolectada alcanza una serie de códigos que se repiten entre entrevistas, indicando un detenimiento en la cantidad de entrevistas sometidas al análisis.

4.12.1 ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

Para el análisis de las entrevistas realizadas, se utilizó un análisis cualitativo informático en el software MAXQDA 2007, El análisis requiere una transcripción de los audios obtenidos en las distintas entrevistas, para luego dar una asignación de tópicos en la información extraída, con la finalidad de lograr una estructuración de la información obtenida de distintos usuarios, facilitando el análisis basado en la integración de información del mismo proceso desde la perspectiva de distintos participantes.

4.12.2 ESTRUCTURACIÓN DE LA DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

La información obtenida, seleccionada y asignada en las entrevistas, se analiza bajo un concepto de cruce de variables con la información obtenida desde la perspectiva de los profesionales, usuarios y las observaciones de campo.

El análisis de información genera un relato descriptivo basado en la triangulación de datos de los principales capítulos asignados en un proceso terapéutico en usuarios del PSCV.

La propuesta descriptiva de los capítulos abordados, se propone contextualizada en un flujograma realizado con el software BIZAGUI MODELER versión 3.0.0.015, para establecer una simplificación de los procesos descritos en base a aplicaciones técnicas de detección de puntos críticos identificados que nos permiten realizar la proposición de indicadores de desempeño del centro de salud.

RESULTADOS

5.1 SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS USUARIOS DEL PSCV

Con la finalidad de establecer parámetros cuantitativos sobre los procesos descritos del PSCV, se presentara un análisis de las estadísticas existentes en el centro de salud correspondiente a los usuarios del programa de salud cardiovascular.

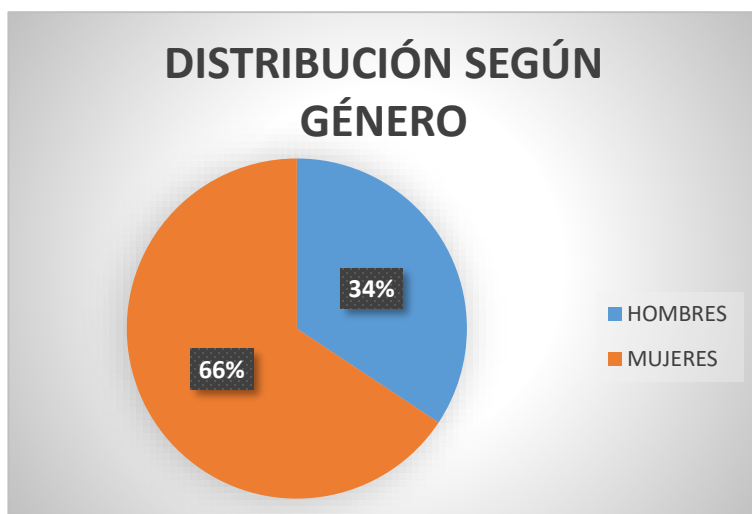
La importancia de la presentación de estos datos radica en que la información cuantitativa correspondiente a la condición clínica de los usuarios representa los resultados en la ejecución de todos los procesos terapéuticos del PSCV, estableciendo parámetros correlativos iniciales para evaluar desde un enfoque sistémico el rendimiento de la ejecución del programa de salud cardiovascular según la descripción de sus procesos terapéuticos.

Según las cifras obtenidas del censo trimestral contemplado desde diciembre (2015) hasta marzo (2016) el PSCV en el centro de salud Dr. Miguel Concha tiene 10.138 usuarios inscritos, los cuales hacen uso de las prestaciones que el centro de salud a través del PSCV dispone para ellos.

A continuación se presentan los principales datos del PSCV que estructuran la condición local de los usuarios en el centro de salud.

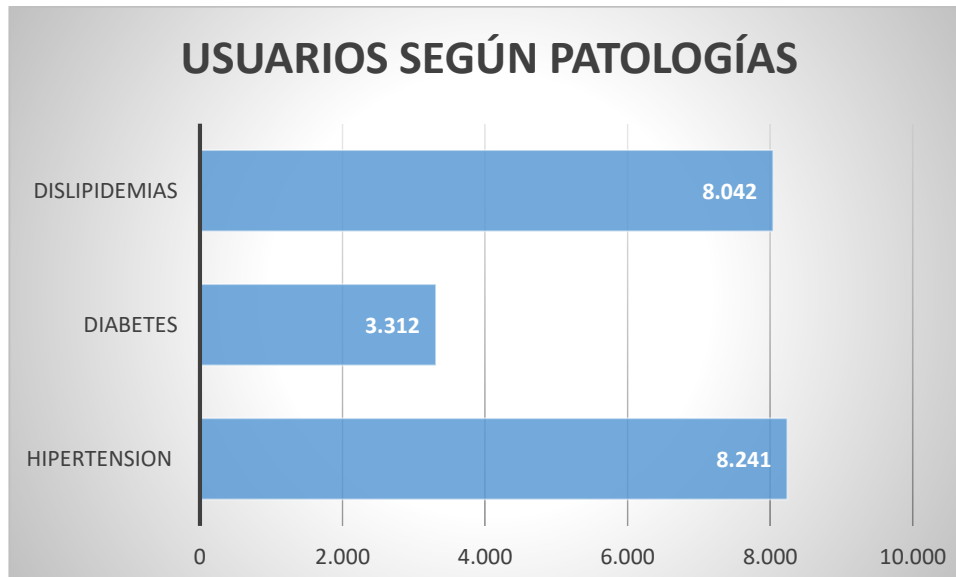
Los datos serán presentados de acuerdo a caracterizaciones de la población total, con la finalidad establecer correlaciones entre puntos críticos de ejecución presentados en la descripción cualitativa de los procesos terapéuticos y las cifras cuantitativas entregadas por el censo trimestral del PSCV.

- La población total de usuarios presenta la siguiente distribución entre hombres y mujeres:



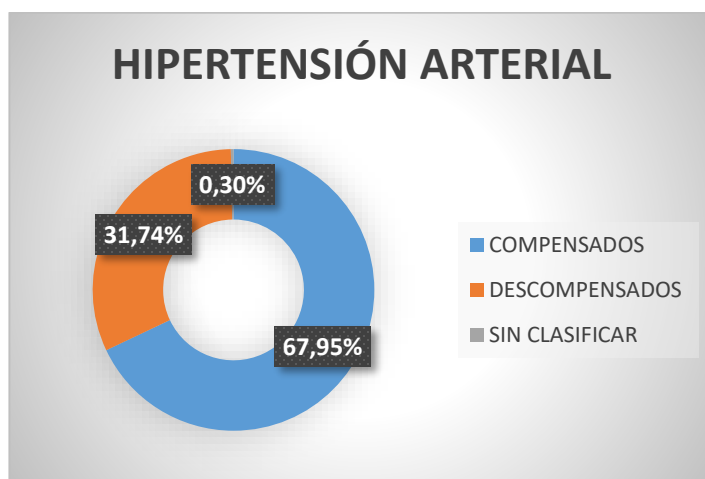
| | |
|---------|--------|
| HOMBRES | 3.479 |
| MUJERES | 6.659 |
| TOTAL | 10.138 |

- Distribución de usuarios según patología crónica diagnosticada.



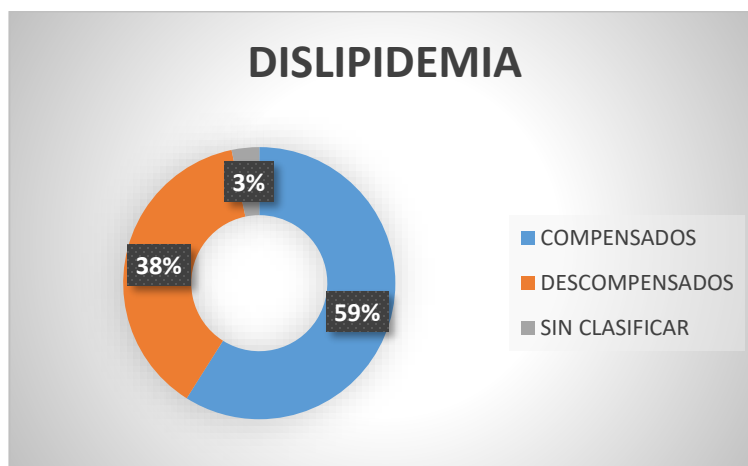
| | | |
|---------------|-------|-----|
| HIPERTENSION | 8.241 | 81% |
| DIABETES | 3.312 | 33% |
| DISLIPIDEMIAS | 8.042 | 79% |

- Hipertensión Arterial: Estado clínico de los usuarios hipertensos del PSCV.



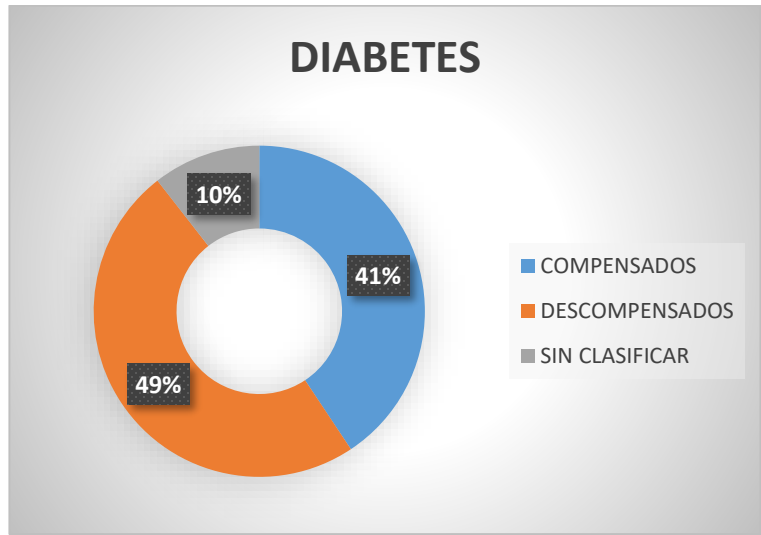
| | | |
|----------------|------|--------|
| COMPENSADOS | 5600 | 67,95% |
| DESCOMPENSADOS | 2616 | 31,74% |
| SIN CLASIFICAR | 25 | 0,30% |

- Dislipidemia: Estado clínico de los usuarios con dislipidemia del PSCV.



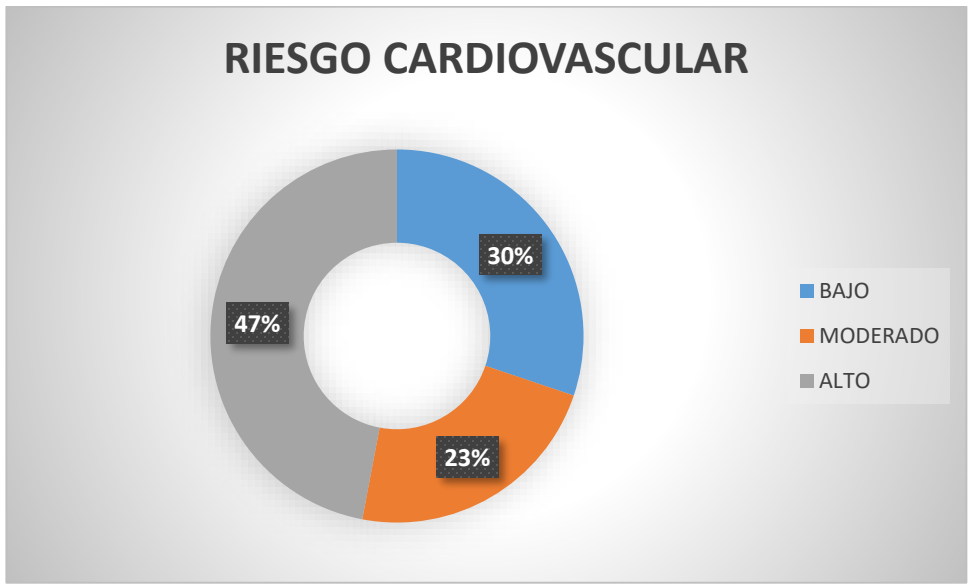
| | | |
|----------------|------|-----|
| COMPENSADOS | 4741 | 59% |
| DESCOMPENSADOS | 3038 | 38% |
| SIN CLASIFICAR | 263 | 3% |

- Diabetes: Estado clínico de los usuarios diabéticos del PSCV.



| | | |
|----------------|-------|-----|
| COMPENSADOS | 1.347 | 41% |
| DESCOMPENSADOS | 1.616 | 49% |
| SIN CLASIFICAR | 349 | 10% |

- Clasificación de riesgo cardiovascular:



| | | |
|----------|------|-----|
| BAJO | 3059 | 30% |
| MODERADO | 2312 | 23% |
| ALTO | 4767 | 47% |

5.2 DESCRIPCIÓN CUALITATIVA

5.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE USUARIOS ENTREVISTADOS

Es importante recalcar que este trabajo de investigación no busca categorizar y segmentar a los usuarios entrevistados en grupos, ya sea en clasificación socio-económica, demográfica o rango educacional entre otras. Sin embargo, se realiza una estimación de los perfiles básicos de los usuarios entrevistados en base a preguntas de edad, nivel de educación, tiempo en el PSCV, entre otras. Con el objetivo de otorgar al lector información que permita estimar las características de los usuarios que entregan su punto de vista en la descripción de los procesos en análisis. Esta caracterización se expone bajo el concepto de contextualización de las respuestas obtenidas, opiniones y puntos de vistas expuestos de una de las fuentes de extracción de información del proceso de triangulación de datos.

Dicha información de caracterización obtenida es la siguiente:

- Los participantes de las entrevistas presentan edades que fluctúan desde los 18 a los 88 años.
- Aproximadamente tres cuartos de los entrevistados son de género femenino.
- El nivel de educación de la mayoría de los usuarios es enseñanza básica incompleta, sin embargo, oscila entre usuarios analfabetos y técnicos de nivel superior. Uno de los usuarios entrevistados presenta estudios universitarios.
- Las ocupaciones varían desde dueñas de casa, trabajadores independientes, soldadores, mineros, cesantes, jubilados, entre otros.
- El tiempo de participación en el PSCV varía de forma homogénea con usuarios que ostentan una de entrada reciente, hasta usuarios con más de 10 años participación.

- Aproximadamente tres cuartos de los entrevistados entrega referencias sobre entender el concepto de programa de salud cardiovascular. Sin embargo al indagar sobre la temática, las referencias entregadas corresponden en su mayoría al concepto en su aspecto clínico siendo nulas las referencias hacia el programa de salud.
- Más de la mitad de los usuarios entrevistados no tienen conocimiento de su farmacoterapia actual. Existen múltiples apreciaciones positivas o negativas sobre los medicamentos utilizados en las terapias asignadas, entre ellas, existe una tendencia a manifestar que los medicamentos entregados por el centro de salud tienen una baja calidad con respecto a los medicamentos que pudiesen adquirir en la farmacia privada.
- Aproximadamente tres cuartos de los entrevistados tiene conocimientos sobre la patología cardiovascular que presenta. Los usuarios entrevistados muestran escasas de información acerca de qué es la enfermedad, su progresión, cómo se produce y los síntomas o signos que ella manifiesta.

5.2.2 CARACTERIZACIÓN DEL INVESTIGADOR DE LOS ASPECTOS PERCIBIDOS EN EL SISTEMA DE SALUD.

5.2.2.1 Falta de información

Se percibe un desconocimiento general del funcionamiento del centro de salud por parte de los usuarios, dificultades técnicas sobre la utilización de herramientas tecnológicas (por ejemplo: solicitud de hora médica vía telefonía), falta de información sobre las prestaciones que el centro de salud otorga, un alto desconocimiento de la posición de centro de atención de salud primario de salud, donde se tiende a relacionar el centro de salud de forma directa con el hospital, y una vaga e insuficiente información sobre las patologías crónicas donde solo se refieren a consejos sobre algunos cuidados, alimentos que deben evitar, horario de ingesta de los medicamentos.

5.2.2.2 ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO

La forma de expresar la información sobre su patología, indica que la información no fue entregada de forma clara, siendo la asimilación del usuario un proceso negativo de miedo ante las consecuencias, la atemorización o intimidación por parte de los profesionales de la salud (Médicos, enfermeras, nutricionista,

Técnicos en enfermería, paramédicos) al entregar un diagnóstico o evaluar exámenes, trae consecuencias de desmotivación en la adherencia de los usuarios, influyendo en los cuidados que el paciente otorga a su enfermedad. Esta característica fue inferida en el proceso de entrevistas sobre más de la mitad de los usuarios participantes.

5.2.2.3 DIFICULTAD EN EL ENTENDIMIENTO

Se percibe una baja comprensión de la información entregada, esta perspectiva es de carácter subjetivo que depende de una serie de factores, sin embargo, en el centro de salud no existe una instancia donde sea posible corroborar si la información que se entregó fue incorporada o aprovechada de buena manera.

5.3 DESCRIPCIÓN DE PROCESOS POR ASIGNACIÓN DE CÓDIGOS

5.3.1 CÓDIGO N°1: DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Según lo indicado por los profesionales del centro de salud, para el efectuar un ingreso al programa de salud cardiovascular en primera instancia se debe gestionar la vía formal de inscripción al centro de salud Dr. Miguel Concha, ya que, este requisito es limitante para que un usuario acceda al programa y las prestaciones que este entrega.

Es importante mencionar que la extracción de datos desde la perspectiva de los usuarios no aporta información relevante al proceso de derivación de usuarios al PSCV, debido a que, de acuerdo a su condición de pacientes no tienen por qué saber los casos específicos de derivación al PSCV.

Las situaciones referidas por los funcionarios y profesionales como posibles derivaciones para un ingreso al PSCV son las siguientes:

5.3.1.1 CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN URGENCIA (SAPU)

El centro de salud Dr. Miguel Concha ofrece entre sus prestaciones las consultas de atención primaria de urgencias, servicio activo los días lunes – viernes desde las 17.00 – 00.00 horas y los días sábado – domingo de 08:00 – 00.00 horas. Dicha prestación consta de atención médica primaria de urgencia al público. Cuando existen situaciones consideradas por el médico a cargo del turno como un potencial paciente calificado para el ingreso en el programa de salud cardiovascular, luego de concretar su atención de urgencia y una evaluación superficial del perfil del usuario con respecto a los requisitos de inscripción, el profesional

médico procede a realizar una derivación que consiste, en primera instancia, en la inscripción en el centro de salud si es que fuese necesario, para realizar una posterior atención médica por cuadro agudo denominada atención por morbilidad, donde el médico asignado realiza los procedimientos necesarios para determinar la condición clínica del paciente estableciendo el ingreso al PSCV si el caso correspondiese.

Existe una cantidad importante de usuarios que detectan su patología debido a derivaciones por parte del profesional de atención en SAPU. El proceso de derivación médica referido consiste en mandar al paciente a tomar hora para atención por morbilidad con la finalidad de realizar una pesquisa y el posterior análisis del estado clínico del paciente, derivando al PSCV si corresponde.

