

---

**DOCUMENTO DE TRABAJO N° 3**

---

*MODELOS DE GESTION*  
*Atención de Salud*  
*Primaria Municipal*

SUBSECRETARIO DE DESARROLLO REGIONAL Y ADMINISTRATIVO: **MARCELO SCHILLING RODRIGUEZ**  
JEFE DE DIVISION DE MODERNIZACION: **JUAN PABLO VALENZUELA**  
ASESOR: **SANDRA SANTOS C.**

SANTIAGO DE CHILE  
JULIO 1996

## INTRODUCCION

La Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, como organismo asesor y coordinador de la actividad municipal, frente a los problemas de los servicios de salud primaria municipalizados, tanto de orden financiero como administrativo, desea otorgar apoyo a la gestión local a través de herramientas y metodologías que han sido exitosas en centros de salud de nivel primario.

Es así como se presentan tres modelos que tiene relación con: i) la organización interna de los centros de salud, ii) su relación con la organización de la demanda de prestaciones y finalmente, iii) el cobro de ellas. En los tres aspectos señalados, el documento no pretende ser un recetario, sino más bien una guía para el mejor desempeño de alguno de los aspectos que hoy en día le afectan negativamente a la salud primaria.

Los modelos originales, aquí presentados, fueron elaborados en los centros de salud respectivos. La Subsecretaría los preparó y reformuló con fines metodológicos y expositivos, para un mejor entendimiento, a la vez que sistematizó la información sobre el resultado de la ejecución de estos modelos.

El trabajo no incluye aportes específicos para el sector de la salud rural, dado que los modelos que se obtuvieron de este sector tienen relación con el Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud implementado a partir de 1990, los cuales fueron expuestos, analizados, evaluados y publicados por el organismo gestor del programa.

A continuación se presenta una breve descripción acerca de los modelos sistematizados y sus fuentes:

### i) Modelo Policlínico de Selección:

"Sistema de atención de pacientes tendiente a mejorar la calidad y cobertura de la atención primaria. El modelo plantea una forma de atención de la morbilidad, a cargo de un equipo de trabajo interdisciplinario, que discrimina de acuerdo a niveles de complejidad, motivos de consulta, factores de riesgo por edad, etc"

Actualmente al interior de los servicios de atención primaria se visualizan varios problemas que apuntan a la calidad y cobertura de la atención, como por ejemplo: alta tasa de rechazo de consultas; poca capacidad resolutive del nivel primario lo que se traduce en una derivación excesiva de pacientes a otros niveles más complejos, desencadenando una serie de problemas en este nivel; insatisfacción por parte de la población beneficiaria, al no resolver el sistema sus demandas inmediatas de salud o bien resolverlas, pero con gran demora y baja calidad de la atención.

Considerando que la óptima asignación de los recursos disponibles es de primera importancia; para mejorar la gestión de los consultorios de atención primaria, las tareas y planes encaminados a organizar de mejor manera el funcionamiento de los servicios, se traducen en elementos esenciales para mejorar la gestión de éstos. Es así como la óptima asignación y organización del recurso humano, tanto técnico como profesional, que labora en los servicios, puede traducirse en dar solución a algunos de los problemas planteados anteriormente.

Atendiendo a este argumento la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente implementó en algunos consultorios bajo su supervisión técnica, el sistema de atención "Policlínico de Selección".

El modelo de poliselección se implementa en forma paralela a la atención regular de morbilidad y se encuentra a cargo de un equipo interdisciplinario, cuyos integrantes forman parte del equipo técnico profesional ya existente en consultorio, el cual es incentivado monetariamente por acceder a formar parte del equipo.

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios y en forma concreta se ha logrado reducir el número de rechazo de consultas, ha aumentado la capacidad resolutive y se ha mejorado la calidad de la atención a un costo de atención comparativamente menor que el requerido por el consultorio para atender este aumento de consultas.

#### ii) Modelo Control Modificado: Control de Salud Infantil Grupal:

"Sistema de atención grupal del programa control de salud infantil que plantea una forma más eficiente y eficaz de lograr los objetivos que este programa contiene, a cargo de los mismos profesionales que realizan normalmente el control pero con una modalidad de organización diferente"

Dentro de los múltiples programas que se implementan en los establecimientos de atención primaria, de acuerdo a las normas y políticas emanadas del Ministerio de Salud, se encuentra el programa de control del niño sano que contempla la atención periódica de los menores entre 0 y 6 años de edad.

Equipos de salud de la comuna de La Florida, en el contexto del rol que debe tener la atención de salud primaria en la población, enfocan su análisis sobre la prevención y el fomento del daño en salud. Para lograr estos objetivos, señalan la necesidad de incorporar y/o acentuar mecanismos que conformen

una atención más integral al individuo, entre las que se destaca, como elemento primordial, la actividad educativa.

Las evaluaciones de estos equipos de salud indican que si bien el modelo de control individual del infante ha logrado buenos resultados, en cuanto a los aspectos físicos del crecimiento y adecuado fomento respecto de la preocupación que los familiares deben tener sobre ellos, no ha logrado igual éxito en lo que se refiere a su rol preventivo y fomento de la salud, como por ejemplo; prevención de enfermedades comunes, relación padre-hijo, desarrollo psicomotor, alimentación, etc.

Dado lo anterior, en el año 1993 se decidió en la comuna de La Florida realizar una modificación al control del niño sano tradicional, que incorporara elementos de prevención y fomento de la salud. Este modelo de atención se denominó Control Modificado y fue implementado el 2º semestre de 1993, en el Consultorio Maffioletti y posteriormente en el Consultorio "Los Castaños", en ambos casos con resultados satisfactorios.

### iii) Modelos Optimización de la Captación de Ingresos Propios:

"Sistema de cobro por prestaciones de salud y otorgamiento de medicamentos a beneficiario y no beneficiarios del sistema de salud municipal, de acuerdo a la normativa vigente"

Actualmente la principal fuente de financiamiento de la salud primaria municipal son los aportes per cápita provenientes del nivel central (hasta mediados de 1994 se utilizó el sistema Fapem) y los aportes municipales, alcanzando un 58% y 30% respectivamente.

Otra fuente de financiamiento la constituyen los ingresos provenientes del cobro de prestaciones de salud a beneficiarios y no beneficiarios del sistema, representando aproximadamente un 5% de los ingresos totales.

Al respecto, cabe tener presente que la normativa vigente faculta a los centros de atención primaria efectuar el cobro de todas las prestaciones médicas realizadas a particulares y el cobro a los beneficiarios convencionales, de acuerdo a lo establecido en los convenios respectivos. Del mismo modo autoriza el cobro a los beneficiarios institucionales, grupo C y D Fonasa, en un 25% y 50% del valor de las prestaciones respectivamente. Sin embargo, la mayoría de los centros de atención primaria, por falencias en la organización del recurso humano y falta de definición de tareas, no hacen efectivos los cobros a los usuarios.

En el marco anteriormente expuesto el Hospital "San José de Casablanca", hospital tipo IV con prestaciones de salud principalmente de orden primario, en el contexto de un plan global destinado a lograr una mayor eficiencia en el centro, estableció un grupo de mejoramiento para la optimización de la captación de ingresos propios. Cabe destacar los incentivos y capacitación otorgado al personal de este hospital en la materia de calidad total por parte del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, que ayudaron a la concreción de distintos proyectos de esta línea.

## **I. POLICLINICO DE SELECCION**

### **MATERIA:**

Implementación de un sistema de atención de pacientes, en salud primaria municipalizada, denominado "policlínico de selección"<sup>1</sup>, con objeto de mejorar la cobertura y calidad de la atención primaria. El modelo plantea una forma de atención de la morbilidad, a cargo de un equipo de trabajo interdisciplinario, que discrimina de acuerdo a niveles de complejidad, motivos de consulta, factores de riesgo por edad, etc.

### **ANTECEDENTES:**

Actualmente, el nivel de atención primaria presenta problemas para responder a la demanda espontánea de sus beneficiarios. La incapacidad para satisfacer adecuadamente esta demanda genera: descontento de los beneficiarios, por rechazo y atención poco resolutiva; sobrecarga de los SAPU y Servicios de Urgencia; tensión y frustración en los equipos de salud. Con el fin de superar esta situación y en vías de mejorar la gestión de los consultorios, se plantea la implementación de un modelo de atención de pacientes, denominado "policlínico de selección".

### **OBJETIVO:**

Ampliar la cobertura de la atención de morbilidad en la salud primaria, aumentando la calidad y racionalizando el uso de los recursos humanos. Esto implicaría, ampliar la calidad de la atención médica de los consultorios, aumentando su capacidad resolutiva cuantitativa y haciendo uso del recurso médico según las características que presente la población demandante.

### **DESCRIPCION MODELO POLICLINICO DE SELECCION:**

Se organiza la atención por demanda espontánea mediante un proceso de selección, según diversos criterios (motivos de consulta, niveles de complejidad, factores de riesgo por edad, etc.) a cargo de un equipo formado por personal administrativo del SOME, médicos y kinesiólogos,

---

<sup>1</sup>Este sistema de atención de pacientes está actualmente implementado en siete consultorios correspondientes a la supervisión técnica del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Esta modalidad ha sido aplicada a la atención infantil aunque es también aplicable a adultos.

enfermeras y auxiliares paramédicos. Esta modalidad funciona principalmente en las mañanas en coordinación y combinación con la atención regular de los consultorios.

### **1.- Es posible identificar los siguientes niveles del sistema:**

- i) Admisión del paciente en SOME<sup>2</sup>
- ii) Preselección
- iii) Atención de alto rendimiento
- iv) Atención Regular
- v) Actividades de Orientación y Apoyo

#### **i).- Admisión del Paciente en SOME:**

Personal: Administrativo.

Tarea: De acuerdo a la información solicitada al paciente, se deriva a un lugar de atención, con fecha y hora, remitiéndose la ficha del paciente al lugar definido.

Destino: El paciente puede derivarse a Preselección o Atención Regular, de acuerdo a criterios pre establecidos.

#### **ii).- Preselección:**

Personal: Labor realizada preferentemente por enfermeras.

Tarea: Analiza motivo de consulta y de acuerdo a ello deriva al paciente a un lugar de atención, otorgando fecha y hora.  
Con colaboración del SOME y auxiliares paramédicos, soluciona consultas de tipo administrativo.

Destino: El paciente puede derivarse a Atención Regular, Programas específicos existentes en el consultorio, Servicios de Urgencia o Atención de Alto Rendimiento, de acuerdo a las sintomatologías, urgencia y características de las consultas.

#### **iii).- Atención de Alto Rendimiento:**

Personal: Médico, Kinesiólogo y Auxiliares Paramédicos.

Tarea: 1) Profesionales: Encargados de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes.

---

<sup>2</sup> Sección de Orientación Médico Estadístico.

2) Auxiliares Paramédicos: Otorga apoyo en el registro, preparación del paciente y refuerzo de las atenciones médicas.

Este nivel es el núcleo resolutorio del modelo; se entrega atención profesional inmediata, se indican exámenes y se inician tratamientos que posteriormente serán consultados en el nivel de Atención Regular.

Destino: Cuando no se pueda resolver el diagnóstico de algún cuadro, se darán horas en el nivel de Atención Regular, resolviendo su consulta en forma expedita y garantizando su ocurrencia.

#### **iv).- Atención Regular:**

Es la atención de morbilidad permanente que otorga el consultorio, según el rendimiento tradicional de cinco pacientes por hora, o de acuerdo a las necesidades.

#### **v).- Actividad de Orientación y Apoyo:**

Personal: Enfermeras, Auxiliares Paramédicos, Asistentes Sociales, etc.

Tarea: Refuerzo educativo, que debe presentarse paralelo a la preselección y en el equipo de alto rendimiento. Esta actividad debe apoyarse en mensajes claros pre establecidos, sobre los principales componentes de los cuadros que predominan en la consulta y debe informarse además sobre la modalidad de atención otorgada y sus procedimientos.

### **2.- Recursos Involucrados:**

- i) Planta física: Box de atención médica con espacio suficiente para permitir el desplazamiento del médico y el auxiliar paramédico. Adicionalmente, debe conectarse los boxes de médicos y kinesiólogos para su funcionamiento conjunto.
- ii) Recurso Humano: Médicos, Kinesiólogos, Enfermeras, Asistentes Sociales, Auxiliares Paramédicos y Administrativos.
- iii) Recursos Financieros: El costo mensual de un Policlínico de Selección, asciende a \$336.000, costo que se distribuye en el personal citado en el punto ii), que al participar en el policlínico se le brindan incentivos económicos en forma de bonos.

## EVALUACION Y CONTROL:

1. N° de Rechazos: Contabilización del número de rechazos de consultas médicas y comparación de éstas con periodos iguales, sin implementación del modelo.

2. N° de Atenciones: Contabilización, evaluación y comparación de las atenciones efectivamente otorgadas, por la atención regular y la atención de alto rendimiento.

3. Capacidad Resolutiva: N° de pacientes del nivel de alto rendimiento, destinados a consultar la atención regular, como medición de la capacidad resolutiva del modelo.

4. Rendimiento médico: Medido a través de consultas/horas. Se deben comparar cifras del nivel de atención de alto rendimiento v/s el nivel de atención regular.

Observación: En los puntos tres y cuatro se debe tener presente que si no hay horas para referir a los pacientes, el nivel de resolutividad aumenta. De igual manera el rendimiento elevado puede ser reflejo de escasez de oferta de horas médicas.

## **EXPERIENCIA EN EL SSMS DE LA MODALIDAD DE POLISELECCION**

La implementación por parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur del sistema policlínico de selección, en algunos consultorios bajo su supervisión técnica, ha tenido como resultados principales los siguientes:

1.- Impacto sobre las consultas efectivamente realizadas y el rechazo de pacientes, por escasez de horas médicas:

En la perspectiva de mejoramiento de la atención de la salud primaria, es de suma importancia que se puedan satisfacer las demandas realizadas por las personas. El cuadro N° 1 y el gráfico anexo a éste, muestra el impacto tanto en el total de consultas realizadas como en el número de consultas rechazadas. El total de consultas realizadas, en cuatro de los siete consultorios en que se ha implementado el modelo, se visualiza un incremento de ellas. El consultorio Barros Luco muestra una caída significativa en el total de consultas, sin embargo, en este consultorio se implementó a mediados de 1993. Respecto al rechazo de consultas, en todos los consultorios en que se ha implementado el sistema poli selección, se puede constatar una disminución de éste, el que en algunos casos ha descendido en una magnitud considerable (Consultorios Julio Acuña Pinzón, A. Baeza Goñi, La Feria). En el gráfico adjunto, se observa que el número global de consultas ha disminuido, sin embargo, esto se puede deber a que como hay una menor cantidad de rechazos, la gente es atendida y no vuelve a pedir hora de consulta.

2.- Mejoramiento en la gestión:

La modalidad de atención de público que permite el sistema de poli selección, incide sobre la eficiencia del sistema de salud primario:

- Mejora la utilización de los recursos humanos de acuerdo a la detección técnica de la necesidad de atención que requiera un paciente.
- Organiza de manera eficiente la programación de atención de los pacientes, en lo que respecta a horas médicas. Lo anterior incide sobre la disminución de aglomeración de público, elimina el mercado de ventas de horas médicas y la pérdida de tiempo producida por las "colas" que los consultantes debían realizar para obtenerlas. Esto a su vez mejora el grado de satisfacción de las personas que demandan este servicio.

### **MUNICIPALIDADES Y CONSULTORIOS DE APLICACION DEL MODELO**

1. Consultorio Clara Estrella; C. Julio Acuña Pinzón; Municipalidad Lo Espejo.
2. C. San Joaquín; C. A. Baeza Goñi; Municipalidad San Joaquín.
3. Consultorio Barros Luco; Municipalidad de San Miguel.
4. C. Laura Vicuña; Municipalidad El Bosque
5. C. La Feria; Municipalidad Pedro Aguirre Cerda

## **EVALUACION COSTO EFICIENCIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN POLICLINICO DE SELECCION**

El objetivo de este documento es asociar el costo que implica implementar en los consultorios el sistema de atención policlínico de selección, en relación al rendimiento o productividad del personal que labora en los establecimientos.