Algunos de los usuarios entrevistados, refieren la consulta SAPU como la prestación médica responsable de los ingresos al PSCV, siendo en algunos casos referidos como una acción complementaria de trabajo del centro salud en la detección de sus patologías crónicas.

“Me sentí mal, Vine primero, acá al SAPU. Después me hicieron sacar hora para verme, para estudiar esto”, “Entonces, ¿SAPU la derivó... con la hora y ahí le descubrieron?” “Claro, ahí ya... el doctor me pasó a cardiovascular, Al programa crónicos”.

Entrevista: CS-MC-26

5.3.1.2 CONSULTA MÉDICO PARTICULAR

Un usuario puede ser derivado desde un médico particular para un ingreso directo al PSCV, para llevar a cabo dicho procedimiento el usuario debe traer documentación que avale su condición clínica (Exámenes médicos) y un documento de derivación emitido por parte del profesional médico correspondiente. El ingreso directo al PSCV es evaluado por el jefe de personal el cual determinará la mantención de la farmacoterapia del paciente derivado para luego establecer las fechas de control que llevan a ajustes de terapia o mantención según corresponda con un médico de atención de morbilidad del centro de salud.

Para hacer efectivo el ingreso al PSCV el usuario debe estar inscrito en el centro de salud y atenderse en primera instancia en consulta médica por morbilidad, donde el medico al revisar y/o realizar los exámenes correspondientes determinara el ingreso y la farmacoterapia asociada a la condición clínica del usuario.

5.3.1.3 EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO (EMPA)

Corresponde a una evaluación periódica o de rutina realizada a los adultos en campañas de prevención realizadas en terreno por parte del centro de salud de carácter voluntario y gratuito que forma parte de las prestaciones del GES. El examen permite detectar oportunamente enfermedades de alta prevalencia en el país, entre ellas las enfermedades que se adscriben al PSCV con la finalidad de realizar la derivación a control con médico por consulta aguda o morbilidad y llevar a cabo el ingreso al PSCV.

Es importante mencionar que la estructuración organizacional del departamento de salud Quillota establece que las acciones preventivas se ejecutan en otro centro de salud, por lo que, los exámenes preventivos (EMPA y EMPAM) solo son realizados por petición del usuario o derivación profesional. Por lo tanto, la derivación de usuarios al PSCV por detección en exámenes de medicina preventiva depende exclusivamente de las actividades realizadas por el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez.

Sin embargo, existen usuarios que describen el examen EMPA o EMPAM, como una prestación del consultorio de alta utilidad, siendo el responsable de la detección de su enfermedad crónica

“Mire, yo un día cuando esto no estaba así todavía, estaba acá en el consultorio, pero era unas piezas chicas donde atendían. Y un día una enfermera me dijo: Señora, le voy a hacer un EMPA y me pinchó el dedo y ahí me mandaron a hacerme otros exámenes y supe que tenía la cuestión del colesterol, y me dijeron que era hipertensa.”

Entrevista: CS-MC-18

5.3.1.4 EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR (EMPAM)

Examen de medicina preventiva del adulto mayor, corresponde a una evaluación periódica realizada a los adultos mayores en campañas de prevención realizadas en terreno por parte del centro de salud de carácter, casas de acogida y asilo de ancianos de forma voluntaria y gratuita que forma parte de las prestaciones del GES. El examen permite detectar oportunamente enfermedades de alta prevalencia en el país, entre ellas las enfermedades que se adscriben al PSCV con la finalidad de realizar la derivación a control con médico por morbilidad y llevar a cabo el ingreso al PSCV.

“Llegue al PSCV, porque me vine a hacer ese examen de improviso que a uno le hacen” un EMPAM, “ahí salió el resultado que tenía diabetes”

Entrevista CS-MC-17

5.3.1.5 DERIVACIÓN DEL HOSPITAL

Un usuario puede ser derivado desde el hospital para el ingreso al PSCV, la derivación puede o no adjuntar exámenes e informe de derivación de ingreso directo, en caso de no adjuntar los documentos necesarios el usuario debe ser evaluado por un médico del centro de salud para determinar su ingreso al PSCV.

Cerca de la mitad de los usuarios entrevistados, refiere que la derivación al PSCV se realizó desde el Hospital San Martín de Quillota.

“¿Cómo llego al Programa de salud cardiovascular? Me empecé a sentir mal todos los días, deje pasar un tiempo y cuando ya me empezaron a dar unas cosas que me empecé a caer al suelo, vine al médico. Porque yo antes nunca venía a médico. Fui al hospital primero, a emergencia y de ahí me inscribí y me encontraron que tenía la presión mala, después al tiempo que tenía el colesterol alto. Y me mandaron para acá.”

Entrevista: CS-MC-22

5.3.1.6 TRASLADO DESDE OTRO CENTRO DE SALUD

La normativa vigente que determina los procedimientos y actividades necesarias para la inscripción de los beneficiarios en los establecimientos de atención de salud a nivel primario es la ley n° 19.378, donde se indican los requisitos necesarios para realizar un cambio de inscripción y posterior ingreso al PSCV del centro de salud.

Los usuarios entrevistados refieren el traslado como un procedimiento fácil de realizar, sin problemas evidentes. Sin embargo, desde el punto de vista del funcionario del centro de salud se expone que los traslados de usuarios desde centros de salud que no trabajan con el sistema informático rayen, son procedimientos complejos, principalmente, debido a que se debe trasladar la ficha clínica del paciente en formato de papel, no existiendo una estrategia formal de ejecución de traslado de los documentos. Dicho proceso, en la mayoría de los casos, es ejecutado por la misma persona solicitante.

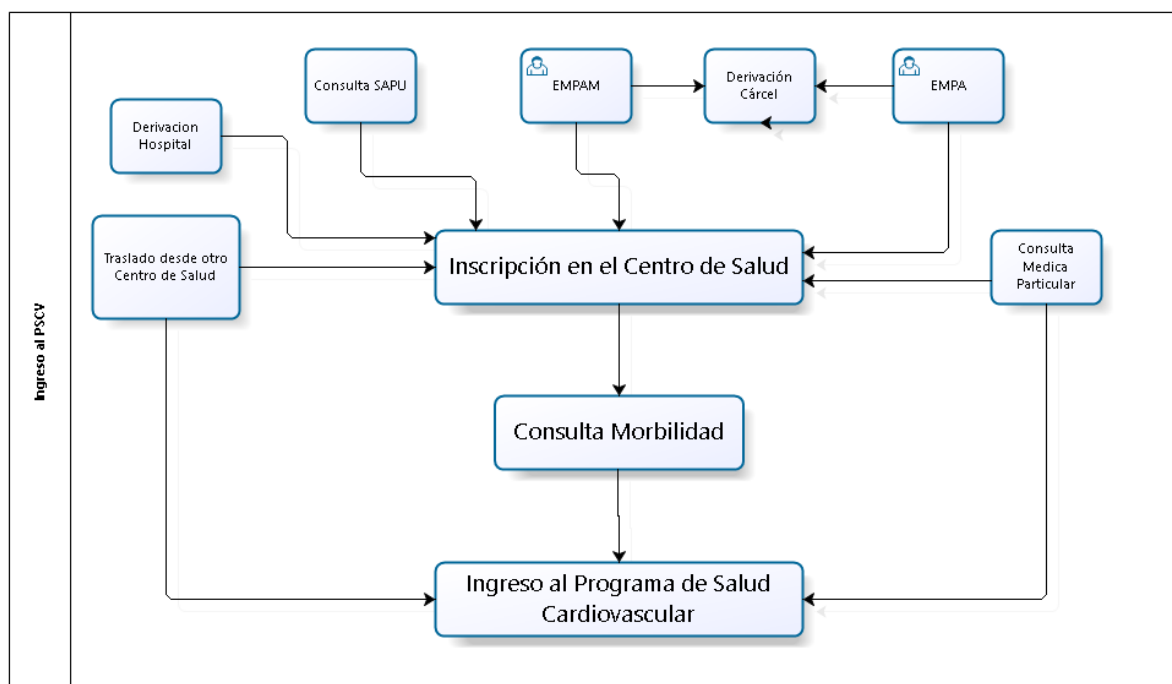
En caso de las personas que se trasladan con su ficha clínica electrónica, la información se encuentra disponible en las bases de datos online del software RAYEN, condición que facilita a los profesionales las evaluaciones del proceso terapéutico, tanto en su etapa inicial como en los controles correspondientes.

5.3.1.7 DERIVACIÓN DESDE LA CÁRCEL

Existe un convenio de trabajo entre el centro de salud Dr. Miguel Concha y la Cárcel de Quillota, donde el personal de enfermería de la cárcel reúne los requisitos necesarios para la inscripción de los reos en el consultorio, y ser beneficiarios de la aplicación del PSCV, Estableciendo un programa de visitas del personal de salud del consultorio de forma programada para cumplir con las prestaciones del PSCV.

5.3.1.8 ESQUEMA DE DERIVACIÓN

En base a los múltiples vectores de derivación existentes, se propone un esquema que gráfica las posibles entradas al PSCV en el centro de salud:



5.3.2 CÓDIGO N°2: INSCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA

Es de carácter obligatorio que todo usuario deba estar correctamente inscrito en el centro de salud para acceder al programa de salud cardiovascular y los servicios que este ofrece. Los requerimientos para una llevar a cabo la inscripción son los siguientes:

5.3.2.1 ACREDITACIÓN DE DOMICILIO A INSCRIBIR

De acuerdo a lo exigido por el centro de salud, el usuario debe presentar un documento que acredite su domicilio o su lugar de trabajo con la finalidad de verificar su domicilio. Dicho documento puede ser un certificado de residencia, cuenta de luz, agua o servicios de cable que indique el nombre del usuario a inscribir, si el usuario no tiene acceso a los documentos mencionados también son aceptados certificados emitidos por la junta de vecino a la cual pertenece o un certificado notarial que cuente con la declaración de dos testigos.

En general, el proceso de acreditación de domicilio no presenta problemáticas en la inscripción de un usuario al centro de salud. Además, se debe considerar que un alto porcentaje de usuarios fueron inscritos en los antiguos centros de salud, siendo otros los requisitos exigidos bajo condiciones administrativas distintas.

5.3.2.2 FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)

Para inscribirse en el centro de salud Dr. Miguel Concha el usuario debe presentar como previsión médica el fondo nacional de salud (FONASA) con sus antecedentes actualizados y su situación al día. Este requisito es fundamental, debido a que el centro de salud recibe gran parte de sus recursos a través de programas de salud directamente desde el ministerio.

“¿tuvo algún problema con el asunto de FONASA o acreditación de domicilio? No, nunca me han puesto problema acá con los papeles”

Entrevista CS-MC-22

5.3.2.3 CÉDULA DE IDENTIDAD

Es de carácter obligatorio presentar la cédula nacional de identidad al momento de inscribirse en el centro de salud. En caso de ser menor de edad el usuario debe ser inscrito por el padre o la madre junto a la cédula de identidad del menor, más un certificado de residencia del padre o la madre.

5.3.2.4 DIPRECA

Los usuarios con previsión de salud DIPRECA pueden acceder a los servicios otorgados por el PSCV, sin embargo, existe una restricción de los servicios fármaco-terapéuticos que dispone el centro de salud, según lo indicado en el convenio de prestaciones médicas de la dirección de previsión de carabineros de Chile y la Ilustre municipalidad de Quillota. Dicho documento define que los usuarios a nivel de atención primaria pueden acceder a prestaciones médicas establecidas en dicho convenio no incluyendo dentro de estas el despacho de medicamentos por parte de la farmacia del centro de salud Dr. Miguel Concha.

5.3.2.5 INSCRIPCIÓN PRESENCIAL

El usuario para llevar a cabo la inscripción en el centro de salud debe concurrir personalmente a la oficina de admisión del centro de salud. En caso de requerir una inscripción por otra persona, además de cumplir con los requisitos generales se solicita los siguientes documentos:

- Poder simple de autorización de inscripción.
- Fotocopia de cedula de identidad
- Cedula de identidad de la persona que inscribe

5.3.2.6 PERTURBACIONES DEL PROCESO

Acreditación de datos actualizados y situación al día: Para realizar la inscripción del usuario al centro de salud debe presentar situación de datos actualizada en FONASA. Existen múltiples casos donde la acreditación de una persona en FONASA no se encuentra al día, debido a los siguientes problemas:

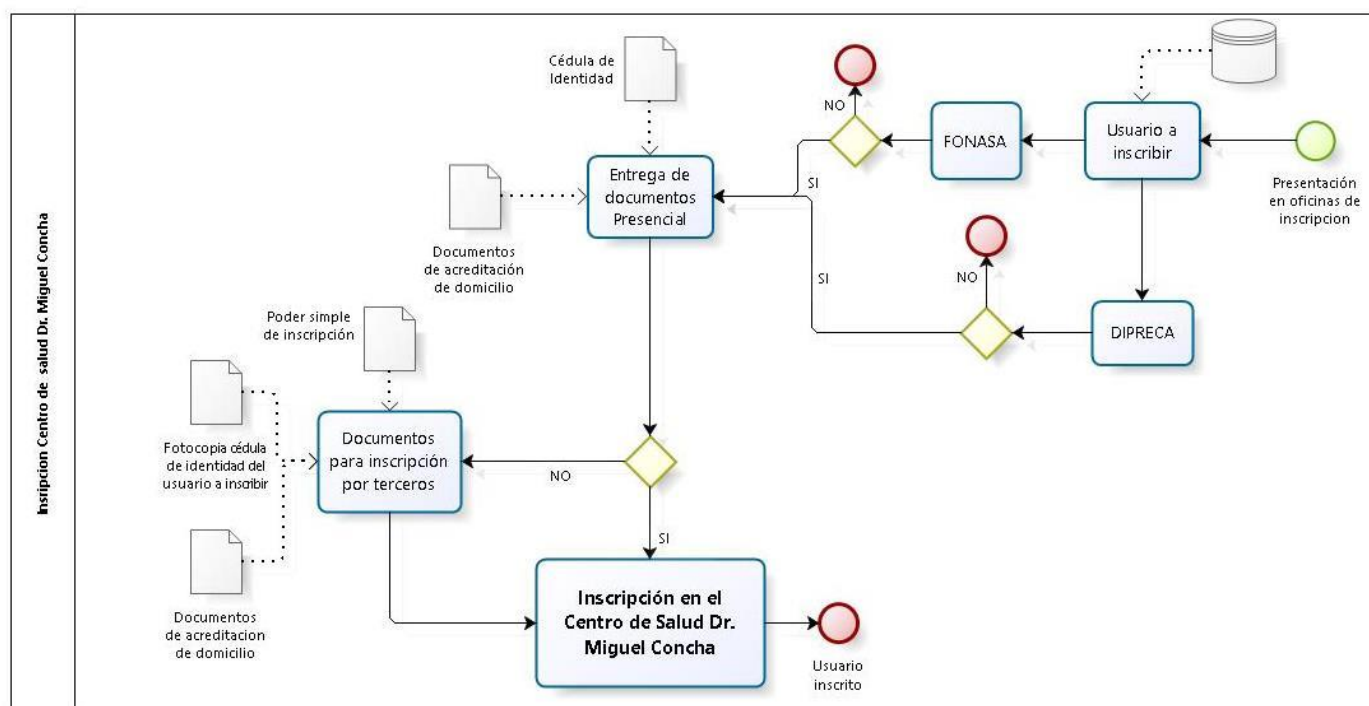
- Sin previsión: Usuarios que no acreditan inscripción en FONASA.
- Inscripción tardía de niños en el sistema FONASA.
- Usuarios con cotizaciones no pagadas por parte de sus empleadores.
- Cambio de ISAPRE a FONASA: Debido a la falta de sistemas informáticos de comunicación entre los sistemas de previsión de salud, el trámite de cambio formal puede demorar más de lo indicado y puede retrasar la inscripción al centro de salud.

5.3.2.7 INDICADORES PROPUESTOS

Se propone evaluar de forma cuantitativa la cantidad de usuarios con problemas de inscripción debido a problemas de acreditación de FONASA.

El indicador propuesto se plantea como una medida de establecer la incidencia del problema, para establecer protocolos operativos estándar de las acciones a seguir en el caso de una perturbación de este tipo.

5.3.2.8 FLUJOGRAMA PROPUESTO:



5.3.3 CÓDIGO N°3: CONSULTA MÉDICA

5.3.3.1 CONSULTA MÉDICA POR MORBILIDAD PARA INGRESO AL PSCV

Los profesionales de salud se refieren a la consulta médica como la interacción entre paciente y médico en un tiempo y lugar determinado, donde el médico evalúa al paciente según sus características propias para ejecutar un diagnóstico en base a la integración de datos y características clínicas del paciente.

Las consultas de caso agudo o morbilidad son servicio de acceso exclusivo de usuarios inscritos en el centro de salud los cuales son agendados según planificación de agenda y disponibilidad de horas existentes, en donde el médico realiza una evaluación sobre un estado clínico agudo ejecutando una terapia como tratamiento y/o realizando las derivaciones correspondientes. En el caso de pacientes derivados desde los servicios de atención primaria de urgencia, actividades de fomento de salud (EMPA – EPAM), etc. con sospecha de enfermedades crónicas, el médico debe evaluar los procesos clínicos, exámenes y condición del paciente con la finalidad de confirmar el diagnóstico para realizar una derivación correspondiente para el ingreso al programa de salud cardiovascular.

La derivación hacia el programa de salud cardiovascular ostenta un pequeño sesgo basado en los criterios médicos utilizados por el médico de turno, sin embargo, todas las derivaciones para inscripción en el PSCV son procesos de evidencia médica basada en exámenes y condición clínica de los pacientes determinando aceptación total de los pacientes derivados al programa.

Luego de hacer la derivación de ingreso al PSCV, el médico general a cargo de la consulta por morbilidad, realiza un diagnóstico y prescripción de medicamentos si es necesario, para iniciar u mantener el tratamiento con duración de un mes, el cual es despachado en farmacia exclusivamente con el requisito de hora de ingreso agendada.

Los requisitos clínicos de ingreso al PSCV, son:

- Diabetes mellitus tipo 2, confirmada o en estado de resistencia a la insulina.
- Hipertensión arterial.
- Dislipidemia.

Los parámetros clínicos utilizados para la confirmación de los diagnósticos son los establecidos en las guías de enfermedades clínicas actuales que provee el ministerio de salud.

El usuario describe la consulta médica como un procedimiento rápido de atención, que consta de revisión de exámenes, el proceso de anamnesis con poca información entregada, asignación de farmacoterapia y las derivaciones correspondientes a los profesionales nutricionista y enfermera.

Existe una alta percepción en una falta de personalización de las farmacoterapias asignadas, lo que genera una percepción de desconfianza ante el profesional por parte del usuario.

“¿Usted considera que el médico le entregó la información necesaria de su enfermedad? Considero que el médico me vio y pasó. El dato que uno le da a ellos se guían no más, no se refieren nunca que le vayan a hacer un examen físico, sino que lo miran y el dato que le dio usted no más.”

Entrevista CS-MC-24

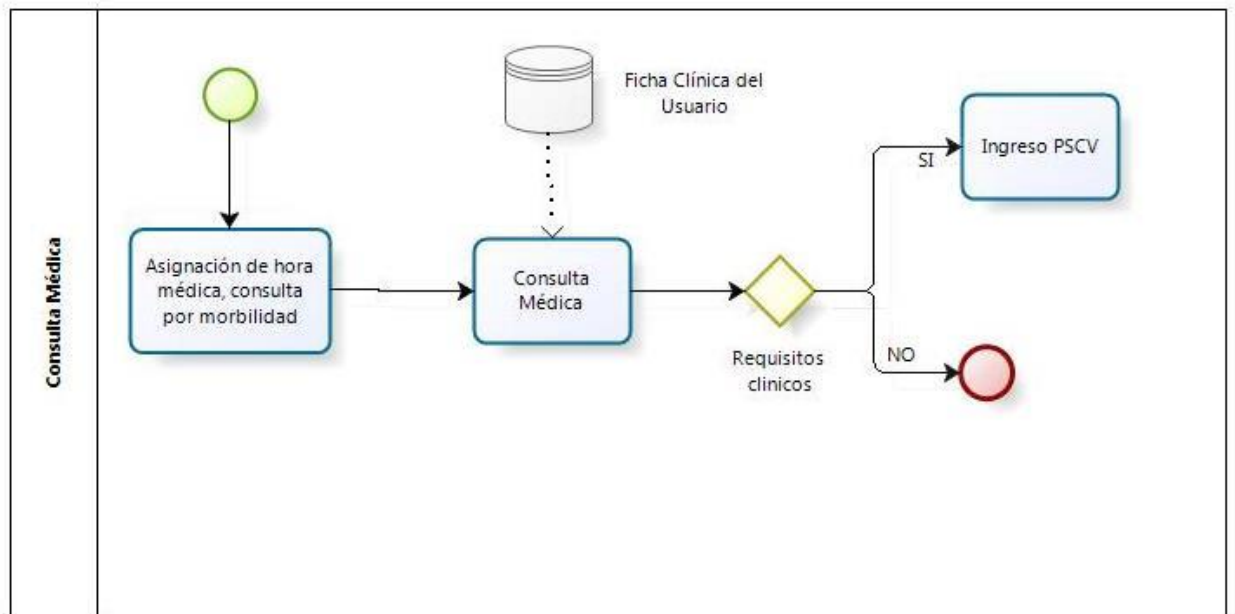
5.3.3.2 INDICADORES PROPUESTOS:

Se propone como indicador estudios cuantitativos sobre la evaluación del conocimiento sobre la patología de los usuarios y el impacto clínico que este conlleva.

Establecer indicadores sobre niveles de conocimiento de los usuarios, podría entregar la información necesaria para implementar estrategias de instancias informativas para los usuarios, situación que podría determinar un mayor grado de toma de conciencia de las enfermedades crónicas y un impacto positivo asociado a la mejoría de adherencia a tratamientos convergiendo en un aumento de usuarios compensados y una optimización de las prestaciones y recursos que el centro de salud maneja.

Otra forma de control bajo este indicador son las instancias de talleres de trabajo con pacientes, con actividades de charlas sobre temáticas referentes a su terapias, estableciendo un feedback de información que evidencie la situación de los usuarios para guiar las actividades de mejoras sobre este tópico.

5.3.3.3 FLUJOGRAMA PROPUESTO



5.3.4 CÓDIGO N°4: INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Luego de la derivación desde la consulta de médica por caso agudo o morbilidad, el usuario debe seguir los siguientes pasos para realizar la inscripción en el programa de salud cardiovascular:

5.3.4.1 ASIGNACIÓN DE HORA MÉDICA EN CONSULTA CRÓNICA

Con la finalidad de asignar una fecha disponible para consulta médica crónica, el usuario debe dirigirse hacia el sector de admisión en el centro de salud, donde se procederá a agendar la cita correspondiente para llevar a cabo el ingreso.

La perspectiva del usuario describe este proceso de alta demora, la asignación de números para la atención es la principal causa de espera, este punto sumado a la poca disponibilidad de personal y la alta cantidad de usuarios del PSCV convergen en situaciones de tiempo de espera prolongado en los usuarios para obtener su asignación de horas médica.

5.3.4.2 PREPARACIÓN DE PACIENTE

Una vez que el usuario acude a la cita agendada, se sugiere que se presente 15 minutos antes de la hora de citación asignada, esta recomendación se realiza con la finalidad de que al ingreso al box de preparación de paciente el usuario se encuentre relajado y tranquilo.

Cuando el usuario llega al centro de salud, se debe dirigir al lugar asignado para la espera de entrada al box N° 11, el espacio físico destinado para este fin se encuentra en las afueras del box N°11 y consta de una serie de asientos disponibles para la espera.

Cuando el horario de citación se cumple, la persona será llamada para su ingreso y procederá el proceso de preparación del paciente antes del control cardiovascular con el profesional asignado. El personal técnico en enfermería y/o paramédico realiza las siguientes acciones:

- Toma de presión arterial
- Medición del Peso
- Medición de la talla
- Cálculo del índice de masa corporal
- Impresión de exámenes actuales (si existiesen)

“En el box N° 11 de preparación de pacientes, yo llego en la mañana, donde tengo la hora y me llaman.- ¿se demoran mucho? - a veces, no todo el tiempo, trato de llegar como dice ahí unos 15 minutos antes o 20 minutos antes, para que la persona no llegue alterado o algo así. Ahí me relajo, me suben a la romanita, me pesan y me toman la presión ah... y me revisan los exámenes anteriores. Y de ahí me derivan al médico, enfermera o nutricionista.”

Entrevista CS-MC-24

Una vez realizados los controles descritos, el personal paramédico procede a completar la ficha electrónica del paciente por medio del programa RAYEN, además se imprimen los exámenes solicitados si es que existiesen, preparando una ficha física del usuario que es entregada al profesional que realiza el control cardiovascular.

Cuando el estado de la ficha médica electrónica se encuentre completado por el personal paramédico o Técnico en enfermería, se entrega al usuario un carnet de identificación con el cual podrá hacer uso de los servicios que el PSCV dispone, entre ellos el retiro de medicamentos en la farmacia.

¿Qué le hacen ahí en el box 11? - Siempre me... me preguntan mis datos po!, Los datos, algo del carnet, me toman la presión, me pesan, me miden y además revisan los exámenes anteriores”

Entrevista CS-MC-20

5.3.4.3 CONSULTA MÉDICA DE INGRESO A PACIENTES CRÓNICOS

En la consulta médica de pacientes crónicos, el médico general dispone de un máximo de 30 minutos para realizar un análisis de los parámetros clínicos informados en la ficha electrónica del paciente efectuando un diagnóstico y consecuentemente implementa o mantiene una farmacoterapia personalizada de acuerdo al arsenal de medicamentos que disponga el consultorio. Además el médico debe realizar una categorización del paciente donde indica su estado de riesgo cardiovascular que puede ser bajo, moderado o alto, según la guía de enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares del año 2014, dicha clasificación considerara el tiempo que debe transcurrir para el siguiente control médico.

Cuando se asigna e ingresa la farmacoterapia al programa informático RAYEN, el usuario queda debidamente inscrito en el PSCV.

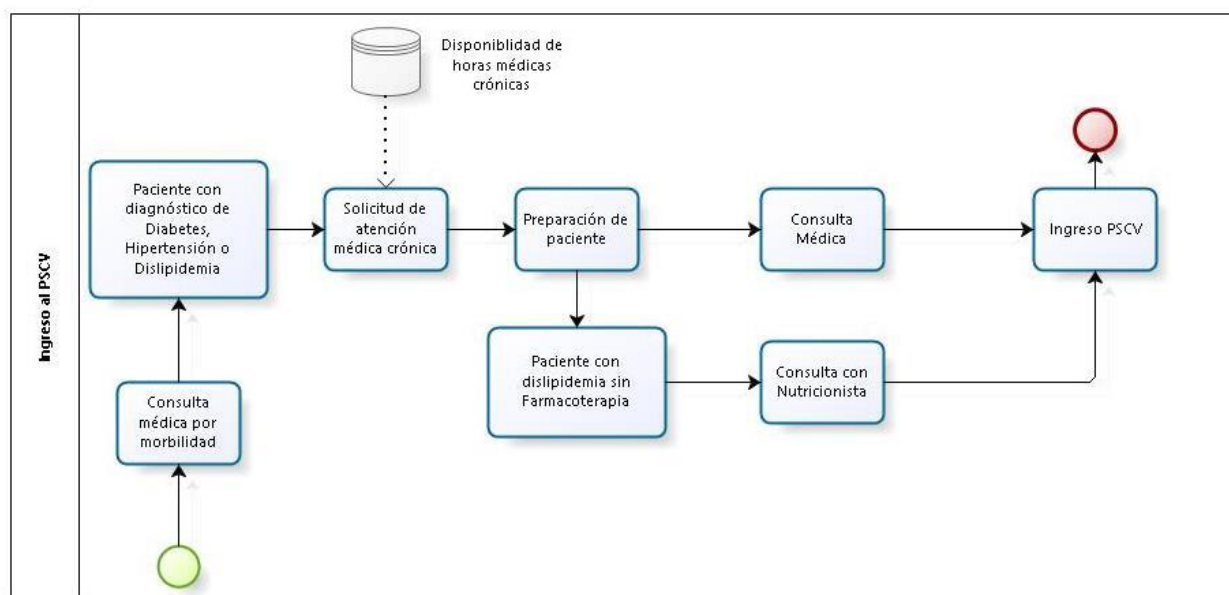
5.3.4.4 INGRESO AL PSCV POR NUTRICIONISTA

El profesional nutricionista puede llevar a cabo un ingreso al PSCV si presenta la patología de dislipidemia en etapa temprana con la condicionante que en la consulta de morbilidad previa no se le haya asignado una farmacoterapia, siendo el eje principal de tratamiento de su estado los cambios de alimentación.

5.3.4.5 INDICADORES PROPUESTOS

Cantidad de ingresos al PSCV: Se propone establecer un seguimiento estadístico de la cantidad de ingresos al PSCV, estableciendo las tendencias para complementar procesos de planificación en la ejecución del plan de salud.

5.3.4.6 FLUJOGRAMA PROPUESTO:



5.3.5 CÓDIGO N°5: DESPACHO DE MEDICAMENTOS DE USUARIOS CRÓNICOS EN FARMACIA

La farmacoterapia corresponde al eje de tratamiento de la mayoría de las enfermedades cardiovasculares del PSCV, por lo que, el despacho de los medicamentos se enmarca como un proceso complejo donde participan múltiples actores que realizan acciones que convergen en un buen servicio al usuario para contribuir al bienestar del paciente.

De acuerdo a la observación en conjunto y la perspectiva de los profesionales y funcionarios del centro de salud, el despacho de medicamentos a usuarios crónicos se lleva a cabo través de los siguientes pasos:

- Recepción de usuarios: El auxiliar de farmacia o TENS saluda cordialmente al usuario para luego proceder a la solicitud de su identificación, dicha identificación corresponde a única y exclusivamente al carnet de usuario crónico. El despacho de medicamentos no es efectivo si el usuario no porta su carnet de crónico al momento de realizar el retiro.

En caso de ser un usuario con hora de ingreso pendiente al PSCV, se procede a la verificación de su receta con el documento carnet de identidad, ya que, el usuario aún no tiene su carnet de control cardiovascular.

- Verificación de la edad del usuario: Un usuario puede hacer retiro de medicamentos si es que está adscrito al PSCV, este requisito implica que existan pacientes menores de edad capacitados para el retiro de medicamentos.

Si la persona que retira el medicamento no es el paciente, este debe ser mayor de edad para efectuar el retiro de medicamentos.

- Verificación de controles al día: Se procede a una verificación por método de inspección visual del carnet del usuario con respecto a los controles del PSCV, dichos controles pueden ser con médico, enfermera o nutricionista y deben encontrarse actualizados.

Para validar los controles del usuario se revisan los siguientes criterios:

- Si el paciente crónico del PSCV no tiene sus controles al día, es enviado a obtener la asignación de una hora con el profesional correspondiente para por consiguiente pasar a retirar sus medicamentos con fecha de control en mano; la entrega de medicamentos será restringida hasta la fecha de control si es que, este fuera con profesional médico, en caso contrario, se entregara el tratamiento correspondiente a los 30 días.

- Si el paciente no tiene controles al día, se deriva a admisión para asignar nueva hora, con solicitud de hora el paciente vuelve a farmacia para retiro de sus tratamientos.
- Si el paciente es inasistente a retiro de medicamentos (se excluye quiebre de stock) por un periodo de 3 meses o más se deriva a admisión para solicitud hora morbilidad/urgencia y adecuación terapia. No se efectúa despacho de medicamentos.
- Si el paciente no tiene controles al día ni receta vigente, no se despacha y se deriva a Admisión. No se efectúa despacho de medicamentos.
- Si el paciente no tiene receta vigente, pero con controles al día: no se efectúa despacho de receta, se derivará a profesional definido para resolución de estas situaciones.

La razón porque el retiro de medicamentos en pacientes crónicos es exclusivo con su carnet de control cardiovascular, tiene por objetivo establecer una regulación de la asistencia a los controles de profesionales del PSCV utilizando la instancia de retiro de sus medicamentos en contribución a la regulación de la terapia.

“Una tuve que ir a hablar con la señorita Químico farmacéutico, era porque yo no había venido al control, entonces me habían cambiado la hora. Entonces la receta se venció, y tenía que venir a retirar los medicamentos antes de que me viera el doctor, Entonces la señorita me dio los remedios por ese lapso de tiempo nomas”

Entrevista CS-MC-16

- Ingreso de datos en el sistema informático: Se digita el Rut del usuario en el sistema informático RAYEN en la pestaña de farmacia, opción despacho de medicamentos. El ingreso de los datos del usuario desplegará una pantalla con un listado de prescripciones las cuales corresponden a su historial médico tanto del retiro médico crónico, recetas médicas dentales, maternas como del retiro médico por consulta de morbilidad.

Si el paciente tiene receta vigente aparecerá en pantalla una receta pendiente la cual corresponde a la prescripción a despachar. En este paso, siempre debe existir una sola receta crónica pendiente por despachar, si existiese más de una receta en estado pendiente se verifica la receta a despachar, según las fechas de prescripción y se informa al profesional Químico Farmacéutico el cual gestiona el cierre de

las receta no correspondiente por la vía formal y procede a validar la receta correspondiente al despacho.

- Validación de recetas: La verificación de receta contempla los siguientes pasos:
 - El Auxiliar de Farmacia o TENS procede a verificar que los datos de la receta sean correctos, datos del paciente, tipo de receta, correlación entre diagnóstico y prescripción. Si merece alguna duda deberá consultar al prescriptor antes de despachar la receta.
 - Si la receta presenta algún error u omisión deberá ser informada al profesional prescriptor para su corrección.
 - El auxiliar de farmacia o TENS procede a leer cuidadosamente la prescripción para evitar errores de despacho. Leer medicamento, dosis, tiempo de tratamiento y cantidad a despachar.
 - En el caso de recetas crónicas el despacho es por 30 días, quedando pendientes las recetas en forma mensual hasta que se termine el periodo de tratamiento que indicó el prescriptor o hasta próximo control.
- Apartamiento de medicamentos: Luego de verificar acuciosamente la receta, se procede a contar y separar los medicamentos prescritos que aparecen en la receta vigente. Se separan de su envase original, las cantidades justas indicadas en la receta, de forma ordenada para evitar confusiones. Se leen cada uno de los envases que contiene el medicamento y se separan para su posterior envasado.
- Rotulación de envase secundario: El Auxiliar de Farmacia o TENS procederá a rotular cada envase destinado a contener la farmacoterapia del paciente. Este envase deberá contener los siguientes datos:
 - Nombre genérico del medicamento.
 - Dosis indicada en receta (cantidad expresada en unidad de comprimido, Volumen en mililitros (mL) en caso de jarabes, suspensiones y gotas en caso que corresponda)
 - Posología de cada medicamento.

- Periodo del tratamiento despachado, en caso de las recetas crónicas los despachos son efectivos para 30 días de tratamiento.
 - Cantidad de medicamento total que va dentro del envase.
 - Fecha de despacho.
- Envasado del medicamento: El envasado de medicamentos es realizado de forma separada para cada medicamento en el envase correspondiente previamente rotulado para luego proceder al cerrado de los sobres de forma segura con corchetes.

- Registro del despacho en el sistema informático: Luego de terminar de envasar los medicamentos se debe guardar la receta en el sistema RAYEN, para esto se pincha en el extremo superior izquierdo la pestaña de guardar, así esta quedará guardada. La receta aparecerá como despachada luego de presionar el botón guardar.

En el caso de usuarios con tratamiento crónico al guardar la receta quedara como receta pendiente para su próximo despacho, en 30 días más. Si la receta de paciente crónico caduca por tratamiento completo, se debe solicitar al usuario que obtenga una asignación de hora a médico lo más pronto posible, con la finalidad que el profesional renueve su receta; en el caso que no existiera hora próxima se debe solicitar al médico encargado de personal que evalúe la situación y repita la prescripción de forma íntegra hasta la fecha del próximo control médico evitando que el usuario ostente un periodo de tiempo sin su farmacoterapia.

- Despacho de medicamentos al usuario: La entrega de medicamento a pacientes por parte del auxiliar de farmacia es un acto de alta responsabilidad, se explica de forma muy didáctica al paciente la información sobre de su tratamiento y verificar que este entendió las indicaciones.

La información entregada es la siguiente:

- Nombre del medicamento.
- Forma farmacéutica.
- Dosis y horario de administración.
- Indicación para la conservación del medicamento.
- Precauciones en la administración y advertencias necesarias para el cumplimiento de la terapia.

El despacho de medicamentos a pacientes crónicos considera lo siguiente:

1. La unidad de farmacia podrá dispensar los tratamientos para los pacientes afectados por patologías crónicas, por un período máximo de 30 días, para despachar periodos mayores a los 30 días debe existir autorización por parte del profesional Químico Farmacéutico que evalúa la situación y procede a la autorización o negación del despacho.
2. Cuando un usuario extravía su carnet de control crónico, compra por sus medios una libreta para traspasar la información de sus controles, entregadas por el área de información del centro de salud.
3. Cuando el paciente se vea imposibilitado de asistir personalmente a retirar sus medicamentos, podrá retirar una persona mayor de 18 años, presentado el carnet de control del usuario ausente.
4. Se pueden retirar medicamentos solo dos días antes de la citación correspondiente, si necesita retirar con mayor anticipación, el usuario deberá pedir autorización al profesional Químico Farmacéutico.
5. En el caso de presentar ausencia a un control profesional, se solicita pedir asignación de hora, una vez efectivo este paso se procede a despachar los medicamentos según corresponda.
6. En el caso que antes del próximo despacho tenga una hora médica, se le despachara hasta ese día.
7. Para los usuarios que no retiren sus medicamentos hasta por 3 meses de retraso, y tengan sus controles al día, se les entregara sin problemas.
8. Para los usuarios que no retiren sus medicamentos en la fecha, hasta por 3 meses de retraso, y no tengan sus controles al día, se les solicitara que pidan su hora primero, antes de retirar.
9. Los usuarios que han retirado sus medicamentos por más de 3 meses, no se despachara medicamentos, hasta reevaluación por parte del profesional médico.