Para tal efecto se solicitó información cuantitativa y cualitativa a los consultorios en que se ha implementado el sistema.

Los resultados obtenidos son sólo una aproximación al costo-rendimiento del sistema de poli selección, dado que para comparar con el sistema de atención tradicional no se cuenta con información lo suficientemente detallada, que sirva de referencia precisa para poder medirlo; sin embargo, para cada consultorio se entregarán las limitaciones de la medición.

### **1. EXPERIENCIA DEL SISTEMA POLISELECCION EN EL CONSULTORIO LA FERIA - I.M. PEDRO AGUIRRE CERDA**

**Aplicación:** Atención morbilidad infantil

**Resultados generales:** satisfactorios

#### **Resultados cualitativos:**

1. Disminución de aglomeración en las salas de espera de pediatría
2. El tiempo de espera promedio entre citación y atención de pacientes es:  
atención regular----- 30 minutos  
atención poli selección----- 15 minutos
3. En poli selección no existen días de espera.  
Durante el día se resuelve casi la totalidad de las consultas.
4. El porcentaje y número de reclamos de la población han disminuido.

#### **Resultados cuantitativos:**

##### **1. N° de consultas:**

Aumento significativo de las horas pediátricas, siendo un alto porcentaje de ellas primera consulta. Esto implica disminución de consultas rechazadas.

##### **2. Relación costo rendimiento:**

El costo rendimiento se ha medido como "costo total por hora paciente", haciendo un ejercicio comparativo del costo de remuneraciones que implica una hora de funcionamiento del consultorio sin el sistema de poli selección v/s con sistema de poli selección, relacionándolo finalmente al n° de pacientes atendidos en este período de tiempo.

Consideraciones:

1. El poli selección por aplicarse sólo a la morbilidad infantil, no participan en él todos lo profesionales y técnicos que laboran en el consultorio. Entonces, para poder comparar los distintos sistemas se ha contabilizado remuneraciones y horas de trabajo sólo del personal coincidente.
2. Para la atención sin poli selección (atención regular), al personal coincidente se le ha contabilizado el total de horas contratadas, independiente de si éstas son destinadas a la atención infantil o del adulto.

Resultados:

- 1.- La implementación del sistema de poli selección implica un costo adicional de \$336.500, el cual se reparte entre médicos, enfermeras, kinesiólogos, auxiliares paramédicos y administrativos. Hay que recordar que este sistema no implica contratación adicional de personal ni horas extras por parte del personal ya contratado.

CONSULTORIO LA FERIA - I.M. PEDRO AGUIRRE CERDA

PERSONAL	FUNCIONAMIENTO CONSULTORIO			POLICLINICO DE SELECCION		
	N°hrs trabajas mensuales	Remuneración mensual	Costo hora	N°hrs trabajas mensuales	Remuneración mensual	Costo hora P.S
MEDICOS	1144	\$2 808 348	\$2 455	120	\$149 500	\$1 246
ENFERMERA	528	\$874 378	\$1 656	40	\$40 000	\$1 000
MATRONA	528	\$874 378	\$1 656			
NUTRICIONISTA	352	\$582 919	\$1 656			
KINESIOLOGOS	352	\$582 919	\$1 656	120	\$60 000	\$500
ODONTOLOGOS	352	\$751 221	\$2 134			
ASISTENTES SOCIALES	352	\$582 919	\$1 656			
AUXILIARES ENFERMERIA	4048	\$2 906 717	\$718	160	\$56 000	\$350
TECNICOS SOCIALES	352	\$252 758	\$718			
SECRETARIAS	352	\$252 758	\$718			
ADMINISTRATIVOS	704	\$451 726	\$642	40	\$31 000	\$775
AUXILIARES DE SERVICIO	1056	\$581 203	\$550			
Totales	10120	\$11 502 242	\$16 215	480	\$336 500	\$3 871

2. El total del costo hora consultorio en personal, sin incorporar sistema de poli selección es igual a \$7.127. Si incorporamos el sistema este costo se eleva a

\$10.998, producto de la bonificación que se le otorga al personal por pertenecer al equipo. Por tanto, tenemos que el costo adicional por hora de implementar el sistema es de \$3.871.

EQUIPO	COSTO ASOCIADO ATENCION MORBILIDAD INFANTIL	
	Costo hora regular	Costo hora poliselección
MEDICO	\$2 455	\$1 246
KINESOLOGO	\$1 656	\$1 000
ENFERMERA	\$1 656	\$500
AUXILIAR PARAMEDICO	\$718	\$350
ADMINISTRATIVO	\$642	\$775
total costo hora consultorio	\$7 127	\$3 871

3.- Para asociar este costo al rendimiento, se debe considerar el nº de pacientes atendidos por hora médico. En la atención regular, el nº promedio de pacientes atendidos en una hora es igual a 5, en cambio para la atención de poli selección es igual 10. Por lo tanto, el nº de pacientes adicionales atendidos en una hora con el sistema poliselección es igual a 5.

Lo anterior implica, que el costo paciente en el sistema regular es de \$1.425, en tanto para el sistema de poli selección es de \$1.100.

TIPO DE ATENCION	Nº pacientes hora	costo hora
ATENCION REGULAR	5	\$7 127
ATENCION ADICIONAL P.S	5	\$3 871
TOTAL ATENCION CON P.S	10	\$10 998

TIPO ATENCION	COSTO PACIENTE
SIN POLISELECCION	\$1 425
CON POLISELECCION	\$1 100

## 2. EXPERIENCIA DEL SISTEMA POLISELECCION EN EL CONSULTORIO JULIO ACUÑA PINZON - I.M. LO ESPEJO

**Aplicación:** Atención morbilidad infantil

**Resultados Generales:** Satisfactorios

**Resultados cualitativos:**

1.No existen días de espera. Durante el día se resuelve la totalidad de las consultas.

2. Por la gran cantidad de población atendida y el sistema de otorgar horas en dos bloques, el tiempo de espera promedio es de dos horas. En períodos de demanda baja se reduce a una hora de espera.

**Resultados cuantitativos:**

1. N° de consultas:

Aumento significativo de consultas efectivas. Implica disminución de rechazos.

2. Relación costo rendimiento:

Consideraciones: Idem Consultorio La Feria.

**Resultados:**

1.- La implementación del sistema de poli selección implica un costo adicional de \$338.000, el cual se reparte entre médicos, kinesiólogos, auxiliares paramédicos y administrativos.

**CONSULTORIO JULIO ACUÑA PINZON - I.M. LO ESPEJO**

PERSONAL	FUNCIONAMIENTO CONSULTORIO			POLICLINICO DE SELECCION		
	N°hrs trabajas mensuales	Remuneración mensual	Costo hora	N°hrs trabaja mensuales	Remuneración mensual	Costo hora P.S.
MEDICOS	1000	\$2 557 644	\$2 558	55	\$169 000	\$3 073
ENFERMERA	704	\$1 491 053	\$2 118			
MATRONA	704	\$1 238 635	\$1 759			
NUTRICIONISTA	528	\$1 283 239	\$2 430			
KINESIOLOGOS	396	\$540 104	\$1 364	38	\$67 600	\$1 779
ODONTOLOGOS	704	\$1 859 800	\$2 642			
ASISTENTES SOCIALES	352	\$695 810	\$1 977			
AUXILIARES ENFERMERIA	5808	\$4 323 039	\$744	110	\$84 500	\$768
TECNICOS SOCIALES	0	\$0	\$0			
SECRETARIAS	-----	-----				
ADMINISTRATIVOS	3608	\$2 410 769	\$668	22	\$16 900	\$768
AUXILIARES DE SERVICIO	1068	\$581 203	\$544			
<b>Totales</b>	<b>14872</b>	<b>\$11 502 242</b>	<b>\$16 805</b>	<b>225</b>	<b>\$338 000</b>	<b>\$6 388</b>

2.- El total del costo hora en personal, sin incorporar sistema de poli selección es igual a \$5.334<sup>3</sup>. Si incorporamos el sistema el costo se eleva a \$10.998, producto de la bonificación que se le otorga al personal por pertenecer al equipo. Por tanto, tenemos que el costo adicional por hora de implementar el sistema es de \$6.388.