10. Para los usuarios que soliciten la entrega de medicamentos por más de un mes, se solicita tener controles al día y la autorización del profesional Químico Farmacéutico, donde se verifica la situación del paciente y el stock disponible antes de la autorización.
11. Usuarios con dos inasistencias consecutivas a control, no se entregan medicamentos hasta que retome sus controles.
12. En el caso que se solicite pedir hora y el servicio no tenga disponible, se entregan los medicamentos, y en el carnet se le escribirá "CON HORA" en la fecha del próximo retiro.
13. Si el usuario presenta 2 avisos "CON HORA", los medicamentos se entregan por 15 días como máximo, hasta que consiga su asignación de hora de control

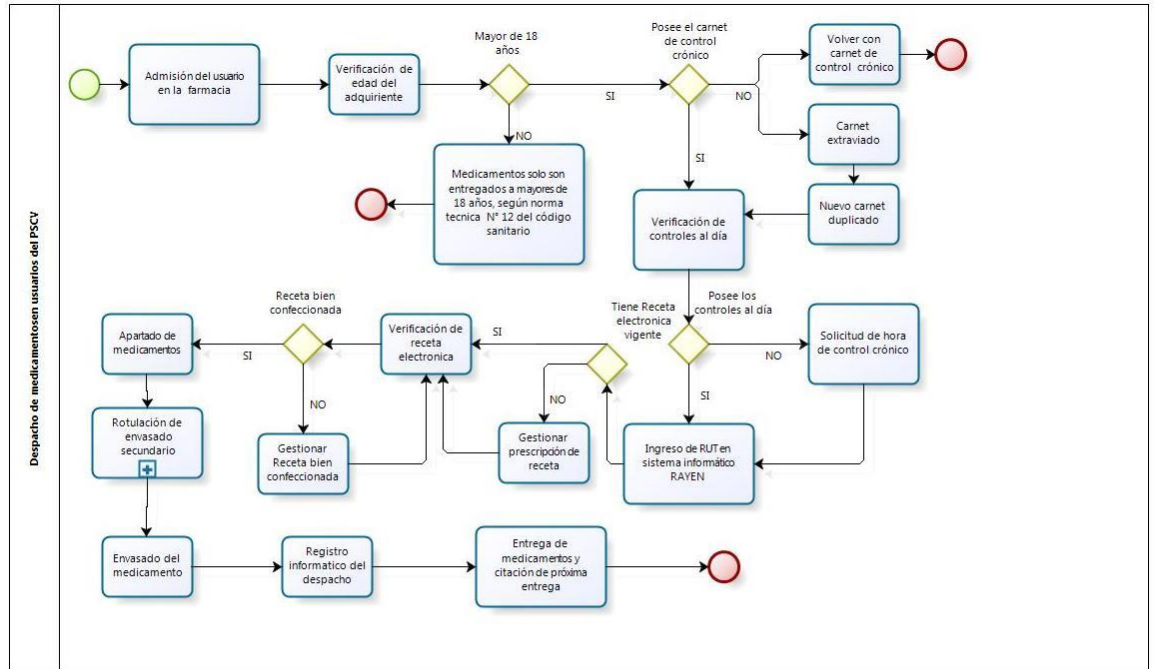
5.3.5.1 INDICADORES PROPUESTOS:

Recetas caducadas: Se propone realizar un estudio cuantitativo que mida las cantidades de recetas caducadas existentes y las problemáticas que esta acarrea, estableciendo un indicador de rendimiento que evidencie los recursos de tiempo utilizados en la solución del problema con finalidad de proponer una solución por ejemplo. La creación de un protocolo de prescripción médica en pacientes del PSCV.

Usuarios sin farmacoterapia por problemas en farmacia asistencial: Se propone un estudio cuantitativo para determinar un indicador de usuarios del PSCV sin farmacoterapia, para establecer las causas por medio de la investigación cualitativa e implementar las acciones de mejoras basadas en una visión sistémica.

Tiempo de espera de usuarios: Se propone un indicador de tiempo de espera en atención de farmacia, a través de un estudio que logre cuantificar los distintos tiempos de espera de los usuarios en las diferentes horas del día, con la finalidad de analizar e implementar estrategias de mejoramiento del servicio a través de recursos disponibles.

5.3.5.2 FLUJOGRAMA PROPUESTO:



5.3.6 CÓDIGO N°6: CONTROLES DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Para lograr entender la asignación de los controles con profesionales del PSCV debemos considerar lo siguiente: Los usuarios que conforman el PSCV al ingresar son clasificados según el riesgo cardiovascular que presentan, dicha clasificación se lleva a cabo por los profesionales médico, enfermera y nutricionista. Esta clasificación de riesgo, basada en la condición clínica del paciente representa el factor determinante en las asignaciones de los intervalos de tiempos para realizar un control de paciente crónico.

Todo usuario que ingrese al PSCV con diagnóstico de diabetes tipo 2, insuficiencia renal igual o mayor al grado III, y con antecedentes de infarto al miocardio y/o accidente vascular encefálico serán categorizado de forma automática como usuario de alto riesgo cardiovascular, limitando el tiempo de control con profesionales del PSCV cada 3 meses aproximadamente.

En el control con profesional médico del PSCV se realiza un seguimiento de la asignación de terapia en el usuario, entre ellas y la más común es la farmacoterapia utilizada como eje terapéutico para el control de las enfermedades crónicas de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia. No existe un tiempo definido asignado con respecto a la duración de recetas (crónicas) en la farmacoterapia del usuario, dependiendo del profesional médico que realice el control se constataron recetas receta con duración de 6 meses hasta 18 meses, esta variación tiempo de prescripción responde exclusivamente a la percepción del profesional médico tratante, no existiendo ningún tipo de protocolo que norme esta práctica.

Cuando un usuario del PSCV se encuentre en estado clínico descompensado, tendrá asignación de control profesional de acuerdo a las necesidades que presente, siendo los parámetros clínicos los determinantes en periodicidad de asignación de horas de control. Bajo el contexto de descompensación clínica las asignaciones de horas son flexibles respondiendo de forma exclusiva a los criterios del profesional tratante.

Los controles de usuarios clínicamente compensados PSCV del centro de salud Dr. Miguel Concha se establecen de la siguiente forma, de acuerdo a la categorización de riesgo cardiovascular:

5.3.6.1 USUARIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Riesgo cardiovascular bajo o medio: Controles asignados cada seis meses en un ciclo rotativo de control con los profesionales médicos, enfermeras y nutricionista.

Riesgo cardiovascular alto: Controles asignados cada cuatro meses en un ciclo rotativo de control con los profesionales médicos, enfermeras y nutricionista.

5.3.6.2 USUARIOS CON DISLIPIDEMIA

Riesgo cardiovascular bajo o moderado: Controles asignados cada seis meses en un ciclo rotativo de control con los profesionales médicos, enfermeras y nutricionista.

Riesgo cardiovascular alto: Controles asignados cada cuatro meses en un ciclo rotativo de control con los profesionales médicos, enfermeras y nutricionista.

5.3.6.3 USUARIOS CON DIABETES

Riesgo cardiovascular bajo, moderado o alto: Controles asignados cada cuatro meses en un ciclo rotativo de control con los profesionales médicos, enfermeras y nutricionista.

La dinámica de prestación de servicios profesionales de control cardiovascular es estructurada en los tiempos mencionados, según la categorización de los usuarios para coordinar y realizar las asignaciones de horas de control correspondientes.

Los profesionales encargados de los controles son:

- Médico Cirujano.
- Nutricionista.
- Enfermera.

Una vez que el usuario asiste a su control, el profesional según las condiciones clínicas del paciente, le indicara el tiempo a transcurrir para el próximo control, además de indicar cual profesional de atención cardiovascular es al que debe solicitar la asignación de hora.

La asignación de horas de control se realiza en las dependencias del sector de admisión en el centro de salud, El usuario acude con la información entregada y escrita en el carnet de control de crónicos, indicando que solicita la asignación hora de control cardiovascular con el profesional indicado en su carnet de control.

Esta solicitud debe realizarse con un mes de anticipación a la fecha indicada en el carnet, la cual fue asignada en su último control cardiovascular.

Cuando un usuario por descompensación y/o pesquisa clínica debe ser atendido por un profesional médico en un plazo de tiempo menor al definido, el médico de atención por morbilidad establece un ajuste de tratamiento que permita recuperar y normalizar el estado clínico del paciente crónico descompensado, en esta situación el profesional médico determina si cambia o no la farmacoterapia prescrita en el control de paciente crónico según las metas terapéuticas que se requieren en alcanzar.

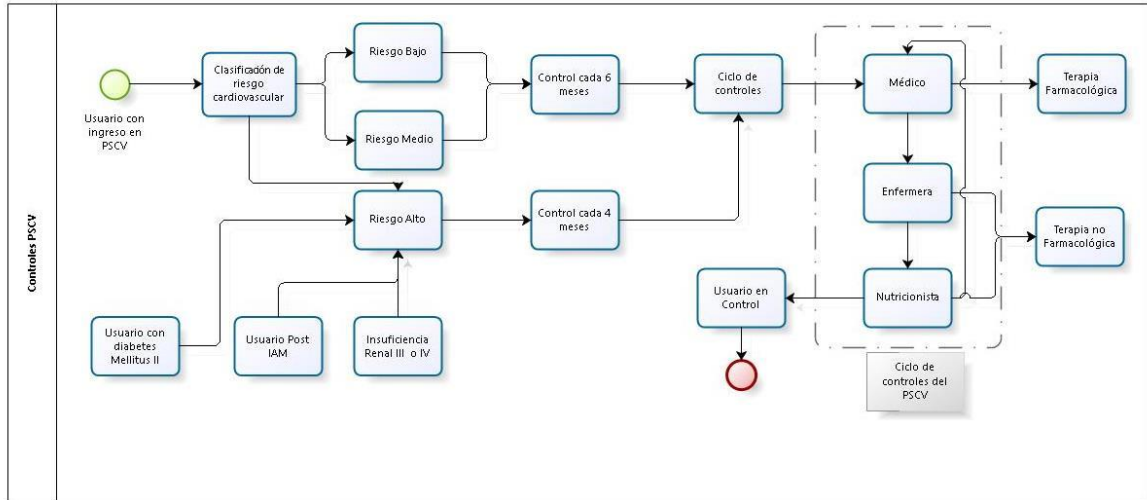
5.3.6.4 INDICADORES PROPUESTOS:

Cantidad de controles médicos en atención de control cardiovascular: Se propone evaluar cuantitativamente la frecuencia de atención médica en usuarios del PSCV, con la finalidad de establecer correlaciones entre los controles y los estados clínicos del paciente. Este indicador entrega información para disponer de las medidas necesarias con respecto a la falta de médicos en el centro de atención de salud.

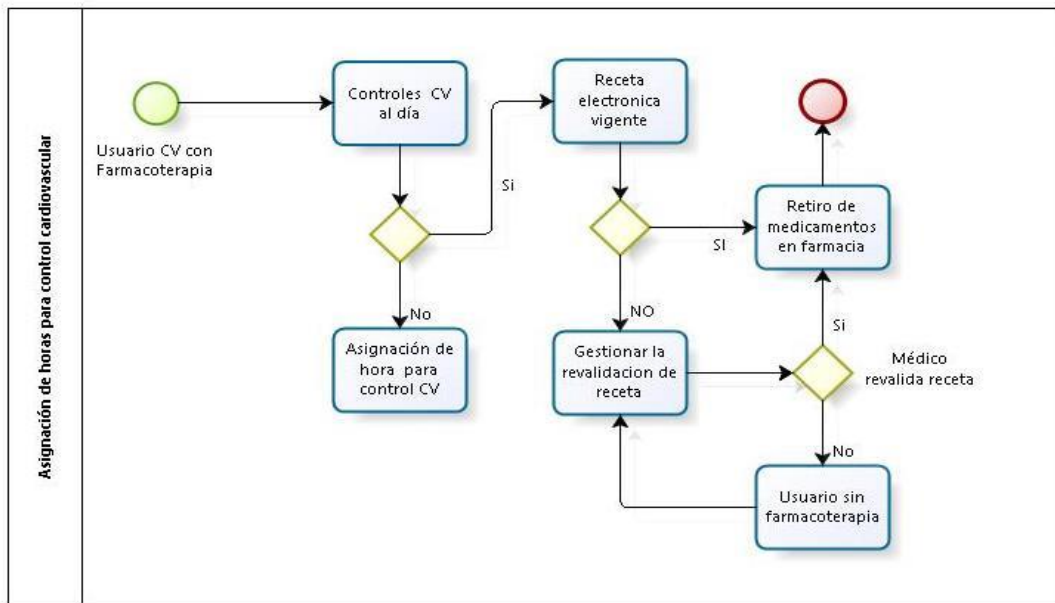
Cuantificación de Inasistencias a control en usuarios con cambios de hora: La cuantificación de este tópico, puede entregar información necesaria para evidenciar el impacto de las acciones de reestructuración de horas asignadas, estableciendo el un antecedente medible para estructurar medidas protocolares que minimicen este tipo de gestión administrativa.

5.3.6.5 FLUJOGRAMAS PROPUESTOS:

Controles PSCV en pacientes compensados



Asignación horas de control del PSCV



5.3.7 CÓDIGO N° 7: EXÁMENES EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El ingreso al PSCV está determinado por parámetros clínicos que el médico evalúa para establecer un diagnóstico certero, dichos parámetros son determinados en un alto porcentaje de ocasiones por exámenes de laboratorio clínico.

Un usuario en proceso de ingreso al PSCV debe acreditar mediante exámenes de laboratorio clínico su condición para que el médico realice un diagnóstico y proceda a la asignación de las terapias correspondientes a su tratamiento.

Los controles con los profesionales del PSCV, se estructuran con la información de exámenes de clínicos, por lo tanto, un usuario perteneciente al PSCV debe realizarse exámenes de laboratorio según los intervalos de tiempo de control, para acreditar su condición clínica la que permite realizar una evaluación y seguimiento de las terapias asignadas. La toma de exámenes en pacientes crónicos, establece un ítem determinante para los ajustes de las terapias según requerimiento propio del paciente.

La metodología de toma de exámenes y sus resultados es la siguiente:

Médico de control de morbilidad o control crónico cardiovascular realiza una orden de exámenes solicitando los parámetros clínicos necesarios para realizar el diagnóstico o control correspondiente.

El usuario perteneciente al PSCV, debe dirigirse al sector de admisión para que realicen la asignación de fecha y hora correspondiente de los exámenes. Sin embargo de acuerdo a los exámenes requeridos y las condiciones personales, las tomas de exámenes son en las siguientes dependencias:

Centro de Salud Dr. Miguel Concha:

- Los exámenes de test de tolerancia a la glucosa oral se realizan en las dependencias del centro de salud. Los funcionarios encargados de la toma de exámenes son el personal técnico en enfermería, bajo la supervisión de la enfermera encargada de los procedimientos de toma de exámenes.
- Además, el centro de salud realiza la toma de muestra de todos los exámenes con derivación al laboratorio clínico del hospital san Martín de Quillota.
 - Los usuarios menores de edad y adultos mayores con requerimientos especiales, tienen un exclusivo manejo de toma de muestras por parte de personal enfermera en el centro de salud Dr. Miguel Concha.

Una vez obtenida la muestra es enviada al laboratorio concesionado y los resultados de los análisis son subidos al intranet de la página web del laboratorio quedando disponibles para el uso en el centro de salud.

5.3.7.1 LABORATORIO CLÍNICO EXTERNO:

- Todos los usuarios del PSCV que no presenten requerimientos especiales, y que se realizan los exámenes de glicemia, perfil lipídico y creatinina, deben presentarse para el proceso de toma de muestra en las dependencias del laboratorio clínico externo que realiza este servicio al departamento de salud de Quillota, dichas dependencias se encuentran direccionada en el edificio SUAD calle Condell 256.

“Con los exámenes todo anda bien, aquí nos dan la orden y los mandan allá al SUAD, Y nos hacen los exámenes – Ok - Y allá no tengo para que ir a buscarlos porque me los mandan por dentro”

Entrevista CS-MC-20

Además, existe la posibilidad que el usuario una vez subido el resultado de los exámenes a internet obtenga de forma impresa los documentos al solicitarlos en el área de gestión global del centro de salud. Cabe mencionar que la entrega de los resultados de exámenes solicitados por el usuario es de entrega obligatoria para hacer uso de estos.

Los exámenes de los usuarios del PSCV son impresos previos al control cardiovascular con el profesional médico, enfermera o nutricionista y son entregados al profesional para su análisis.

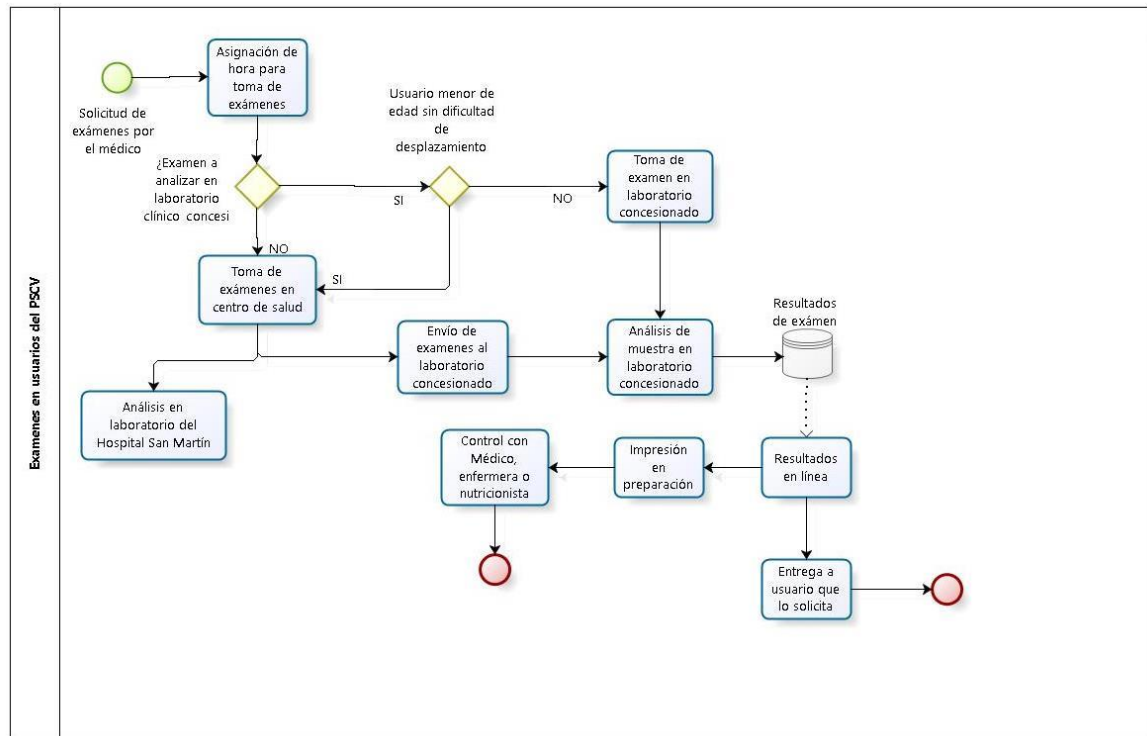
5.3.7.2 INDICADORES PROPUESTOS

Cantidad de usuarios sin asistencia a su toma de exámenes:

Se propone establecer cuantitativamente usuarios sin asistencia a su toma de exámenes, con la finalidad de que por medio de técnicas cualitativas establecer las causas de las inasistencias e implementar estrategias para mejorar el indicador.