	COSTO ASOCIADO ATENCION MORBILIDAD INFANTIL	
EQUIPO	Costo hora regular	Costo hora poliselección
MEDICO	\$2 558	\$3 073
KINESIOLOGO	\$1 364	\$1 779
ENFERMERA		
AUXILIAR	\$744	\$768
PARAMEDICO		
ADMINISTRATIVO	\$668	\$768
total costo hora consultorio	\$5 334	\$6 388

3.- Asociando el costo por hora al rendimiento, como en atención regular el nº de pacientes es de seis por hora, en tanto que en poli selección es de 14 por hora, por lo tanto, el nº adicional de pacientes atendidos en poli selección es de 8.

Lo anterior implica que el costo paciente en el sistema regular es de \$889, en tanto que para el sistema con poli selección es de \$837.

TIPO DE ATENCION	Nº pacientes hora	costo hora
ATENCION REGULAR	6	\$5 334
ATENCION ADICIONAL P.S.	8	\$6 388
TOTAL ATENCION CON P.S.	14	\$11 722

TIPO ATENCION	COSTO PACIENTE
SIN POLISELECCION	\$889
CON POLISELECCION	\$837

<sup>3</sup>Las enfermeras no participan en el equipo de poliselección. Por tanto, al medir el costo hora de funcionamiento de acuerdo al personal coincidente, éste estamento no se incluye. Sin embargo se debe señalar que en el funcionamiento del consultorio, participa activamente en el resto de atención de pacientes, por ende se esta subvaluando el costo hora de funcionamiento del consultorio sin poliselección.

### **3.- EXPERIENCIA DEL SISTEMA POLISELECCION EN EL CONSULTORIO BARROS LUCO - CORPORACION MUNICIPAL DE SAN MIGUEL**

El sistema de poli-selección en este consultorio tiene características de aplicación que lo diferencian del resto de los consultorios en los siguientes puntos:

- 1.- Surge como iniciativa propia del consultorio, sin financiamiento adicional.
- 2.- Se aplica en la atención de pacientes con morbilidad específica - Programa IRA (pacientes con problemas bronco pulmonares).
- 3.- Se aplica básicamente en la atención de infantes menores de dos años.
- 4.- Compromiso de Gestión: En 1994 el SSMS le otorga financiamiento mensual de \$336.000 para el equipo que trabaja en el policlínico, con el compromiso de intentar mantener 0% rechazos con IRA en menores de un año y 0% de casos de muerte por BRN.

**Aplicación:** Atención pacientes IRA , infantes menores de dos años.

**Resultados generales:** Satisfactorios.

#### **Resultados cualitativos:**

- 1.- Durante el día se resuelve la totalidad de las consultas.
- 2.- A mejorado la calidad de atención de los pacientes.
- 3.- Tiempo de espera en la atención --- 2 a 3 hrs.

#### **Resultados cuantitativos:**

- 1.- Disminución del nº de rechazos por morbilidad en menores de dos años.
- 2.- Se logró un 0% de mortalidad en niños menores de 2 años por bronconeumonía durante 1993.
- 3.- Relación costo rendimiento:

A diferencia de los otros dos consultorios estudiados, y por las características específicas que el poli selección presenta ( funcionamiento jornada completa), se analizarán sus resultados con distintos parámetros de comparación sólo a partir del costo adicional (bonos de estímulo) que el modelo implica. En el cuadro adjunto, se presentan las horas dedicadas al programa y su costo por escalafón.

CONSULTORIO BARROS LUCO - C.M. SAN MIGUEL

PERSONAL	ASIGNACION POLICLINICO DE SELECCION		
	Nºhrs. trabajas mensuales	Remuneración adicional mensual	Costo hora adicional mensual
MEDICOS	320	\$142 176	\$444
ENFERMERA	480	\$68 352	\$142
KINESIOLOGOS	160	\$67 488	\$422
AUXILIARES ENF.	160	\$29 184	\$182
ADMINISTRATIVOS	320	\$28 800	\$90
<b>totales</b>	<b>1440</b>	<b>\$336 000</b>	<b>\$1 281</b>

i. El poliselección-IRA funciona jornada completa, lo que implica que en este consultorio se otorguen, considerando a todo el equipo que labora en él, 1.440 horas mensuales dedicadas a la atención de este tipo de pacientes. Por esta razón, el valor del bono hora que se le otorga al personal que participa en el equipo, en comparación a los otros consultorios analizados es bastante inferior, alcanzando a ser \$1.281 para el equipo total.

ii. En promedio se atiende entre 5.5 a 6 pacientes por hora y la atención regular es de 5 pacientes por hora. Se puede deducir que el aumento en el número de pacientes atendidos por hora no es significativo, sin embargo, si consideramos que el poli selección es de jornada completa con dos médicos, un kinesiólogo y 4 enfermeras con jornadas de 8 hrs. diarias, se concluye que el número de pacientes atendidos diariamente aumenta, absorbiendo parte de la demanda insatisfecha.

No obstante lo dicho anteriormente, cabe tener presente que dado que los pacientes atendidos en éste programa presentan características específicas de morbilidad y edad, en lo que se refiere a rendimiento "paciente atendidos por hora" no es comparable directamente a los otros consultorios que tienen poli selección.

#### 4.- ANALISIS REALIZADO POR LOS EQUIPOS DE TRABAJO POLI SELECCION

A continuación se presenta el análisis cualitativo realizado en una reunión de trabajo en que participaron los equipos de poli selección de todos los consultorios en que éste es aplicado:

### Ventajas:

- 1.- Reducción del rechazo de pacientes lo que implica mejoría de la relación con el público y disminución de la tensión en el equipo.
- 2.- Racionalización de los recursos con mayor tiempo para la consulta de paciente que más lo requieran.
- 3.- Mayor satisfacción en el equipo de salud y de la población ( sólo evidencia indirecta).

### Riesgos:

Los riesgos presentados son potenciales y se proponen ciertas líneas de prevención para evitarlos:

- 1.- Riesgo de pérdida de integralidad de la atención - Debe coordinarse en forma normada la atención del poli selección con la atención diurna.
- 2.- Stress de los integrantes del equipo de poli selección por exceso de trabajo - Debe hacerse una adecuada selección del recurso humano, escogiendo a los más diestros, en que el rendimiento debe tener un límite..
- 3.- Sospecha de elevación de costos de farmacia, exámenes, etc. - Esta inquietud se presentó en los consultorios La Feria y Laura Vicuña , los que a través de un estudio, concluyen que el policlínico no genera un gasto distinto al esperable a causa del aumento de consultas..

### SINTESIS

Aunque el financiamiento mensual destinado a incentivar monetariamente a los integrantes del equipo del poli selección es similar, las horas que en total se dedican al funcionamiento de éste difiere en cada consultorio. Es así como el consultorio Barros Luco destina 1.440 horas mensuales (sumadas las horas totales que cada persona del equipo destina al poli selección), en tanto que los consultorios La Feria y Julio Acuña Pinzón atienden 480 y 225 horas mensuales respectivamente. Esta diferencia dice relación con el tipo de especificaciones de la implementación de los policlínicos, ya que en el primero de los consultorios éste fue aplicado a un programa (IRA), con personal destinado básicamente a la atención de pacientes - IRA, cambiando solamente la modalidad de atención de éstos.

La implementación del policlínico de selección en los consultorios analizados a resultado satisfactorio. Los principales resultados obtenidos aluden a la disminución del número de rechazos por atenciones de morbilidad y con menores tiempos de espera para recibir la atención por parte del paciente, todo

esto asociado a un costo adicional substancialmente menor por paciente adicional atendido. Por otro lado, se perciben mejoría en la satisfacción de los equipos de salud y de la población.

De lo anteriormente expuesto se desprende que la implementación de este modelo posee grandes beneficios para la población beneficiaria a un costo de funcionamiento comparativamente menor, el que básicamente tiene relación con la modalidad de organización del trabajo más que con la contratación de recursos adicionales (como en el caso del programa IRA).

También de las experiencias analizadas se infiere que éste modelo puede aplicarse en distintos programas de atención de morbilidad, de acuerdo a los requerimientos específicos que posea la población beneficiaria correspondiente a cada consultorio.

## II. "CONTROL MODIFICADO: Control de Salud Infantil Grupal"

### **MATERIA:**

Implementación de un sistema de atención grupal del programa control de salud infantil que plantea una forma más eficiente y eficaz de lograr los objetivos que este programa contiene, a cargo de los mismos profesionales que realizan normalmente el control pero con una modalidad de organización diferente, que pone énfasis en la educación de la madre.

### **OBJETIVOS:**

#### **Objetivo General:**

Ofrecer un control de salud que permita un mejor desarrollo integral físico, psíquico y social de la población infantil.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Mejorar la calidad del control de salud.
2. Optimizar recursos humanos y de infraestructura.
3. Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
4. Apoyar a la madre que trabaja.
5. Reducir la morbilidad de algunas enfermedades como infecciones respiratorias agudas y diarreas en menores de un año.
6. Disminuir la prevalencia de mal nutrición en niños menores de dos años.
7. Estimular el desarrollo psicomotor desde el período de recién nacido hasta los seis años de edad.
8. Disminuir la mortalidad por accidentes e intoxicaciones en menores de dos años.
9. Aumentar la adhesividad al programa ampliado de inmunizaciones (PAI).
10. Disminuir la incidencia de caries en la población infantil menor de seis años.
11. Fomentar el apego y la relación padres - hijos en la población menor de seis años.

### **ESTRATEGIAS:**

Las estrategias utilizadas en el modelo, se basan en la teoría del auto cuidado, consultas edad del recién nacido, clínicas de lactancia materna, estimulación del desarrollo psicomotor, controles grupales, incorporando la participación de los padres<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>La metodología del programa fue diseñada por los equipos de trabajo de los consultorios con el apoyo técnico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEDIUC).

1. Realizar un control de salud modificado grupal, con unidades educativas participativas, desarrollando los siguientes talleres<sup>5</sup>:
  - 1.1. Cuidados del recién nacido (R.N).
  - 1.2. Taller de lactancia materna (15 días).
  - 1.3. Taller de IRA (1er. mes).
  - 1.4. Taller de vacunas (2º mes).
  - 1.5. Taller de DSM (3er. mes).
  - 1.6. Taller beneficios sociales (4º mes).
  - 1.7. Taller de nutrición no láctea (5º mes).
  - 1.8. Taller manejo conductual (8º mes).
  - 1.9. Taller accidentes (10º mes).
  - 1.10. Taller de salud oral (12º mes).
2. Conocer y sectorizar a la población infantil de más riesgo, con lo que se puede orientar hacia ellos los recursos necesarios sin descuidar al resto de la población.
3. Establecer una coordinación intra e intersectorial y con las instituciones relacionadas con el sector salud.

#### **OPERACIONALIZACION DEL MODELO:**

Se constituyen grupos estables con las madres de los recién nacidos, al que posteriormente se les cita al consultorio de acuerdo al cronograma del control del niño, otorgándoles educación integral en salud contingente a la edad de los infantes y atención de salud individual para cada uno de ellos.

El sistema opera a través de charlas participativas, dirigidas por profesionales y auxiliares de la salud, desarrollándose las actividades en dos bloques consecutivos, el primero de ellos consistente en talleres de educación para las madres (duración aproximada 30 minutos) y el segundo correspondiente al control de salud individual de los niños (rendimiento: en recién nacidos se atienden 3 niños por hora y en lactantes 4 niños por hora).

##### **1. Etapas del modelo:**

- 1.1 Se agrupa a todos los recién nacidos en una semana constituyéndose éstos en el grupo "x" del programa de control del niño sano. No se consideran los infantes que hallan nacido con problema biológicos graves, otorgándoles sólo atención individual, a causa del desfase de controles a que son sometidos.

---

<sup>5</sup>La programación, talleres e instrumentos de evaluación y control del modelo fueron diseñados en forma conjunta por los equipos de salud y el CEDIUC.

1.2 La primera sesión sólo consta de un taller informativo y educativo en que se les presenta a las madres la metodología de atención y se les da a conocer las primeras indicaciones médicas.

1.3 La segunda y posteriores sesiones, constan de los dos bloques y la atención la otorgan médicos, enfermeras y/o auxiliares paramédicos, de acuerdo a la edad que presente el grupo y los requerimientos específicos del control que les corresponde.

## 2. Recursos involucrados:

2.1 Planta física: Sala de atención amplia, de acuerdo al número promedio de niños integrantes de los grupos para entregar las charlas educativas.

2.2 Recursos humanos: Médicos, enfermeras, nutricionistas, asistente social, dentistas, psicólogos y auxiliares paramédicos. El sistema no implica contratación de personal adicional, pero si capacitación del personal existente<sup>6</sup>.

2.3 Otros recursos: Implementos necesarios para el control individual de los niños (pesas, balanzas, materiales quirúrgicos, etc.) y materiales que sirvan de apoyo al proceso educativo, tales como, radio, televisor, video, cassettes, etc.

## 3. Evaluación y control del modelo:

### 3.1. Indicadores Semestrales:

3.1.1. Porcentaje lactancia materna

3.1.2. Porcentaje de asistencia (cumplimiento del esquema)

3.1.3. Evaluación DSM

3.1.4. Asistencia a vacunas

3.1.5. Motivo de consulta de morbilidad (auditoría de ficha y diagnóstico médico)

3.1.6. Número morbilidades

3.1.7. Prevalencia riesgo biomédico (NCHS)

3.1.8. Prevalencia desnutrición

3.1.9. Satisfacción de las madres usuarias.

### 3.2. Indicadores Anuales:

---

<sup>6</sup>La Corporación Municipal de La Florida mantiene un convenio con la U. Católica, que facilitó la entrega de capacitación al personal médico, enfermera y auxiliar paramédico en CEDIUC.

- 3.2.1. Lactancia materna - estudio de causas de fracaso de lactancia
- 3.2.2. Porcentaje de asistencia
- 3.2.3. Evaluación DSM a todos los niños comparado con casos no tratados
- 3.2.4. Consulta morbilidad
- 3.2.5. Indicadores de riesgo biomédico
- 3.2.6. Satisfacción de las usuarias.

3.3. Evaluación y Control permanente:

El equipo debe reunirse cada 15 días para revisar el avance del programa, elementos que lo obstaculizan y que lo dificultan y proponer cambios necesarios para el mejoramiento del proyecto.

### **Evaluación Control Modificado: Consultorios Maffioletti y Los Castaños**

A continuación se presentará la evaluación del programa Control Modificado, realizada por los consultorios Maffioletti y Los Castaños, la que abarca el análisis de resultados de los primeros 6 meses de aplicación.

#### **Antecedentes:**

La metodología de implementación del programa fue diferente en ambos consultorios. En el Maffioletti, por la introducción del programa en forma piloto, se implementó sólo para 76 niños y se considero un grupo de control de otros 73 a los que se les realizaba el control tradicional. Por su parte "Los Castaños", implementó el programa para todos los niños, tomando como grupo control a los recién nacidos ingresados en el año 1993 y evaluados con el control del niño sano tradicional.