Cabe mencionar que la inasistencia a exámenes conlleva un usuario en control profesional sin el apoyo de los recursos clínicos, lo que dificulta la pesquisa de evolución y por lo tanto su estado clínico.

5.3.7.3 FLUJOGRAMA PROPUESTO



DISCUSIONES

6.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.1 CONTEXTO DEL NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El contexto de nivel planteado en la investigación permitió describir los procesos terapéuticos del programa de salud cardiovascular, de acuerdo a los códigos asignados metodológicamente en esta investigación, sin embargo, plantear una descripción a nivel de programa de salud presenta una limitación con respecto a la información sobre los procesos externos a la estructuración del PSCV en el centro de salud, situación que pudiese ser determinante en el rendimiento y el desarrollo de los procesos descritos. La definición de parámetros de nivel de investigación contribuye a una organización y estructuración eficiente de la información de acuerdo a como el investigador plantea su estudio, sin embargo, los resultados obtenidos que representan puntos críticos dentro de las descripciones de procesos e indicadores de rendimiento propuesto, se enmarcan dentro del mismo nivel de información planteado.

Este fenómeno de contextualización de nivel de información investigada, puede o no ser un ítem limitante en la aplicación de los resultados presentados, debido a que, el modelo de estudio se ajusta al nivel de investigación planteado para la descripción de procesos del PSCV. Sin embargo, en futuras aplicaciones de las descripciones propuestas, la ausencia de descripción de procesos concomitantes fuera del PSCV, más los niveles de detalles requeridos y otros factores no especificados son tópicos que limitan el nivel de aplicación de la investigación realizada.

6.1.2 RACIONALIDAD DE LA SELECCIÓN DEL MÉTODO

El estudio realizado es planteado bajo la perspectiva de una investigación exploratoria con la aplicación de una metodología mixta de ajuste personalizado para cumplir los objetivos de la investigación y la pregunta de investigación planteada.

La pertinencia del uso de metodología cualitativa y cuantitativa se argumenta en el principio de complementariedad paradigmática. Actualmente se señala: *“En términos generales, los dos enfoques (cuantitativo y cualitativo) son paradigmas de la investigación científica, pues ambos emplean procesos cuidadosos, sistemáticos, empíricos en su esfuerzo por generar conocimiento y utilizan, cinco fases similares y relacionadas entre sí”*⁷¹.

Evidentemente, ambas metodologías poseen marcadas diferencias; mientras el paradigma cuantitativo utiliza un método de análisis causal, correlacionar, el paradigma cualitativo utiliza un método de análisis descriptivo e interpretativo. Un planteamiento de investigación en base al pluralismo metodológico, busca establecer una relación cualitativo-cuantitativa que nos permite describir los procesos terapéuticos del programa de salud cardiovascular en un contexto funcional ya definido por el centro de salud Dr. Miguel Concha, donde la ejecución metodológica de la investigación se lleva a cabo bajo el concepto de investigación en salud.

Los recursos metodológicos planteados en este estudio contribuyen en la formación estructural de una transformación de los viejos paradigmas de investigación en salud, para buscar, como algunos comentan, una complementariedad por deficiencia. Es por esto, que para establecer una descripción de procesos que se acerque en el mayor grado posible a la realidad del centro de salud, se maximizan los recursos de extracción de información disponibles al utilizar ambas metodologías, ampliando los límites de la información que disponemos para acceder a las diferentes vertientes, aristas, facetas de un mismo fenómeno. Desde esta visión multifacética de los fenómenos y realidades, se justifica una metodología pluralista donde el concepto de complementariedad de metodologías por deficiencia⁷², implica la aceptación de las posibilidades y los límites de cada metodología y el reconocimiento de sus deficiencias en la representación y análisis de la realidad de los procesos terapéuticos del programa de salud cardiovascular en el centro de salud Dr. Miguel Concha.

6.1.3 VENTAJAS DE LA METODOLOGÍA

Entre las ventajas de las metodologías mixtas se encuentran la facilidad para generar y verificar teorías en un mismo estudio, la posibilidad de obtener inferencias más fuertes y la compensación de las desventajas que existen en las metodologías cualitativas y cuantitativas cuando se utilizan individualmente⁷³. Los beneficios de estos métodos de investigación son los hallazgos más completos, una mayor confianza, mejor validación y entendimiento de los resultados.

La conciencia sobre el impulso teórico de la investigación es importante⁷⁴, pues afecta cómo se abordan las preguntas de la investigación y cómo el estudio es diseñado. El propósito del estudio es describir procesos, por lo que, los métodos principales de presentación de información son de carácter cualitativos, generando con un énfasis en las cosas que ofrecen sustanciosas descripciones narrativas. Para establecer un contexto real de los resultados finales de las terapias del PSCV, los métodos cuantitativos nos permiten que la dirección del impulso teórico tenga una correlación en asuntos relacionados con el diseño del estudio implementado.

6.1.3.1 DESDE EL ENFOQUE CUANTITATIVO

Presentar datos que permitan evidenciar en base a categorizaciones definidas del estado clínico de los usuarios pertenecientes al PSCV, establecen parámetros tácitos que representan los resultados (Output) de los procesos terapéuticos del programa de salud cardiovascular en un intervalo de tiempo definido por la investigación.

Esta información es de alta importancia en la investigación, si bien en las descripciones de los procesos solo constituye a los datos cuantitativos de la ejecución de procesos al nivel de investigación planteada, además, representa la información de referencia, que puede ser utilizada como base en metodologías de comparación al aplicar mejoras en los procesos terapéuticos del PSCV, mediciones cuantitativas de indicadores de los procesos, o la implementación de estrategias de mejoramiento de los puntos críticos detectados y propuestos.

La información obtenida desde el censo de trimestral del PSCV, es de reporte obligatorio al servicio de salud Viña del Mar Quillota (SSVQ), por lo que, representa la herramienta de evaluación de rendimiento del centro de salud Dr. Miguel Concha, posicionándose como información determinante para el proceso de financiamiento del programa de salud cardiovascular. Es de alta relevancia exponer antecedentes del origen de la información cuantitativa obtenida, para aclarar sobre la procedencia de los datos presentados.

6.1.3.2 DESDE EL ENFOQUE CUALITATIVO.

La gran mayoría de la información disponible sobre investigaciones a nivel de salud primaria, se enfocan en técnicas cuantitativas de evaluación de parámetros relacionados con la adherencia terapéutica de un usuario, cantidad de pacientes incumplidores, los costos que esto acarrea a la entidad de salud, entre otras, pero no explican el por qué los pacientes tienden a tener esta actitud, siendo quizá insuficiente para entender y ayudar a transformar los comportamientos humanos⁷⁵.

El uso de estrategias metodológicas cualitativas como la herramienta principal en la investigación, nos permite realizar una descripción detallada de los procesos terapéuticos del PSCV, donde la descripción de comportamientos, intenciones, situaciones y eventos que son expresados por los informantes; proporcionan las herramientas necesarias que permiten describir un acontecimiento en específico bajo un análisis de distintas perspectivas.

La descripción permitió comprender cómo los participantes del proceso se comunican entre ellos, y verificar cuánto tiempo se emplea en determinadas actividades. Se contrastaron definiciones de terminología que los usuarios utilizaban por medio del uso de entrevistas, se observaron eventos que los usuarios no quieren o

no pueden compartir verbalmente permitiendo que la modalidad de observar situaciones descritas por los usuarios o informantes, contribuyera a detectar si la información esta distorsionada.

La recolección de información para un análisis cualitativo otorga una ventaja metodológica, el análisis de información permite generar una gran cantidad de datos en base a una muestra relativamente pequeña de información recolectada, por lo tanto, pequeñas muestras de información nos permiten construir e interpretar algún fenómeno en profundidad bajo un correcto análisis con las herramientas indicadas. Esta ventaja metodológica permite el uso de estrategias de análisis de datos; como por ejemplo la técnica de saturación de información en análisis de entrevistas, reduciendo significativamente la cantidad de datos bajo análisis del investigador facilitando un manejo metodológico de la información de acuerdo a los procesos a describir.

Una de las estrategias cualitativas de obtención de información utilizada en este estudio fue la entrevista semiestructurada. Ese recurso es utilizado cuando existe algún conocimiento del área de interés en la investigación, sin embargo, con los recursos disponibles no se logran responder la o las preguntas de investigación⁷⁶. En la entrevista semiestructurada se realizaron preguntas abiertas otorgando la oportunidad de recibir variedad en las matices de la respuesta, permitiendo entrelazar temas y estirar las temáticas de interés según las respuestas de los participantes. Esta dinámica de trabajo, permite que la información de los usuarios del PSCV que fueron entrevistados tenga las siguientes características⁷⁷:

- Amplio espectro de aplicación, ya que es posible averiguar hechos no observables como pueden ser: significados, motivos, puntos de vista, opiniones, insinuaciones, valoraciones, emociones, etc.
- Sin limitaciones espacio-temporales: debido a que es posible preguntar por hechos pasados y también por situaciones planeadas para el futuro.
- Posibilidad de centrar el tema, es decir, orientarse hacia un objetivo determinado o centrarlas en un tema específico.
- Observación propia y ajena, porque da la posibilidad de averiguar tanto informaciones propias (opiniones, motivos, motivaciones del comportamiento, etc.), como observaciones realizadas referentes a un suceso o a otra persona.

Por lo tanto, el uso de un enfoque cualitativo, ha resultado útil para acercarnos a una descripción de procesos en base a la metodología de integración de perspectivas de los actores que conforman el escenario del programa de salud cardiovascular, una ventaja metodológica en los resultados obtenidos es la integración de la perspectiva del usuario con respecto a su enfermedad y tratamiento donde su aporte es considerado en la modelación de información que busca representar la realidad de los procesos terapéuticos del PSCV en el centro de salud Dr. Miguel Concha permitiendo conocer dimensiones más

complejas de las que existen en los protocolos, siendo posible indagar en aquellos temas que no pueden ser estudiados a través de los números y que buscan responder el por qué ciertas cifras existen o cuáles son las condiciones humanas que determinan ciertos números.

6.1.4 DESVENTAJAS DE LA METODOLOGÍA

El utilizar estrategias mixtas de investigación otorga una serie de beneficios para el investigador, sin embargo, la utilización de herramientas combinadas responde exclusivamente a la decisión del investigador para dar forma a una metodología que intenta responder una pregunta de investigación, existiendo un sesgo en la información que se intenta modelar, basado en las decisiones metodológicas y las limitaciones propias que cada herramienta metodológicas presenta al ser aplicadas para obtener la información necesaria para describir un proceso definido.

6.1.4.1 LIMITACIONES DESDE EL ENFOQUE CUANTITATIVO

Las características propias del método cuantitativo hacen que la metodología sea de mayor utilidad cuando existe un cuerpo teórico previo suficientemente fundamentado capaz de definir los conceptos a analizar de forma concreta y mensurable^{78, 79}. Esto implica que la metodología cuantitativa se presenta como más apropiada para la verificación o el contraste de una hipótesis fundamentadas en el conocimiento teórico existente que para construir o avanzar en la formación de una teoría todavía en fase de desarrollo⁸⁰.

Con respecto a la utilización de los recursos cuantitativos para plantear los resultados de los procesos del programa de salud cardiovascular se presentan las siguientes limitaciones:

- La información presentada es extraída de los resultados del censo trimestral del PSCV del centro de salud, por lo tanto, los datos utilizados no fueron recolectados por el autor de la investigación.
- No existe, un control del investigador sobre la metodología de recolección de datos utilizada por el personal del PSCV.

Por lo tanto, considerando que la metodología cuantitativa en la investigación, es limitada al análisis de datos existentes, sus ventajas metodológicas de aplicación no son explotadas del todo, estableciendo parámetros de investigación complementarios a una metodología de predominancia cualitativa.

6.1.4.2 LIMITACIONES DESDE EL ENFOQUE CUALITATIVO

La calidad de este tipo de metodología depende de la habilidad del investigador en la aplicación de herramientas de investigación seleccionadas; procesos de interpretación de datos, uso de estrategias, aplicación de entrevistas, observaciones de campo, entre otras.

Entre las limitaciones del uso de esta metodología:

- La propia estructura social (costumbres, normas culturales) puede condicionar la aceptación del observador en la comunidad.
- El investigador deberá evaluar hasta qué punto participar en la vida de la comunidad, obteniendo percepciones distintas en el transcurso de adaptación y aceptación de su trabajo en la inmersión hacia el sistema de trabajo establecido en el centro de salud.
- El sesgo del investigador, la posibilidad de hacer una fotografía escrita de los acontecimientos siempre estará limitada a los eventos que el investigador puede observar, siempre faltará algo que el investigador no reporte en sus observaciones de campo.
- Prejuicios propios del investigador pueden sesgar la información. Es importante que el investigador esté consciente de cómo su género, etnia, clase social, y aproximación teórica, pueden afectar la observación, el análisis e interpretación.
- Imposibilidad de generalizar los resultados a toda la población, controlar los fenómenos, ni cuantificarlos.

El enfoque cualitativo nos permite obtener resultados que nos pueden llevar a generar hipótesis de los procesos descritos, las cuales pueden ser corroboradas, posteriormente por medio de estudios cuantitativos.

6.1.5 FUTURAS APLICACIONES DE LA METODOLOGÍA

Las proyecciones que se pueden esperar para la metodología propuesta son la identificación y descripción de todos los procesos que se llevan a cabo en el centro de salud Dr. Miguel Concha, esta herramienta permite modelar flujogramas para establecer las relaciones que existen entre las distintas áreas, definir puntos críticos e implementar la medición de indicadores de rendimientos propuestos, estableciendo la primera instancia en el modelamiento de la aplicación de una visión sistemática en un centro de salud de atención primaria. Otro aspecto de utilidad en la aplicación de la metodología radica en que las descripciones de procesos contribuyen a la confección de documentos oficiales, como por ejemplo los procedimientos operativos estándar, los cuales son requeridos obligatoriamente en los procesos de acreditación, supervisión y contribuyen a estandarizar las acciones ejecutadas en el centro de salud.

6.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.2.1 FUENTES DE EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN

El proceso de obtención de información desde tres perspectivas distintas, presento las siguientes complicaciones:

- Desde la perspectiva de los funcionarios: Una correcta explicación de los objetivos del trabajo establece que los procesos de entrevistas semiestructuradas cumplan con su objetivo de extracción de información para describir los procesos del PSCV. Existe un margen muy delgado en el entendimiento de los objetivos del trabajo, donde los funcionarios pudiesen pensar que la investigación consiste en evidenciar y describir los errores del trabajo en el centro de salud, limitando automáticamente la información entregada y condicionando la postura de cooperación hacia el investigador.
- Desde la perspectiva de los usuarios: Cerca de tres cuartos de los casos donde se presenta la entrevista a realizar, los usuarios presentan motivación en participar. Sin embargo, al indicar que el procedimiento previo a la entrevista es la acción de firmar un consentimiento informado, existe un cambio de postura frente al investigador, donde se percibe una limitación en la disposición en la entrevista. El requerimiento de firma de consentimiento informados, más la autorización solicitada

para realizar una grabación de audio de la entrevistas, son situaciones que influyen en la información que el usuario entrega, pudiendo ser limitada según los temores personales a la investigación.

- Desde la perspectiva del investigador: Las observaciones de campo realizadas no se estructuraron dentro de un plan de acción sobre las distintas áreas del centro de salud, se ejecutaron observaciones repetitivas en las áreas asignadas como códigos y en distintos horarios, con la finalidad de obtener la mayor información posible con respecto al desempeño de los procesos asignados. Una falta de estructuración a este ítem, pudiese representar que el enfoque observacional sea mucho más completo en un código asignado, que en otro. Esta técnica aleatoria de observación pudiese limitar la observación que la información extraída por esta herramienta sea insuficiente para la descripción del proceso asignado.

6.2.2 PROCESOS DEL PSCV

6.2.2.1 CODIGO N°1 DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Con respecto a las derivaciones al PSCV, el esquema de organización actual dentro del departamento de salud Quillota para el centro de salud Dr. Miguel Concha limita en su totalidad las acciones preventivas del centro de salud. La disposición y reasignación de las actividades preventivas al centro de salud cardenal Raúl Silva Henríquez, condicionan que los objetivos primarios de detección en etapas iniciales de enfermedades cardiovasculares según factores de riesgo, este condicionado al trabajo del otro centro de salud, por lo tanto, la ejecución de etapas preventivas de derivación como lo son la realización de EMPA y EMPAM no se realizan según el funcionamiento normal del centro de salud.

Otro tipo de ingreso son los derivados desde las dependencias del Hospital San Martín de Quillota. Actualmente no existe ningún tipo de comunicación activa entre el centro de salud y el hospital, tampoco existe algún protocolo o documento que especifique la forma y vía de comunicación que se debe adoptar entre ambas entidades, favoreciendo las siguientes problemáticas:

- Falta de información sobre los requisitos de ingreso al PSCV, situación que genera confusión entre los usuarios derivados.

- Asignación de farmacoterapias iniciales con medicamentos que no se encuentran en el arsenal del centro de salud.
- Derivación de usuarios ya pertenecientes al PSCV.
- Saturación de las consultas SAPU por derivación.

Debido, a la cercanía física entre ambas entidades de salud y la alta cantidad de usuarios que comparten en las atenciones de salud, es de alta relevancia que se establezca una metodología de comunicación, donde se establezcan herramientas que permitan compartir información sobre las prestaciones y condicionantes que ambas entidades trabajan, junto con establecer planes de información hacia los usuarios sobre las distintas prestaciones que ambas entidades ofrecen para evitar confusión y pérdidas de tiempo para el usuarios y los profesionales en derivaciones que no correspondan.

6.2.2.2 CODIGO N°2: INSCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD

Con respecto a la inscripción en el centro de salud, los requisitos de inscripción contribuyen a establecer antecedentes para registrar los datos de usuarios a los cuales el centro de salud le otorga prestaciones, este ítem es de alta importancia, debido a que, existe una tendencia entre comunas de “robar los pacientes” esto quiere decir que un usuario que registra inscripción en un centro de salud determinado y hace uso de alguna prestación en otra comuna, por ejemplo un servicio de atención primaria de urgencia (SAPU), puede ser declarado como per cápita para la comuna en la cual no pertenece.