#### **Indicadores utilizados:**

1. Alimentación del lactante
2. Estado nutricional
3. Vacunación
4. Asistencia a control de salud
5. Satisfacción usuaria
6. Satisfacción Profesional

## Metodología:

El C. Maffioletti, de acuerdo a la planificación e implementación del modelo, realizó evaluación de indicadores al 2º, 4º y 6º mes, en tanto que el C. Los Castaños lo realizó sólo en el 6º mes. Aun no se ha realizado en ninguno de los consultorios la evaluación correspondiente a los 12 meses, sin embargo, hay que considerar que por la programación de la periodicidad de los controles y dado que recién en noviembre y diciembre de 1994 los infantes del primer grupo sometido al control modificado cumplen 1 año de vida, esta evaluación no ha sido posible.

El calendario de controles establecido por el Ministerio de Salud es como sigue:

0 - 27 d. = 2 controles  
28d. - 5 ms. = 4 controles  
06ms. - 11 ms. = 1 control a los 6ms.

A continuación se presentan el resultado de los indicadores para ambos consultorios evaluados a los 6 meses.

### 1.- Alimentación:

De acuerdo a lo establecido como alimentación óptima para el infante, se destaca la alimentación exclusivamente vía leche materna hasta los seis meses de edad. El resultado alcanzado por el modelo es el siguiente:

ALIMENTACION	C. LOS CASTAÑOS		C. MAFFIOLETTI	
	Grupo Estudio %	Grupo Control %	Grupo Estudio %	Grupo Control %
MATERNA	9	0	45	16
MATERNA +OTROS	64	54	41	49
NO MATERNA	27	46	12	32
sin evaluación	0	0	3	3

Aunque existen diferencias marcadas entre ambos consultorios, se visualiza una mejora considerable en este indicador para cada uno de ellos. En relación a la alimentación exclusivamente materna, el C. Maffioletti de los 74 niños bajo control modificado logró que el 45% de ellos llegara a los seis meses sólo con este tipo de alimentación v/s el 16% de 73 niños bajo control tradicional. Por otro lado el C. Los Castaños ha logrado un avance significativo al reducir desde un 46% a un 27%, a los infantes que a los seis meses de edad no consideran en su alimentación diaria la leche materna.

Impacto: Positivo sobre el grupo objetivo.

## 2.- Estado nutricional:

Como se observa en el cuadro adjunto, los resultados de nutrición, han tomado matices diferentes para los consultorios bajo estudio. En el C. Los Castaños, aunque los indicadores de nutrición en general han evolucionado positivamente, la variación porcentual no ha sido de gran magnitud. Los índices de niños eutróficos, desnutridos, obesos y en estado de riesgo, todos ellos han mejorado y sólo el índice de niños con sobre peso presenta empeoramiento.

El C. Maffioletti no presenta diferencias significativas entre el estado nutricional de ambos grupos, sin embargo, se observa en el grupo estudio que los índices de normalidad y obesidad están levemente peores que en el grupo control.

ESTADO NUTRITIVO	C. LOS CASTAÑOS		C. MAFFIOLETTI	
	Grupo Estudio %	Grupo Control %	Grupo Estudio %	Grupo Control %
NORMAL	59	54	58	62
DESNUTRIDO	0	2	0	0
RIESGO	2	4	1	1
SOBREPESO	32	29	27	27
OBESO	7	11	11	7
sin evaluación	0	0	3	3

Impacto: No significativo sobre el grupo objetivo.

## 3.- Vacunación:

De acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, a los 6 meses de vida, los infantes deben haber cumplido con tres dosis de vacunas. Los resultados son los siguientes:

VACUNAS	C. LOS CASTAÑOS		C. MAFFIOLETTI	
	Grupo Estudio %	Grupo Control %	Grupo Estudio %	Grupo Control %
Con 2 dosis	0	27	3	8
Con 3 dosis	100	73	97	92

En ambos consultorios se ha mejorado la cobertura y vacunación oportuna de los infantes. En el C. Los Castaños se ha logrado una mejora en el cumplimiento de un 73% a un 100%, lo que implica que a los 6 meses de edad los infantes cumplen con las tres dosis de vacunas establecidas.

Por otro lado, el C. Maffioletti en su grupo de estudio ha conseguido una cobertura de 3 dosis de vacunas en el 97% de los infantes (72 niños) v/s el 92% (67 niños) en el grupo control.

Impacto: Positivo sobre el grupo objetivo.

#### 4.- Asistencia a control de salud:

El C. Maffioletti realizó una medición de la asistencia al control de los infantes, considerando el número de controles para cada tramo de edad ( 0-27d, 28d-5ms., 6° m).

En el cuadro adjunto podemos observar que en el grupo estudio hay una mejor asistencia a los controles. Si consideramos que el mayor número de estos se encuentra entre los 28 días y 5 meses de edad, el 87.8 % de los infantes de control modificado cumplen con lo preestablecido v/s el 61.6% del grupo control. Esto implica que con el control modificado se ha logrado una mejor asistencia, lo cual ayuda al cumplimiento de los objetivos del programa "control de niño sano".

#### ASISTENCIA C. MAFFIOLETTI

EDAD	Grupo Estudio %	Grupo Control %
0 - 27 días (2 controles)	93.2	87.7
28 días - 5 meses (4 controles)	87.8	61.6
6 meses (1 control 6m.)	97.2	97.3

En el C. Los Castaños, también ha mejorado la asistencia oportuna a los controles, sin embargo no disponemos de información exacta al respecto.

Impacto : Positivo sobre el grupo objetivo.

#### 5.- Satisfacción usuaria:

El C. Maffioletti aplicó una encuesta a las madres de los infantes sujetos a control modificado, al 4° mes de vida de éstos (Febrero 1994). Dicha encuesta contempla sets de preguntas abiertas y cerradas, que miden grado de satisfacción de las madres y sugerencias para mejorar el sistema.

Los resultados de esta encuesta señalaron que las madres estaban contentas con el nuevo sistema de atención, deduciéndose que el hecho de

compartir las experiencias con un grupo de iguales, hace que tomen más confianza y expresen así más abiertamente sus inquietudes, temores y logros.

El C. Los Castaños aún no ha aplicado el instrumento, sin embargo, los profesionales y técnicos que trabajan en el programa han percibido una muy buena acogida del nuevo método de controles por parte de la población beneficiaria, y hasta el momento no se ha vuelto a controlar a niños en forma masiva, salvo casos muy particulares, bajo la metodología del control tradicional.

#### 6.- Satisfacción equipos de salud:

En ambos consultorios, los equipos de salud que ejecutan el programa Control Modificado, se encuentran bastante satisfechos con la labor hasta ahora realizada, sienten que efectivamente están otorgando un servicio integral, que contempla el fomento y prevención en salud, el que además ha tenido resultados exitosos respecto al logro de objetivos que persigue el control del infante.

Además de ello, en el C. Los Castaños se percibe una mejor utilización del recurso humano, en que la planificación adecuada del control modificado ha permitido, por el sólo hecho de la mejor organización de la entrega de este servicio, liberar recursos especializados, los que han podido ser utilizados en otros programas, destinados igualmente a mejorar el nivel de salud de la población.

## Implementación del Programa y Contexto Organizacional

El éxito en la implementación de diferentes tipos de modelos tendientes a mejorar la gestión de los consultorios, dependerá finalmente de la capacidad que tenga la organización para poder evaluar y adecuar los programas recomendados a los requerimientos específicos de su población beneficiaria. En este contexto, es muy importante que la estructura de la organización permita efectivamente realizar nuevos proyectos y a su vez evaluar y retroalimentar el sistema, de tal manera de mejorar la gestión de la organización como un todo. Al respecto, se hace imprescindible la planificación, programación, coordinación y control de actividades que permitan la obtención de resultados satisfactorios y un permanente aprendizaje a través de la evaluación de las actividades.

Dentro de este esquema los equipos de salud de centros de atención primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de la Florida (COMUDEF), en particular los consultorios Maffioletti y Los Castaños, y dentro del esquema de evaluación de la atención primaria y su rol de prevención y fomento de la salud, detectan la necesidad de incorporar innovaciones en los modelos de atención, ya que no se estarían cumpliendo adecuadamente estos objetivos. En este contexto y centrándonos en el modelo de atención anteriormente descrito, a partir de la evaluación anual de los indicadores que reflejarían la evaluación del programa control del niño sano (individual), las entidades comunales involucradas detectaron la necesidad de cambio. Los equipos de salud en conjunto con el CEDIUC, entidad con la que la COMUDEF mantiene un convenio y la cual contaba con la experiencia de auto cuidado, formalizaron la programación y realización del proyecto "Control Modificado".