Pero ¿Por qué ocurre esta tendencia?, La respuesta radica en que cada 31 de marzo y 30 de octubre de cada año, los departamentos de salud realizan un corte per cápita, lo que significa que declaran la cantidad de personas que se atienden en los centros de salud para gestionar el financiamiento que se solicita a los servicios de salud correspondientes. Por lo tanto, al declarar un mayor per cápita se justifica una solicitud de mayor financiamiento, situación que beneficia a los centros de salud.

Por lo tanto, el centro de salud Dr. Miguel Concha durante su proceso de inscripción mantiene todos los datos necesarios de los usuarios que hacen uso de las prestaciones con la finalidad de llevar un estricto control de sus atenciones, evitando problemas de “robo de pacientes” por otras comunas. Esta situación de estricto control mantiene la viabilidad de los presupuestos solicitados en base a la cantidad de usuarios pertenecientes a la entidad de salud.

6.2.2.3 CODIGO N°3: CONSULTA MÉDICA DE MORBILIDAD PARA DERIVACIÓN AL INGRESO DEL PSCV

Si bien en la ejecución de las consultas médicas de ingreso es un proceso que no conlleva problemáticas, uno de los aspectos discutibles son los criterios clínicos utilizados para definir las condiciones de los pacientes, un alto número de profesionales médicos extranjeros que ejercen en el centro de salud establece una tendencia de criterios, atención y tratamientos distintos con respecto a los profesionales médicos chilenos. Sin embargo, a pesar de estas diferencias formativas, todos los profesionales médicos establecen sus diagnósticos y terapias de acuerdo a los criterios de las guías de práctica clínica que dispone el ministerio de salud.

Las Guías Clínicas (GC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Las GC tienen el potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones de beneficio probado y desaconsejando las inefectivas. Para ello es necesario que las guías se incorporen en la práctica clínica, es decir, que los profesionales sanitarios adopten sus recomendaciones y las apliquen a sus pacientes. Ello supone un proceso de cambio que en muchas ocasiones es complejo y depende de múltiples factores, siendo relativamente frecuente el hecho que muchos especialistas continúen con su conducta habitual, a pesar de no haber sido validada por un proceso sistemático de búsqueda de evidencia que la sustente⁸¹.

Sin embargo, muchos profesionales médicos ocupan las guías clínicas como un documento de protocolar que se debe seguir al pie de la letra, esta situación puede traer como consecuencia problemáticas en los procesos que se llevan a cabo en la consulta donde el principal afectado es el usuario.

6.2.2.3.1 PUNTOS CRÍTICOS:

6.2.2.3.1.1 FALTA DE INFORMACIÓN EN LA CONSULTA MÉDICA

La descripción del proceso de atención médica bajo la perspectiva del usuario indica una interacción médico - paciente deficiente en tiempo, y con una carente entrega de información sobre la enfermedad hacia los usuarios. La observación de este tópico, indica que los tiempos de atención en los controles del PSCV, son en intervalos de tiempo de 8 -12 minutos aproximadamente.

“Pero, ¿con respecto al del cardiovascular, de la diabetes... le explicó lo que era la diabetes?- Mmm...No mucho, Lo que sí, yo me he informado por otras áreas, debiera dar una inducción, por lo menos.”

Entrevista CS-MC-25

De acuerdo a la perspectiva de los profesionales, este punto crítico, es determinante para que el usuario logre comprender su enfermedad y por consiguiente tome conciencia suficiente sobre las terapias implementadas en el PSCV, con la finalidad de obtener mejores resultados clínicos en los tratamientos implementados, sin embargo, unas de las condicionantes descritas en este paso, son el poco de tiempo de atención disponible para cada usuario, niveles de educación de los pacientes y un bajo número de controles anuales.

6.2.2.4 CODIGO N°4: INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

La falta de personal profesional médico asignado para realizar horas de ingreso es un aspecto limitante en el trabajo del PSCV, cuando existe una derivación de pacientes se busca la vía más expedita posible para que el usuario acceda a bajo las terapias y las prestaciones del PSCV. Sin embargo, una baja dotación de médicos con horas asignadas para evaluación de ingreso limita la cantidad de usuarios con ingreso al PSCV. Este ítem tiene como consecuencias personas en espera para el ingreso al PSCV, con dificultades en acceder a sus medicamentos e imposibilidad de ser beneficiario de las prestaciones del programa.

Parte del ingreso al PSCV corresponde a una etapa previa a la consulta médica denominada preparación de paciente, en este proceso se llevan a cabo las preparaciones clínicas que requieren los usuarios previos al control médico, si bien aproximadamente la mitad de los entrevistados refiere no tener problemas con este proceso, la otra mitad, refiere que el trato del personal no es adecuado, lo que genera una sensación de disconformidad con el trato usuario, que pudiese influir en las inasistencias de los usuarios del PSCV, estas observaciones solo son extraídas desde la perspectiva usuaria, por lo que, extrapolar información como condicionante del proceso se dificulta en base a la metodología de triangulación de datos utilizada.

Las consultas médicas por ingreso al PSCV tienen un mayor rango de tiempo definido por el centro de salud (30 minutos) donde se otorga el tiempo necesario al médico para realizar el diagnóstico y una sesión informativa al usuario sobre su enfermedad, sin embargo, según lo indicado por los usuarios del PSCV no existe una instancia de educación al paciente sobre su patología. Este aspecto referido es considerado de alta relevancia, debido a que, la entrega de información adecuada, suficiente, oportuna y con valoración de

comprensión por parte del usuario puede condicionar el nivel de conciencia que el usuario adquiere sobre su enfermedad y el las terapias indicadas. La mayoría de usuarios entrevistados en estado de compensación clínica refieren un manejo de información con respecto al por qué y cómo se deben cuidar, indicando que la principal fuente de información es externa en base a sus averiguaciones.

Uno de los principales tópicos de desconocimiento referidos por los usuarios, es la falta de información que presentan con respecto a los exámenes de laboratorio. Una estrategia de educación con respecto a este ítem podría ser útil como medida de autocontrol y cuidado, así como también para que el paciente sienta y entienda que debe ser parte del cuidado y control de su enfermedad, ya que dentro de lo observado se manifiesta cierta tendencia a explicar el resultado de estos.

Implementar estrategias de educación al paciente sobre su patología se presentan como una necesidad para el centro de salud, específicamente el programa de salud cardiovascular podría mejorar sus indicadores clínicos por medio de la implementación de talleres que entreguen información sobre aspectos relacionados con la enfermedad, consecuencias y cuidados, abarcando temas sobre el manejo de terapias farmacológicas y terapias no farmacológicas bajo una perspectiva de trabajo con el usuario y su red de apoyo. Todo el contexto informativo se debe trabajar en habilidades de adaptación lingüística y actividades interactivas para asegurar que el usuario entienda la información entregada.

6.2.2.4.1 PUNTOS CRÍTICOS:

6.2.2.4.1.1 FALTA DE PERSONAL MÉDICO PARA LA ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS

Existe una falta de personal médico en el centro de salud para llevar a cabo las atenciones médicas de ingreso, este factor es determinante en los tiempos de espera entre derivación al ingreso del PSCV, y las horas de ingreso asignadas por el centro de salud.

6.2.2.5 CODIGO N°5: RETIRO DE MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE FARMACIA

La unidad de farmacia del centro de salud Dr. Miguel Concha, es la única dependencia que tiene un documento de procedimiento operativo estándar, este documento realizado por los profesionales químicos farmacéuticos del centro de salud en base a la experiencia de funcionamiento de la farmacia, define las acciones que se ejecutan, por medio de descripciones, análisis y establecen los procedimientos a seguir en los distintos posibles casos que se presentan durante el funcionamiento de la unidad.

Aun con la definición de sus procedimientos y la aplicación del protocolo operativo estándar, la unidad de farmacia funciona habitualmente al borde de su capacidad máxima, esto debido a, principalmente a la gran cantidad de usuarios que el centro de salud entrega sus prestaciones de salud.

“El servicio en farmacia lo considero regular, yo tenía que haber retirado remedios en diciembre pero no pude porque resulta que tenía un viaje programado y fui no más y volví ahora en febrero, el 9 de febrero volví y veo dos señoritas atendiendo, considero de que hay poco personal. Y aparte de eso se meten unas personas que no tienen ni número, y a ellos los atienden, y uno lleva horas esperando. Eso es incómodo para las personas que están esperando, los tiempos de espera son muy largos.”

CS-CM-23

Con respecto a sus limitaciones físicas, la farmacia cuenta con cinco estaciones de despacho para los técnicos en farmacia, y una estación lateral de apoyo para el despacho de medicamentos provenientes de consulta odontológica o consulta médica por morbilidad. Los horarios del personal están fijados estratégicamente para obtener un funcionamiento máximo en las horas de mayor afluencia de usuarios, sin embargo, esta disposición es establecida en base a las observaciones diarias de los funcionarios que trabajan en la farmacia. Siendo variable con respecto a las fechas y las condiciones de los días de atención.

Otras actividades que se realizan en la farmacia, y que no son consideradas dentro de la percepción de trabajo de los algunos funcionarios y usuarios son:

- Acondicionamiento de la bodega de la farmacia: La cantidad constante de pedidos, tantos como de llegada desde la bodega central, el SSVQ, prestamos de otros centros de salud y de salida, establecen una dinámica constante de acondicionamiento de la bodega donde se debe gestionar las modificaciones físicas del posicionamiento de medicamentos e insumos médicos.
- Gestión de los medicamentos en la farmacia: Constante revisión y ordenamiento de medicamentos de acuerdo al protocolo de almacenamientos de medicamentos disponible en el centro de salud.
- Gestión de farmacia móvil: Actualmente el departamento de salud Quillota por medio del centro de salud Dr. Miguel Concha ejecuta su programa de farmacia móvil, el cual consiste en realizar los despachos de medicamentos en las juntas de vecinos de las poblaciones de Quillota, esta prestación del centro de salud, está a cargo del personal de farmacia tanto en su ejecución y planificación.

Por lo tanto, las referencias de los usuarios al tiempo de espera en el retiro de medicamentos en pacientes crónicos, se establecen bajo un punto de vista acotado en los servicios que ofrece la entidad de farmacia, siendo la gran cantidad de usuarios que retira medicamentos diariamente un número mayor a la capacidad

de funcionamiento optima de la farmacia, factor que condiciona los altos tiempos de espera de un usuario en el retiro de su farmacoterapia.

Los procesos descritos, se ajustan a una metodología de atención adoptada por todo el personal técnico en farmacia de acuerdo al procedimiento operativo estándar existente. Tanto las observaciones de campo como la información obtenida desde los funcionarios y usuarios se ajustan en una estructura única, sin diferencias, en un relato que representa el proceso de dispensación de medicamentos a pacientes del PSCV.

6.2.2.5.1 PUNTOS CRÍTICOS:

6.2.2.5.1.1 VIGENCIA DE RECETA EN PACIENTES CRÓNICOS

Dependiendo de la categorización clínica de riesgo de un usuario perteneciente al PSCV serán asignados los controles con profesional médico, por lo tanto, las recetas de paciente crónico debiesen tener una duración que asegure cubrir el tiempo necesario hasta el siguiente control médico. Al no existir protocolización de la duración de la receta de paciente crónico, existen diferencias entre la duración asignada entre los distintos profesionales médicos del centro de salud. Esta diferencia, acarrea que existan usuarios en el PSCV con recetas caducadas entre los controles médicos asignados, ya que, de acuerdo a la normativa legal el profesional médico es el personal habilitado para realizar la prescripción de medicamentos, por lo tanto, recetas caducadas deben ser revalidadas por un médico. Esta revalidación en muchos casos se concreta de manera informal, fomentando una práctica de prescripción no controlada que no solo pone en riesgo al usuario, sino que además, al ser repetitiva los casos de revalidación de receta ocupan tiempo de los profesionales médicos que están asignados para otras finalidades. Si consideramos que esta práctica no tiene un control por parte del sistema del centro de salud, la multiplicidad de las situaciones de recetas caducadas más las bajas dotaciones de médicos en el centro de salud converge en una problemática que entrapa el flujo de acciones, enlenteciendo el sistema para el usuario y el profesional. Cabe mencionar que ningún otro profesional está legalmente habilitado para realizar la prescripción, por lo tanto, la soluciones a este tipo de situaciones no puede ser efectiva en farmacia u otra área administrativa.

Por lo tanto, una incongruencia entre la duración de una prescripción y el retiro de medicamentos por parte del usuario establece problemas al retiro y posibles interrupciones de farmacoterapias de carácter crónicas las cuales podrían tener una repercusión en el estado clínico del usuario.

6.2.2.5.1.2 DUPLICIDAD DE RECETAS EN SISTEMA INFORMÁTICO

Existen situaciones donde el usuario presenta en su perfil del sistema informático RAYEN doble prescripción de origen de atención crónica, cuando sucede esta situación el técnico de farmacia verifica que la receta duplicada corresponda a la misma patología crónica por medio de la comparación de diagnóstico y prescripciones. En caso de ser efectiva la detección de duplicidad de receta, el técnico de farmacia deriva al profesional Químico farmacéutico el cual debe gestionar el cierre de la receta no correspondiente a través de un profesional médico como la normativa legal lo requiere.

6.2.2.5.1.3 ESPACIO FÍSICO DE ALMACENAMIENTO

Actualmente la farmacia del centro de salud Dr. Miguel Concha, no cuenta con el espacio físico suficiente para mantener un stock de medicamentos e insumos médicos que permita un funcionamiento adecuado de las prestaciones que entrega la farmacia, la bodega principal es externa al centro de salud, por lo que, cualquier tipo de mínimo inconveniente en la planificación de pedidos, puede ocasionar una falta de medicamento en la farmacia con las consecuencias de interrumpir la farmacoterapia de un usuario. Este ítem, es controlado bajo una estricta evaluación constante, sin embargo, cualquier problema externo que afecte esta planificación influyen rápidamente en el servicio de entrega de medicamentos, reduciendo los márgenes posibles de error que puedan presentarse.

6.2.2.5.1.4 TIEMPO DE ESPERA

De acuerdo a la información proporcionada por los usuarios, tres cuartos de ellos considera que existe un alto tiempo de espera desde que llegan al centro de salud hasta que logran ser atendidos en la farmacia. Esta situación se produce principalmente a la alta cantidad

¿Usted todos los meses retira en farmacia, no cierto? - No... se me olvida... - ¿Por qué se olvida?

Porque sabe que hay que esperar tanto allá abajo, trato de venir después de las once porque si usted viene más temprano a las 8... a las 10 las niñas se paran y se van a tomar desayuno parece y ahí queda todo eso botado. No tengo problemas en farmacia, es la demora nomás....la espera"

Entrevista CS-MC-21

6.2.2.6 CODIGO N°6: CONTROLES DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Estructuralmente el PSCV establece categorizaciones de riesgo clínico según las condiciones de cada usuario. Este riesgo clínico de categorización contribuye a la gestión de administración de las horas con los profesionales de control cardiovascular, sin embargo, la asignación de horas a control de acuerdo al criterio único de cada profesional de control converge en una falta total de protocolización y organización de acuerdo a las condiciones y capacidad que el centro de salud presenta para llevar a cabo esta prestación.

Actualmente se define la frecuencia de los controles depende del riesgo de la persona: a mayor riesgo, mayor frecuencia de controles. Sin embargo, es indispensable compensar las diferentes patologías y factores de riesgo lo antes posible de acuerdo a las metas establecidas según el RCV de las personas. Se debe citar a los pacientes cada 7-14 días para el ajuste inicial de las dosis, monitoreo de los efectos adversos y refuerzo de la adherencia⁸², la frecuencia de controles se define en la siguiente tabla:

| | | Riesgo ALTO | Riesgo MODERADO | Riesgo BAJO |
|-----------------------------|-----------------------|---|---|--|
| Frecuencia de los controles | Usuario Descompensado | Control cada 7-14 días hasta lograr metas. | | |
| | Usuario Compensado | Control médico cada 3 meses después de lograr metas | Control médico cada 6 meses después de lograr metas | Control médico cada 12 meses después de lograr metas |

Fuente: *Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares, Minsal, consenso 2014.*

Una estructuración por medio de un protocolo de asignación de controles del PSCV, de acuerdo a las categorización de usuarios según lo indicado por el ministerio de salud, contribuiría a un primer paso de gestión administrativa que contribuya a la modelación de un sistema de optimización de horas con profesional médico, maximización de recursos terapéuticos evitando situaciones de usuarios sin control por la no disponibilidad de horas, situación que conlleva a un vencimiento de receta, dificultad de retiro de su farmacoterapia, y por consiguiente a una riesgo latente de descompensación clínica.

6.2.2.6.1 PUNTOS CRÍTICOS PROPUESTOS:

6.2.2.6.1.1 FALTA DE CIERRE DE RECETAS DUPLICADAS POR AJUSTES DE FARMACOTERAPIAS EN CONTROLES POR DESCOMPENSACIÓN

Cuando existen consultas médicas de morbilidad por descompensación la mayoría de los casos existen ajustes de tratamiento fármaco-terapéutico en situaciones de descompensación del usuario, la modificación de prescripción puede agregar o quitar medicamentos como también tener un cambio en la dosis de los medicamentos ya prescritos. Esta situación genera una nueva receta en el usuario crónico. De acuerdo a las referencias entregadas por los funcionarios que se desempeñan en la farmacia, existe un alto porcentaje de usuarios que al presentar ajuste e de tratamiento acarrear la problemática de receta duplicada. Uno de los aspectos relevantes que acarrea este punto crítico, es la demora del personal técnico de farmacia en el despacho de los medicamentos, debido a que, la verificación de la receta a despachar, implica múltiples gestiones de consulta que se traducen en tiempo de demora en la atención.

6.2.2.6.1.2 CAMBIO DE ASIGNACIÓN DE HORA EN CONTROLES

Existen múltiples ocasiones que se genera una reorganización de las horas de controles cardiovasculares a los usuarios del PSCV, estos cambios de hora genera que los usuarios no asistan a sus controles, referido principalmente por la falta de tiempo que genera la gestión de una nueva hora en sus trabajos para asistir al control.

“Varias veces me han cambiado la hora de control, Uno se organiza... y se organiza. Claro, Perdí una hora de control y no sé porque me la cambiaron, yo tenía todo programando, me llaman y me avisan después. Dije: ¿qué voy a hacer? Tuve que faltar, Si me retan me retan”

Entrevista CS-MC-26

6.2.2.6.1.3 FALTA DE PROFESIONAL MÉDICO

Los usuarios refieren una falta en sus controles cardiovasculares con el profesional médico, si bien existe, asignaciones rotativas de profesionales de atención de control. El orden de las asignaciones no siempre es respetado, ya que, este se ajusta a la disponibilidad de profesionales para cada situación.

“A mi más o menos a mí me dan cada 6 meses hora para control - ¿con quién tiene control? la última vez me tocó con enfermera, y ahora me dicen que no hay médico, así que me toca con enfermera de nuevo. No existe un orden para nada. El médico me debería ver por lo menos cada 6 meses.”

Entrevista CS-MC-26

6.2.2.6.1.4 IMPLEMENTACIÓN DE MÉDICO DE CABECERA PARA CONTROL CARDIOVASCULAR

Un aspecto relevante referido por los usuarios, es la falta de implementación de un sistema de atención médica con estrategias de asignación de profesional única por grupos de usuarios, con la finalidad de implementar atención de control programa con un médico de cabecera. Cerca de la mitad de los entrevistados expresan que el tener un médico de cabecera facilitaría el control de su enfermedad, ya que, el tiempo perdido en explicar su historia a cada médico asignado en control, podría ser utilizado en la entrega de información para mejorar la adherencia a la terapia y/o resolver dudas sobre las patologías.

“¿Cómo considera la consulta médica? – Más o menos, considero que como uno no tiene un médico constante, claro...un médico que sea el mismo que me atienda, porque uno viene una vez y le toca uno, le toca otro y así”

Entrevista CS-MC-23

Los profesionales estiman que la implementación de un sistema de médicos de cabecera a grupos de usuarios tendría consecuencias positivas en el apoyo de tratamiento de estos, sin embargo, considerando el alto número de usuarios del PSCV, una implementación de estrategias como esta podría llevar agravar aún más la situación de carencia de controles por falta de profesional médico.

6.2.2.7 CODIGO N°7: EXÁMENES EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

La detección precoz de la enfermedad cardiovascular en una etapa subclínica, esto es, en personas asintomáticas, tiene el objetivo de contribuir a prevenir eventos coronarios agudos tales como la angina inestable, el infarto agudo de miocardio y más importante aún, la muerte de origen coronario. La utilidad clínica de los factores de riesgo convencionales para predecir eventos cardiovasculares es limitada⁸³. La detección de aterosclerosis subclínica mediante estudios no invasivos puede mejorar la predicción de riesgo más allá de lo logrado por los algoritmos de estimación de eventos cardiovasculares futuros que sólo incluyen los factores de riesgo clásicos, como es el caso, por ejemplo, del algoritmo derivado del Framingham Heart Study.

La racionalidad de realizar la pesquisa de enfermedad coronaria en personas asintomáticas clasificadas inicialmente como de riesgo intermedio, es que la aplicación en ellos de una prueba de laboratorio diseñada para la detección precoz de enfermedad coronaria, puede permitir reclasificarlos en riesgo alto o bajo. En el caso de resultar reasignados a la categoría de riesgo alto, existe fundamento para un cambio de conducta terapéutica como reforzar las medidas referentes a cambios de estilo de vida. Por el contrario, sujetos

reclasificados como de riesgo bajo o tal vez denominados más apropiadamente como de riesgo estándar, podrían ser seguidos en forma menos activa, mejorando su calidad de vida, evitando los potenciales efectos colaterales de los fármacos utilizado para fines preventivos y ahorrando recursos económicos personales y de la sociedad considerada como un todo.

Considerando que los exámenes clínicos de los usuarios del PSCV son la herramienta principal utilizada por los profesionales para llevar a cabo diagnóstico y un control de la evolución de la enfermedad de los usuarios, una constante pesquisa de la enfermedad representa la estrategia principal en la prevención de estados descompensados de la enfermedad, el monitoreo constante contribuye en la planificación terapéutica del paciente donde la compensación de la enfermedad reduce los riesgos de muertes, estableciendo las toma de exámenes clínicos como la herramienta de mayor importancia para el control de los usuarios del PSCV.

6.2.2.7.1 PUNTOS CRÍTICOS

6.2.2.7.1.1 Falta de información en el procedimiento de toma de exámenes

Al funcionar con la modalidad de toma de exámenes en dependencias externas al centro de salud, existen mucho usuarios que se confunden en la asistencia al procedimiento de toma de muestra, esta problemática radica en que antiguamente la toma de exámenes era en las dependencias del centro de salud y el cambio de modalidad no cuenta con información necesaria para asegurar que los usuarios hagan el procedimiento como se plantea.

“Me dieron un papel para hacerme exámenes. Yo me he hecho control acá de exámenes de sangre, ahora a uno lo mandan para SUAD en Condell, el mes pasado me dieron hora para los exámenes y llegue allá temprano como las 7:30, porque uno debe estar a las 8. Y cuando llego la niña me dice: señora usted no tiene que atenderse aquí. “Y porque, le digo yo”, si del consultorio me mandaron para acá. No me dijo tiene que irse al consultorio. Por lo tanto, no vine al consultorio porque tenía que irme a trabajar. Entonces no pude hacerme los exámenes para el control. Y la niña me dijo que tenía que ir a Condell y le dije que me habían devuelto una vez. Y la niña dijo que todos los crónicos deben ir a Condell”

Entrevista CS-MC-18

6.2.3 FUTURAS APLICACIONES

Estructuralmente la aplicación de una metodología descriptiva en la implementación de un programa de salud en una entidad de salud nos permite trabajar en procesos de mejora continua que contribuyen a una gestión de un sistema de trabajo. La descripción de procesos, detección de puntos críticos de estos; basados en una adaptación local de los procesos de salud ejecutados, permiten obtener información de alta relevancia en la confección de documentos oficiales para las entidades de salud, como por ejemplo los procedimientos operativos estándar.

Estos documentos sumando a una gestión de los profesionales que permita una constante retroalimentación y medición de indicadores propuestos, son las herramientas requeridas para implementar una visión sistémica en una entidad de salud que nos permita un mejor manejo de recursos económicos por medio de la optimización de herramientas terapéuticas como los medicamentos, además de mejorar los servicios hacia los usuarios de las entidades de salud que se reflejen en la mejora de los estados clínicos de las personas contribuyendo a la mantención de una mejora en la salud.

CONJETURAS Y CONCLUSIONES

7.1 CONJETURA GENERAL

Considerando que la investigación realizada se sostiene sobre una metodología cualitativa que enfatiza el estudio, la descripción de procesos y los significados de estos, su fundamento teórico se enmarca principalmente en los fenómenos y experiencias humanas que suceden en la ejecución del PSCV, en el centro de salud Dr. Miguel Concha. El estudio tiende a enfatizar la naturaleza socialmente construida de la realidad, en base a la relación estrecha construida entre el investigador y lo que estudia, considerando en todo momento que las limitaciones prácticas existentes definen los tópicos de indagación asociados al estudio.

Sin embargo, de forma general se piensa que el objetivo del paradigma en que se apoya la investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación, que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de sus autores. La descripción de los procesos que conforman una estrategia de salud implementada en una entidad de salud que la ejecuta, permite interpretar y construir significados subjetivos que los actores atribuyen a su experiencia, estableciendo estrategias sistemáticas de estudio de la experiencia cotidiana.

Un análisis de los procesos descritos nos permitió establecer una aproximación en la identificación de los posibles factores que afectan el desempeño de las acciones que se llevan a cabo en el centro de salud, siendo el análisis de la información obtenida de una esquematización de múltiples actividades definidas para la identificación de puntos críticos, así como la definición de procesos de alto rendimiento, los pilares que deben ser validados en un proceso de mejora continua. No obstante, la gestión de actividades que enmarcan una visión sistémica, que debe ser dinámica en base a estrategias colectivas de retroalimentación que permita una gestión óptima de las herramientas disponibles ajustadas al contexto local donde se llevan a cabo.

7.2 CONJETURA LOCAL

En general se puede visualizar que en el centro de salud, no existe una asignación de trabajo definida que asuma la responsabilidad por los procesos terapéuticos del PSCV. Sin embargo, existen múltiples asignaciones profesionales que asumen la responsabilidad de procesos específicos de las terapias asignadas, es así como la farmacoterapia asumida bajo un control profesional médico y del químico farmacéutico establece un proceso controlado que bajo una comunicación deficiente con lo demás procesos terapéuticos se enmarca como un funcionamiento bajo los parámetros del paradigma del proceso. Por lo tanto, la pregunta que surge es ¿cómo podemos intervenir y mejorar estos procesos?

La respuesta radica en que debe existir una instancia en que como profesionales establezcan medios de comunicación efectiva, bajo una estrategia de gestión de sistema, que permita una constante retroalimentación de los resultados de cada proceso permitiendo la modelación de acciones bajo un concepto de mejora continua. Un constante trabajo de equipo sumado a actividades de capacitación que refuercen las competencias necesarias para comprender el entorno converge en estrategias de trabajo donde se proponen soluciones prácticas a los problemas cotidianos, donde el mayor beneficiado es el usuario.

Sin embargo, las acciones de mejora ajustada al medio local, siempre están delimitadas por ciertas perturbaciones al sistema que imposibilitan mejoras directas en un proceso, estableciendo una problemática en los sistemas de gestión, donde el ajuste a una realidad local representa el ítem de mayor importancia al implementar acciones correctivas.

Algunas de las limitaciones que presenta el Centro de salud Dr. Miguel Concha son:

7.2.1 BARRERAS EN LA EJECUCIÓN DEL PSCV EN EL CENTRO DE SALUD

7.2.1.1 INFRAESTRUCTURA Y CONECTIVIDAD

Actualmente persisten deficiencias de infraestructura en el centro de salud Dr. Miguel Concha con respecto a la cantidad de usuarios que hacen efectiva sus prestaciones de salud. El espacio físico disponible es utilizado en su capacidad máxima, limitando implementación de unidades de mejoramiento que permitan la gestión, registro y monitoreo de los procesos que se llevan a cabo.

7.2.1.2 DOTACIÓN DE RRHH

Corresponde a unos de los principales aspectos responsables en la dificultad del cumplimiento óptimo de los procesos preestablecidos. Sin embargo, es de alta importancia considerar que la dotación de personal responde a las limitaciones de infraestructuras definidas, siendo el déficit de dotación de profesionales médicos uno de los principales problemas.

7.2.2 MEJORAMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN ASISTENCIAL

La implementación de estrategias mixtas de investigación cuali - cuantitativa que permitan definir las realidades de los distintos centros de salud, permiten obtener información necesaria para cimentar una gestión de un sistema de salud, que nos permita un control de recursos económicos y humanos en pro de la atención a los usuarios. Una correcta gestión de la información y las acciones ejecutadas enmarca los procesos de un centro de salud podría como una entidad pionera en trabajar bajo condiciones definidas por el paradigma del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Policy Perspectives on Medicines, Effective medicine regulations: ensuring safety, efficacy and quality, WHO, EDM. 2003.
2. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med. 2003.
3. Hogerzeil H. (1995) Promoting rational drug use: an international perspective. British Journal of Clinical Pharmacology 39, pág. 1–6.
4. Rouhi, Maureen. Top Pharmaceuticals: Thalidomide. Chemical & Engineering News 1983, pág. 1-5.
5. Rouhi, Maureen, The story of our laws behind the medicine labels, FDA Consumers. 1981, pág. 1-5.
6. Castilla EE et al. Thalidomide, a current teratogen in South America. Teratology, 1996, pág. 273–277.
7. Royall BW, Vigilancia de las reacciones medicamentosas adversas, Crónica de la OMS, 1973, pág. 501-507.
8. Informe de una reunión de la OMS, Vigilancia Farmacológica Internacional, Función de los Centros Nacionales, OMS Serie de Informes Técnicos N° 498, pág. 5-28.
9. Westerholm B, El sistema sueco de vigilancia farmacológica, OMS Serie de Informes Técnicos N° 498, pág. 29-40.

10. Inman WHW, Sistema de vigilancia farmacológica del Reino Unido, OMS Serie de Informes Técnicos N° 498, pág. 41-47.
11. Linquist AM. Seeing and observing in international pharmacovigilance. Uppsala, Centro Colaborador de la OMS para la Vigilancia Farmacéutica Internacional, 2003, pág. 1-2.
12. UCFC. Mortality Multiple Cause Micro-data Files, US Centers for Disease Control. 2014, pág. 19-23.
13. Chen LH, Hedegaard H, Warner M. Drug-poisoning deaths involving opioid analgesics: United States & NCHS data brief of US Department of Health and Human Services. 2014, pág. 1-2.
14. Sabater Hernández D., Silva Castro M., Faus Dáder MJ. Método Dáder Guía de Seguimiento farmacoterapéutico. Universidad de Granada, España. Tercera Edición, 2007.
15. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm, 2007, pág. 5-17.
16. MINSAL, Resolución N° 381, Norma General Técnica N°140 sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia de Productos de Uso Humano, publicada el 20 de junio de 2012, disponible en www.ispch.cl/anamed/_subdeptofarmavigilar, accedida 22/09/2015.
17. Sub-Departamento de Farmacovigilancia, ANAMED, Instituto de Salud Pública de Chile, Boletín de Farmacovigilancia N°3, 2014, disponible en <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinFV0322082014B.pdf>, accedida 22/09/2015.
18. Hepler CD, Richard Segal. Preventing Medication Error and Improving Drugs Therapy Outcomes: A Management System Approach, 2003.
19. Grupo GEPEM (Grupo Español para la Prevención de Errores de Medicación). Mejora de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos: funciones del especialista en farmacia hospitalaria. Farm Hosp. 2005.
20. Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA 60.16. 23 de mayo 2007. Ginebra.

21. Malagón Londoño / Galán Morera, La Salud Publica situación actual – propuestas y recomendaciones, Primera edición, Editorial Panamericana, Bogotá Colombia, 2002.
22. American Pharmacists Association, National Association of Chain Drug Stores Foundation. Medication therapy management in pharmacy practice: core elements of an MTM service model. 2008, disponible en http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/core_elements_of_an_mtm_practice.pdf, accedida 05/11/2015.
23. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing home medicines review (HMR) services, disponible en <http://www.psa.org.au/download/practiceguidelines/homemedicines-review-services.pdf>, accedida 10/10/2015.
24. Sabater Hernández D, Silva Castro M, Faus Dáder M. Dader method. Medication review with follow up guide liness. 3rd ed. Granada: Pharmaceutical Care Research Group; 2007.
25. Bunting BA, Cranor CW. The Asheville project: long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community based medication therapy management program for asthma. J Am Pharm Assoc. 2006, pág. 133–147.
26. Cranor CW, Christensen DB. The Asheville project: short-term out comes of a community pharmacy diabetes care program. J Am Pharm Assoc. (Wash). 2003, pág. 149–159.
27. Westfall JM, Mold J, Fagnan L. Practice-based research “Blue Highways” on the NIH roadmap. JAMA. 2007, pág. 403–416.
28. MINSAL, Defunciones según grupo de edad, por región, gran grupo de causas de muerte y sexo. Chile 2010 [updated Diciembre 2012], 2012. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad>, Accedida 23/02/2016.
29. Barefoot JC, Gronbaek M, Jensen G, Schnohr P, Prescott E. Social network diversity and risks of ischemic heart disease and total mortality: Findings from the Copenhagen city heart study. Am J Epidemiol. 2005.
30. MINSAL. Norma técnica n°140, 2010. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4a31ad6db50e085e040010165017a39.pdf>, accedida 05/11/2015.

31. MINSAL, Norma técnica n°12, 2010. Disponible en http://www.saludohiggins.cl/attachments/730_a1_ngen_tecnican12.pdf, accedida 05/11/2015.
32. Superintendencia de Salud. Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada. 2009.
33. Minsal. Norma técnica n°113, 2010. Disponible en http://www.saludohiggins.cl/attachments/730_a1_ngen_tecnican12.pdf, accedida 24/02/2016.
34. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Taxonomy of medication errors, 1998. Disponible en <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>, accedido 24/02/2016.
35. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, and M.S. Donaldson, eds., To Err Is Human: Building a Safer Health System Washington: National Academies Press, 2000.
36. Institute of Medicine. 2013, Disponible en <http://www.iom.edu/About-IOM.aspx>, accedida en 22/10/2015.
37. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc (Wash). 2001, pág. 192–999.
38. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm. 1990, pp 532-543.
39. Faus MJ, Amariles P, Martínez Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. 2008.
40. Holloway K, Green T. Organización mundial de la Salud, Comités de farmacoterapia. Guía práctica, 2003, pág. 1-3.
41. Organización Mundial de la Salud, Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales, 2002, pág. 1-2.
42. Narbona K, Durán G. Caracterización Del Sistema De Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical E Institucional. Research, Policy and Practice With Regard To Work–Related Mental Health Problems in Chile: A Gender Perspective. Proyecto Araucaria. 2009.

43. Casajuana J, Laporte JR. Condicionales, necesidades y prioridades en investigación clínica en atención primaria. Diógenes E. Guía de investigación Clínica para atención primaria. Mayo ediciones. Barcelona. 2005, pág. 17-19.
44. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Programa Salud Cardiovascular: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes, 2002, Disponible en <http://www.minsal.cl/ici/padulto/doc/Reorientacion%20de%20los%20Programas%20de%20Hipertension%20y%20Diabetes.pdf>, accedida el 10/10/2015.
45. MINSAL, Escobar C, Obreque A. Implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular. Norma técnica. Chile, 2010.
46. MINSAL, Bedregal P, Margozzini P, González C. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Chile, 2008.
47. MINSAL, Valdivia G, Margozzini P. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Informe final, resumen ejecutivo. Chile, 2010
48. New England journal of medicine, Chobanian AV. Shattuck lecture the hypertension paradox -more uncontrolled disease despite improved therapy. 2009.
49. Ordúñez ~ P, Campillo C, Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores. Washington, DC: OPS; 2011.
50. Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. Lancet. 1998; pág. [351]:57-60.
51. Anguera, M.T. Manual de prácticas de observación. México: Trillas. 1983.
52. RIBA, C. El método observacional - Decisiones básicas y objetivos. 1991.
53. Van Teijlingen E, Hundley V. The importance of pilot studies. Soc Res Update. 2001; pág. [35]:1-4.

54. Streiner D, Norman G. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 4th ed. USA: Oxford University Press; 2008.
55. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: Theory and application. *Am J Med.* 2006.
56. Biblioteca del congreso nacional de chile, Ley chile n° 20.584, 2012. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>, accedida el 06/11/2015.
57. STENHOUSE, L. Investigación y desarrollo del curriculum. Morata. Madrid. 1984.
58. Ibáñez J. Sobre la Metodología Cualitativa. *Rev. Española Salud Publica.* 2002, pág. [76]: 373-380.
59. Miles, M. B. y Huberman, A.M. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2a Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 1994.
60. LORENZO, S.; MIRA, J. La Técnica Delphi de investigación cualitativa. Disponible en: http://www.aecirujanos.es/images/stories/recursos/secciones/gestion_calidad/2015/cap4.pdf. accedida en: 12/01/2016.
61. RODRÍGUEZ, G.; GIL, J.; GARCÍA, E. *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Editorial Félix Varela, 2004. pág. 39-57.
62. MERCADO, F. Investigación cualitativa en América Latina: perspectivas críticas en salud. *Int. J. Qual. Meth.*, v.1, 2002. pág.1-27.
63. Morse J. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. California: Sage Publications. 1994.
64. Francisco Cisternas Cabrera, Categorization and triangulation as processes of validation of knowledge in qualitative investigations. Departamento de Ciencias de la Educación, Facultad de Educación y Humanidades. Universidad del Bío-Bío, Chillán. 2005.
65. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *Br Med Jo*; pág [311]:109-12. 1995.