En un primer momento, en noviembre de 1994, dicho proyecto se implementó como proyecto piloto en el consultorio Maffioletti para posteriormente, en diciembre de ese mismo año, ser implementado en el consultorio Los Castaños.

Las evaluaciones del modelo en ambos consultorios presentadas en la primera parte, indican que sus resultados han sido satisfactorios. Como se vio anteriormente, el modelo no requiere recurso humano adicional y sus requerimientos se relacionan con la capacitación de este recurso y los espacios físico adecuados para entregar una atención grupal. Sin embargo, para su funcionamiento ha sido necesario mantener una adecuada planificación y programación de actividades y la coordinación de los profesionales y técnicos que laboran en el consultorio y específicamente en el programa.

Con la finalidad de presentar la experiencia completa de un consultorio desde una perspectiva global en la implementación de un programa innovador, que en este caso particular resulta ser el proyecto "Control Modificado", a

continuación se presentarán brevemente algunas características organizacionales del consultorio "Los Castaños", tales como procesos, funciones y atribuciones, y posteriormente se realizará el ejercicio respecto de como en dicho consultorio se gestó e implementó el programa de atención grupal.

### Estructura Organizacional Consultorio Los Castaños

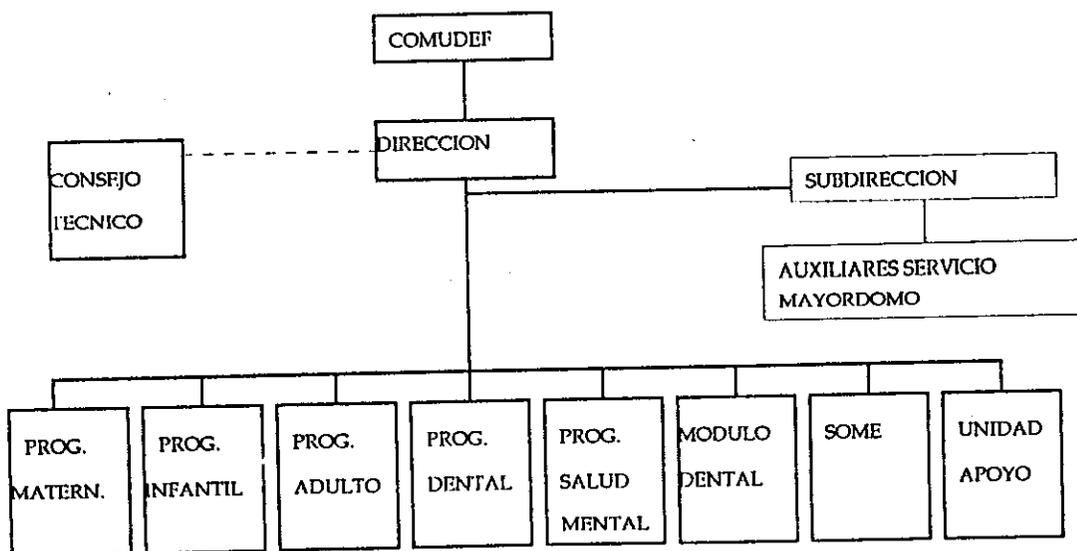
El consultorio Los Castaños es administrado por la Corporación Municipal de La Florida y su supervisión técnica recae sobre el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

#### 1. Organigrama:

En un primer nivel jerárquico se encuentra la Dirección del consultorio, de la cual depende todas las unidades constituidas y definidas principalmente por equipos de trabajo que responden a programas específicos ejecutados por el consultorio, es decir, existe una dependencia técnica directa entre la dirección y cada uno de los programas ejecutados. Se puede distinguir además, la existencia de la subdirección del consultorio, la que no tiene una relación directa con los equipo de trabajo que laboran en los programas del consultorio.

Adicionalmente, existe un organismo asesor de la dirección, denominado consejo técnico, el cual no depende jerárquicamente ninguna de las unidades anteriormente citadas.

A continuación se presenta el organigrama del consultorio Los Castaños:



## 2. Funciones y Atribuciones de la unidades del organigrama:

### COMUDEF (Area de salud):

Adecúa políticas del MINSAL y de la Municipalidad

Define los planes de salud comunal

Asigna presupuesto

Monitorea y evalúa la gestión y cumplimiento del plan

Controla ejecución presupuestaria

Difunde lo realizado, buscando impacto en políticas comunales y nacionales

Facilita el trabajo intersectorial

### Dirección consultorio:

Define programas de salud del ámbito de su dirección, en función de su diagnóstico local.

Define estrategias locales, actividades y recursos.

Administra recursos de su centro de costos

Ejecución y evaluación del programa de salud

Informar al área de salud los resultados de las evaluaciones, para re orientar el plan

Realizar trabajo intersectorial en el ámbito de pequeños proyectos.

### Subdirección consultorio:

Ejecución de presupuesto del establecimiento

Coordinación de servicios generales

Administración de personal

### Jefatura de programa:

Programación de las actividades de acuerdo a los planes comunales y locales

Evaluación del programa

Evaluación y control del personal a cargo

### Consejo Técnico:

Constitución: Jefes de programas, jefe de SOME, Jefe de unidad de apoyo, Director y Subdirector del establecimiento.

Asesora a la dirección del consultorio.

Recomienda orientaciones políticas y programáticas en salud para el territorio asignado

Acuerda programa local de salud

Analiza programas específicos a realizar en el consultorio

### 3. Niveles Jerárquicos:

#### 1er. Nivel :

Dirección - Labora con el asesoramiento del Consejo Técnico.

#### 2o. Nivel :

En este nivel se pueden distinguir dos polos:

i. Subdirección - Depende sólo de la dirección.

ii. Jefes programas, jefe SOME y Jefe Unidad de Apoyo: Dependen directamente de la Dirección y a su vez son responsables de los programas que manejan. Los equipos de trabajos que apoyan al programa están subordinados a los jefes de programa.

#### 3er. Nivel:

Equipos de trabajo y unidad de servicios (auxiliares y mayordomo). Los equipos de trabajo dependen directamente de los jefes de programas, los que a su vez constituyen parte de ellos. La unidad de servicio depende directamente de la subdirección.

### 4. Funcionamiento e interacción de las unidades:

Los equipos de trabajo correspondientes a una unidad, entendiéndose por esta al conjunto de personas incorporadas a la realización de tareas que responden a la programación de actividades de algún programa particular ejecutado por el consultorio, constituyen la base de la organización del consultorio. Como unidad primaria, y de acuerdo a las funciones y atribuciones de la jefatura de los programas, se puede señalar que en este nivel se programan y ejecutan las tareas tendientes a lograr los objetivos generales y específicos derivados de la planificación y programación del consultorio. También en este nivel se evalúa y controla la eficacia del programa y del personal que participa en él, constituyendo así en la fuente primaria de evaluación y control del consultorio.

Dado que los jefes de los programas participan junto con la dirección y subdirección del establecimiento en el Consejo Técnico, existe una retroalimentación directa de información entre quienes, en un primer nivel, programan, evalúan y ejecutan las actividades y aquellos que asesoran a la dirección en las políticas de salud a seguir y el programa local de salud.

En este contexto, el Consejo Técnico es de gran importancia, en la medida en que es aquí en donde se discuten las problemáticas de los diferentes programas, se concretan políticas de acción del consultorio y se evalúan los requerimientos de la población beneficiaria.

## 5. Funcionamiento del Consejo Técnico:

Con las responsabilidades y atribuciones definidas anteriormente, el Consejo Técnico se reúne 2 veces al mes, la primera para analizar el desempeño del consultorio desde una perspectiva técnica y la segunda para tratar problemas administrativos de apoyo a la conducción técnica del proceso.