66. Denzin N y Lincon Y. Handbook of Qualitative Research. 3ra Londres: Sage Publications, 1994.
67. Breakwell, Glynis M, Sean Hammond & Chris Fife-Schaw: Research Methods in Psychology. London: Sage, 1995.
68. Marshall, Catherine & Rossman, Gretchen B. Designing qualitative research. Newbury Park, CA: Sage. 1989.
69. Erlandson, David A.; Harris, Edward L.; Skipper, Barbara L. & Allen, Steve D. Doing naturalistic inquiry: A guide to methods. Newbury Park, CA: Sage. 1993.
70. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 3th edition. Thousand Oaks: Sage; 2000.
71. HERNÁNDEZ R., FERNÁNDEZ C. y BAPTISTA L.P. Metodología de la investigación. Cuarta edición. México: Mc Graw-Hill. 2006.
72. Ortí A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1995, pág. 85-95.
73. Molina, J. Mixed Methods Research in Strategic Management: Impact and Applications. Organizational Research Methods, 2010 pág. 1-24.
74. Morse, J. M. "Principles of mixed and multi-method research design", en A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), Handbook of mixed. 2003.
75. Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions about Prescribed Medicines and Supporting Adherence, Nice Clinical Guidelines, N° 76, January 2009. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Disponible en <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76NICEGuideline.pdf> accedida 17/04/16.
76. Mayan MJ. Una Introducción A La Investigación Cualitativa. Un Módulo De Entrenamiento Para Profesional Y Estudiantes. 2001, disponible en <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>, accedida 18/04/16.

77. Heinemann K. Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte. Barcelona: Paidotribo; 2003.
78. Miquel, S., Bigné, E., Lévy, J. P., Cuenca, A. C. & Miquel, M. J.: Investigación de Mercados, McGraw-Hill, Madrid, 1997.
79. Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2009). Research methods for business students, Prentice Hall, Harlow.
80. Flick, U. An Introduction to Qualitative Research. Cuarta edición. SAGE Publications. Londres, 2009.
81. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Manual metodología: Desarrollo de guías de práctica clínica. Disponible en <http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/guias-clinicas-por-regimen/>, accedida 20/04/2016.
82. Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares, Minsal, consenso 2014.
83. New England journal of medicine, Ware JH. The limitations of risk factors as prognostic tools. 2006.

ANEXOS

9.1 ANEXO N°1: ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA



CBI – Facultad de Farmacia

**ACTA DE EVALUACIÓN
30/2015**

El Comité de Bioética para la Investigación (CBI) de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso, constituido por Sergio Blaimont, Asesor Jurídico externo y los académicos de la Facultad de Farmacia, Prof. Rafael Jiménez (Presidente del CBI), Prof. Raúl Vinet (Secretario del CBI), Prof. Claudia Vega (Miembro del CBI) y Prof. Marcela Escobar (Miembro del CBI) declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Descripción del Proceso terapéutico en Usuarios Pertencientes al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Primario Dr. Miguel Concha” presentado por Claudio Orrego, alumno regular de la carrera de Química y Farmacia y dirigido por el PROF. JUANCOLLAO.

Para su evaluación, el CBI revisó los antecedentes contenidos en la “SOLICITUD PARA LA APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN QUE INVOLUCRE AL SER HUMANO COMO SUJETO DE INVESTIGACION, EL USO DE MUESTRAS HUMANAS O EL USO DE DATOS PERSONALES” (Versión Diciembre 2014). La solicitud incluye:

a) Consentimiento informado, b) Acuerdo de confidencialidad.

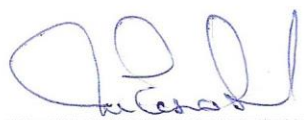
Objetivo del Estudio. El objetivo general del estudio consiste en describir los procesos terapéuticos del programa de salud cardiovascular, información que contribuirá a los cimientos de la modelación de un sistema de gestión fármaco-terapéutico.

Metodología. Se propone un estudio observacional descriptivo exploratorio de tipo transversal que

se llevará a cabo en el Centro de Salud Dr. Miguel Concha, Quillota. Para la descripción del proceso fármaco-terapéutico se realizarán entrevistas y se analizarán datos desde fichas clínicas, y estadísticas locales. En las entrevistas se incluirán profesionales y funcionarios involucrados con el proceso fármaco-terapéutico. Se incluirán usuarios del programa de salud cardiovascular mayores de 18 años que firmen el consentimiento informado.

- I. El CBI considera que los objetivos del proyecto han sido bien definidos y que la metodología asociada a sus logros se ha establecido adecuadamente.
- II. En la valoración bioética del proyecto, el CBI no objetó otro aspecto que pudiera estar relacionado con el proyecto.
- III. Por lo anterior, el CBI de la Facultad de Farmacia **APRUEBA** el protocolo experimental, tal y cual se señala en el proyecto.

Firman el Acta los miembros del Comité:



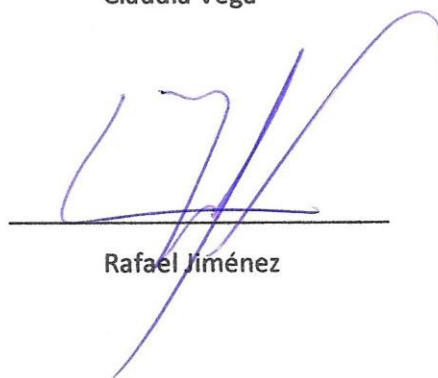
Marcela Escobar



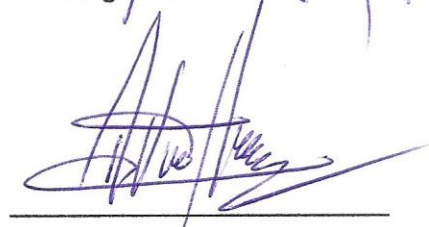
Claudia Vega



Sergio Blaimont



Rafael Jiménez



Raúl Vinet

Valparaíso, 09 de Diciembre de 2015.

9.2 ANEXO N°2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

La Escuela de Química y Farmacia de la Universidad de Valparaíso, en conjunto con el servicio de Farmacia del Centro de Salud Dr. Miguel Concha, le invitan a participar del estudio titulado “*Descripción del proceso terapéutico del programa de salud cardiovascular en el centro de salud primaria Dr. Miguel Concha*” cuyo objetivo es estudiar los procesos y procedimientos involucrados en la provisión de farmacoterapia al interior del centro de salud. El objetivo de este estudio es establecer un sistema de que permita hacer cada vez más eficiente el uso de medicamentos, permitiendo tener los mejores resultados posibles de estas tecnologías.

Para esto, el equipo de investigadores solicita acceso a su ficha clínica, para recolectar datos sobre el uso de medicamentos, y en general, sobre cualquier procedimiento que le sea practicado a Ud. O su representado dentro del hospital. Cabe destacar que este estudio no involucra ningún tipo de intervención en el paciente, por lo que Ud. O su representado, no corren ningún tipo de riesgo. Por otra parte, los datos serán recogidos bajo un nombre en código y tratados con carácter de información confidencial, lo que significa que su participación es totalmente anónima.

Su participación es **voluntaria** y puede elegir ser o no ser parte del estudio, de modo que si se niega a participar seguirá recibiendo la misma atención que hasta ahora. De igual forma, si usted acepta participar, puede retirarse en cualquier momento que estime conveniente, sin problemas ni sanciones. Asimismo, es importante destacar que su participación es gratuita y ninguno de los miembros del equipo en este estudio recibirá dinero ni compensaciones por los datos obtenidos en este estudio.

Yo, _____, CI: _____ con fecha _____,

en representación de _____ CI: _____ declaro que me ha sido leída y he leído la información proporcionada, he podido aclarar mis dudas y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Autorizo voluntariamente a los investigadores para que se utilice la información solicitada anteriormente.

ACEPTO

9.3 ANEXO N°3 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

En Quillota, a _____ de _____ del año 2015, don _____, en representación de _____, C.I. N° _____ domiciliado en _____ por una parte; y por la otra, _____, representada por _____, ambos domiciliados en _____ convienen en celebrar el presente Acuerdo de Confidencialidad, en adelante el "Acuerdo", sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación:

PRIMERO: OBJETO

El presente Acuerdo tiene por objeto regular el intercambio de información entre el Centro de salud y Universidad, teniendo en cuenta que la primera revelará a este último información y documentación relacionada a sus actividades, mayormente información sensible y confidencial, consistente en.....

El intercambio de información y documentación regulado en virtud del presente Acuerdo se llevará a cabo con la única finalidad de que las partes evalúen la posibilidad de celebrar un acuerdo que se enmarque a futuro dentro de la ejecución de un proyecto conjunto, o bien del cual participe el Estudiante con el patrocinio de la Universidad.

SEGUNDO: REPRESENTANTES

A los efectos del intercambio de información objeto del presente Acuerdo, las partes designan a los respectivos representantes:

La Universidad designa como representante técnico a _____ (CONSIGNAR CARGO, DIRECCIÓN, UNIDAD, NOMBRE y APELLIDO, E-MAIL)

El Centro de salud, por su parte, designa a..... (O por sí mismo) o quien sus derechos represente.

TERCERO: DEFINICIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Las partes considerarán de carácter secreto y confidencial cualquier información y/o documentación revelada oralmente, por escrito, mediante soporte informático y/o por cualquier otro medio, transmitida de cualquiera de las Partes a la otra, en el marco de las actividades desarrolladas conforme la cláusula primera, así como cualquier análisis, compilación, pronóstico, estudio y/u otra información y/o documentación que se confeccione a partir de las actividades antes mencionadas (en adelante, la "Información Confidencial").

La Información Confidencial incluye pero no se limita a informes, publicaciones, imágenes, documentos, datos técnicos, muestras de _____ (en su caso) y, en general, toda información intercambiada hasta el momento y/o a intercambiar en el marco del presente Acuerdo sea que se encuentre directa o indirectamente vinculada a _____

CUARTO: USO DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Las Partes se comprometen a establecer las medidas adecuadas para mantener en secreto la Información Confidencial intercambiada. En este sentido, se obligan a mantener en estricta reserva la Información Confidencial, empleando a tal efecto el mismo cuidado y utilizando los mismos procedimientos y sistemas de seguridad que, respectivamente, emplea y utiliza con relación a su propia información confidencial o en su defecto aquellos que normalmente se utilizan para el manejo de información confidencial.

Las Partes se obligan también a no publicitar, publicar, difundir, intercambiar, transferir y/o revelar la Información Confidencial y/o en general la suscripción y el contenido del presente Acuerdo a persona alguna y/o entidad por cualquier medio y/o por el título que fuese.

En tal sentido, se entenderá también que mediará tal divulgación no permitida en el caso que alguna de las partes revelase a terceros fotocopias, cartas, correos electrónicos, o cualquier otro tipo de reproducción de

la Información Confidencial, sin la previa autorización dada por escrito de la parte que ha revelado tal Información Confidencial en virtud del presente Acuerdo.

QUINTO: INFORMACIÓN NO CONFIDENCIAL

No será considerada Información Confidencial a los fines del presente Acuerdo aquella información que:

- a) Las partes probaren que se encontraba en su conocimiento a la fecha de la divulgación que efectuara la otra;
- b) Al momento de ser revelada por alguna de las partes fuera del dominio público, siempre que ello no se deba a acción u omisión de alguna de las partes;
- c) Sea suministrada a alguna de las partes por terceros que no se encontraren obligados a mantenerla en reserva;
- d) Sea requerida su revelación por ley o por resolución judicial.

En este último supuesto, la parte solicitada deberá notificar el requerimiento que le impusiera la obligación de divulgar la Información Confidencial a la otra parte dentro plazo más breve posible y -de ser factible- antes de cumplir con el mismo, a fin de que la otra pueda intentar la interposición de medidas cautelares y/o de cualquier otro remedio dirigido a evitar la divulgación y/o el perjuicio derivado de la difusión de la Información Confidencial.

En caso de no poder evitar la divulgación de la Información Confidencial, la parte requerida tomará los siguientes recaudos:

- (1) Empleará sus mejores esfuerzos para asegurarse que la Información Confidencial sea tratada de la misma forma.
- (2) Revelará sólo aquella Información Confidencial cuya divulgación sea absolutamente necesaria para evitar la aplicación de multas, penas o que haga nacer cualquier otro tipo de sanciones o responsabilidades sobre la misma.

SEXTO: PROPIEDAD DEL MATERIAL Y LA INFORMACIÓN

La Información Confidencial continuará siendo de propiedad de la parte que la revele (En adelante, “el Revelante”). En caso que se hubiere hecho entrega de Información Confidencial a la otra Parte (“El Receptor”), el Revelante podrá exigir al receptor su devolución en cualquier momento, debiendo para ello dar aviso por escrito. Dentro del plazo de diez (10) días de la recepción de dicho aviso, el receptor devolverá la Información Confidencial que le fue entregada.

Este Acuerdo no se interpretará bajo ninguna circunstancia como una concesión al Receptor de una licencia u otro derecho, título, o interés en o sobre la Información Confidencial y/o documentación.

El intercambio de información para evaluar un proyecto conjunto no establece obligación para la Universidad de celebrar el acuerdo si los términos y condiciones propuestos no resultaren favorables a su criterio.

Nada de lo contenido en este Acuerdo se interpretará como una obligación para la Universidad de abstenerse a la divulgación de cualquier Información Confidencial de su propiedad y/o ha de abstenerse de la realización de un Acuerdo similar con un tercero.

SÉPTIMO: OBLIGACIONES DEL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

Una vez que el Receptor tenga en su poder la Información Confidencial y/o la documentación:

- a. No podrá usar la Información Confidencial y/o la documentación para ningún propósito comercial, experimental, y/o en general para cualquier otro propósito que no sea el declarado como Uso Permitido en el presente Acuerdo.
- b. No podrá duplicar la Información Confidencial;
- c. Limitará el acceso a la Información Confidencial solamente a aquellas personas que sean indispensables para llevar adelante las actividades derivadas del Uso Permitido de la Información Confidencial, y que tengan conocimiento y se ajusten a los mismos términos de confidencialidad y prohibición de uso y que tengan una necesidad real de conocerla;
- d. Enviará al Relevante reportes mensuales de la evaluación y revisión que tenga lugar respecto de la Información Confidencial: lo informado se exige para asegurar que los derechos de propiedad intelectual y/o de cualquier otra índole que existen respecto de la Información Confidencial y/o documentación y todos aquellos de propiedad que existan sobre la documentación como propiedad tangible, se mantengan protegidos;
- e. No transferirá sin el previo consentimiento por escrito de la Universidad la Información Confidencial y/o la documentación a cualquier otro organismo o empresa;
- f. Informará inmediatamente al Revelante cualquier información o datos derivados de la Información Confidencial revelada y que sean de potencial interés comercial o requieran consideración para su eventual protección por patente u otros derechos de propiedad intelectual, o de cualquier otra índole;
- g. No publicará los resultados de cualquier análisis, ya sea en forma oral o escrita, derivado de la Información Confidencial, sin la aprobación por escrito del Revelante, y sin mencionar a éste como propietario de la Información Confidencial y/o de la documentación;
- h. Destruirá toda la Información Confidencial, una vez finalizado el presente Acuerdo y siempre que las partes no estén en proceso de negociación a la suscripción de un acuerdo de Investigación u otro que consideren pertinente al efecto de avanzar respecto del Proyecto referido en la cláusula primera, salvo que mediare autorización expresa por escrito del Revelante en otro sentido.

OCTAVO: RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA DIVULGACIÓN

Las partes serán responsables en forma directa de cualquier daño o perjuicio que se origine en, y/o relacione con, la divulgación de la Información Confidencial. También serán responsables en forma directa de cualquier daño o perjuicio que se origine en, y/o relacione con, la utilización de la Información Confidencial con otros fines distintos de los previstos en la cláusula Primera. (En este caso es facultativo fijar una cláusula penal, la que contiene una evaluación anticipada de los perjuicios, ya sea en pesos o en UF)

NOVENO: DURACIÓN

El presente Acuerdo tendrá una duración de..... años, renovables automática y sucesivamente por períodos iguales si ninguna de las partes manifiesta lo contrario dentro de los 90 días anteriores al vencimiento de algún período.

Las partes podrán terminar el presente Convenio con antelación al plazo antes referido en el caso que no existiera interés en la celebración de un Convenio que permita enmarcar un proyecto conjunto de acuerdo a lo ya referido en este Acuerdo.

Sin perjuicio de lo anterior, las obligaciones de confidencialidad respecto de toda Información Revelada en virtud del presente se mantendrán por un plazo de cinco (5) años contados a partir de la última revelación efectuada.

El Estudiante no podrá ceder o transferir de modo alguno sus derechos en virtud del presente Acuerdo, salvo aprobación previa y por escrito del Hospital.

Representante Universidad

Representante Centro de salud

9.4 ANEXO N°4 TEMAS PRE ESTABLECIDOS DE ENTREVISTA (INTERVIEW SCHEDULE)

Entrevista Usuarios PSCV

Entrevista semiestructurada.

Objetivos: Obtener información sobre los procesos desde el punto de vista del usuario para una posterior correlación de datos:

Nombre:

Edad:

Nivel de educación:

- 1) ¿Tiene conocimiento sobre su enfermedad: Hipertensión, Diabetes o Dislipidemia?
- 2) Tiene conocimiento sobre su farmacoterapia: _____, si la respuesta es SI. ¿Podría nombrar los medicamentos se administra?
- 3) Tiene conocimiento sobre el programa de salud cardiovascular. Si la respuesta es NO, Referir como programa de retiro de medicamentos crónicos.
- 4) Derivación al PSCV, ¿Quién la derivó al PSCV? ¿Cuánto tiempo lleva en el PSCV?
- 5) Inscripción en el centro de salud Dr. Miguel Concha.
- 6) Consulta médica, Ingreso al PSCV y controles. ¿Considera que debiese tener un médico de cabecera? ¿En la consulta médica, entregan la suficiente información de su enfermedad?
- 6) Exámenes. ¿Algún problema con los exámenes?
- 7) Describa que se hace en el box 11 de preparación de paciente.
- 8) Despacho de medicamentos en Farmacia. ¿Algún problema en el retiro de sus medicamentos? Evalúe el servicio en farmacia: Bueno-regular-malo. ¿Por qué?
- 9) Controles del PSCV. ¿Algún problema con sus controles? Explique cómo realiza la solicitud de hora con profesional.
- 10) ¿Qué significa para usted el concepto de buena salud?
- 11) Evaluación del servicio general del centro de salud Dr. Miguel Concha: Bueno-regular-malo