En cada sesión se elabora en forma conjunta la tabla de discusión y análisis cuya temática está dada por las siguientes fuentes:

- i) Temáticas derivadas de las políticas, planes y programas que emanan de la COMUDEF, MINSAL y SSMSO.
- ii) Temáticas propuestas por los jefes de programa, las que se relacionan con los equipos de trabajo y programas en ejecución.

## 6. Programas que se han implementado en el consultorio:

A continuación se describirán específicamente a los programas locales nuevos, que no están incluidos en los programas ministeriales, implementados por necesidad local. También se hace mención a programas ministeriales que han sido modificados en forma importante para adecuarse a las necesidades locales:

- i) Oficina de Admisión: Sistema de atención a todas las personas que demandan atención de salud en el establecimiento.
- ii) Atención de pacientes postrados: programa destinado a rehabilitar pacientes postrados, utilizando como eje de intervención la familia del afectado.
- iii) Atención del paciente terminal: Programa destinado a acoger y dar atención digna a los enfermos calificados como terminales y a sus familias. El eje de intervención es la familia.
- iv) Programa de intervención a enfermos respiratorios crónicos adultos: Destinado a mejorar la calidad de vida de pacientes con daño pulmonar crónico, evitando las descompensaciones de su enfermedad.
- v) Comunidad terapéutica: Programa destinado a la rehabilitación de drogadictos (especialmente pasta base), con la participación activa de adictos rehabilitados, como recurso calificado para esta labor.
- vi) Control de salud infantil grupal: Modificación del control de salud infantil individual a un modelo grupal con énfasis en la educación de la madre.

## **7. Descripción de la planificación e implementación del programa "Control Modificado":**

### **Evaluación preliminar:**

En los análisis del consejo técnico y de los equipos de salud del consultorio Los Castaños, en el contexto de mejorar el servicio de salud otorgado a la comunidad, se percibe la necesidad de incorporar elementos más útiles para el fomento y la prevención del daño en salud. A partir de ello, se deriva la necesidad de incorporar la acción educativa precozmente, en edades donde aún es posible modificar algunas conductas de riesgo y dirigida a las madres de los niños bajo control por ser ellas quienes transmiten los conocimientos de salud al interior de la familia.

La misma evaluación citada anteriormente se realizaba en otros consultorios de la comuna de La Florida y a través de los consejos comunales de los jefes de programa surgió la idea de modificar el control del niño sano, implementando un modelo de atención grupal con énfasis en la educación de la madre.

### **Planificación y programación:**

La planificación y el diseño del modelo se hizo entre los jefes de programa infantil de los consultorios de la comuna, coordinados por la encargada comunal del programa. El diseño incluyó el análisis de los recursos humanos, espacios físicos y equipamiento, pautas de frecuencias de control, diseño de las actividades educativas, pautas de evaluación y control.

En base al diseño del modelo, la participación del consejo técnico estuvo dirigida a como superar los problemas de implementación tales como salas suficientemente amplias, mobiliario y equipamiento adecuado al desarrollo del modelo. La gestión y evaluación del programa quedó a cargo de la Jefa del Programa Infantil.

### **Conclusión:**

Finalmente, podemos decir que el consultorio posee una estructura organizacional que le permite llevar a cabo procesos tales como planificar, programar, organizarse coordinar, evaluar y controlar actividades propias del sector. Estando los niveles jerárquicos claramente establecidos, los procesos de planificación y programación de actividades se realizan en un clima organizacional que permite la participación directa e indirecta de los niveles inferiores del nivel jerárquico. Lo anterior, unido a un tipo de organización flexible desde el punto de vista de la distribución del recurso humano, favorece a que el personal se involucre en los temas del consultorio y puedan implementarse y desarrollarse con éxito actividades tendientes a mejorar el nivel de salud de la población beneficiaria del servicio que otorga el consultorio.

### **III. " OPTIMIZACION DE LA CAPTACION DE INGRESOS PROPIOS"**

#### **MATERIA:**

Implementación de un sistema de cobro por prestaciones de salud y otorgamiento de medicamentos a beneficiarios y no beneficiarios del sistema de salud municipal, de acuerdo a la normativa vigente.

#### **OBJETIVO:**

Incrementar en un X% los ingresos propios, provenientes del cobro por prestaciones de salud y medicamentos a beneficiarios y no beneficiarios del sistema de salud municipal.

#### **ESTRATEGIA:**

De acuerdo a la realidad local las estrategias implementadas deben ser dirigidas a como lograr que el personal a cargo de esta tarea realice los cobros a los usuarios que correspondan. Cualquier estrategia utilizada para lograr este fin debe considerar dos aspectos:

1. El funcionario debe tener conocimiento de la normativa que rige el cobro y otorgamiento de medicamentos y,
2. El funcionario debe poder identificar a los diferentes usuarios en lo que respecta a su situación previsional.

#### **DISEÑO E IMPLEMENTACION:**

Como se señaló en el punto anterior, para implementar el modelo se debe contar con la información que permita al funcionario a cargo del cobro de prestaciones y otorgamiento de recetas, poder discriminar entre las distintas modalidades de usuarios y entre las distintas prestaciones otorgadas. Para tal efecto se debe contar con la siguiente información:

1. Normativa legal respecto a beneficiarios y no beneficiarios y aranceles a cobrar por prestación y medicamento otorgado.
2. Información fidedigna sobre la situación previsional de los usuarios del servicio.

En el punto 1. el funcionario debe tener los elementos para poder dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿A quién cobro?, ¿Qué cobro?, ¿Cuánto cobro?

La información que el funcionario requiere para dar respuesta a estas preguntas debe estar disponible en forma rápida y precisa, de tal manera que dicho funcionario pueda ser eficaz y eficiente en sus labores. Será eficaz si discrimina entre distintos usuarios y logra realizar el pago que corresponda; será eficiente si consigue realizar esta tarea en un tiempo óptimo de acuerdo a las necesidades del centro de atención.

Para tal efecto se debe elaborar un manual que contenga:

- a) Nombre de las prestaciones susceptibles de realizarse en el centro y,
- b) Arancel de cada una de estas prestaciones divididos de acuerdo al tipo de usuario que corresponda. Los usuarios, de acuerdo a la normativa existente, se dividen en:

**Beneficiarios Institucionales (Ley N° 18.469):** Los beneficiarios correspondientes a esta ley se dividen en cuatro grupos de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas. Los grupos A,B,C y D. La resolución exenta N° 513 del 12.04.90. estableció la gratuidad para la mayoría de las prestaciones de atención primaria para la modalidad de beneficiarios institucionales, otorgando un listado en el que se especifican aquellas prestaciones exentas de pago. Sin embargo, para las prestaciones de salud que no se especifican en este listado, para efectos de cobro, continúa operando la clasificación de estos grupos, en que de acuerdo a la ley a los grupos A y B no corresponde el pago por parte de los usuarios, el grupo C debe cancelar el 25% del valor del arancel de las prestaciones y el grupo D debe cancelar el 50%. El valor de los aranceles que rige para todas las prestaciones corresponde al arancel FONASA Nivel 1.

**Beneficiarios convencionales:** Los beneficiarios convencionales son aquellos derivados de convenios celebrados entre distintas instituciones y el Servicio de Salud que corresponda a la Municipalidad respectiva, de acuerdo a la circular 93, del 17.06.81. (Convenio de traspaso de establecimientos asistenciales a las municipalidades). De acuerdo a ello, los convenios establecen los porcentajes y condiciones de cobro a este tipo de beneficiario.

**Particulares:** Por particulares se entiende aquellos usuarios que cotizan en Instituciones de Salud Previsional y aquellos que no poseen su carnet FONASA.

Para contar con la información del punto 2. Se pueden establecer diferentes mecanismos para diferentes condiciones geográficas, los que también pueden ser complementarios entre sí:

- Mecanismos computacionales, que puedan indagar la afiliación de los usuarios a las ISAPRES.
- Mecanismos computacionales de pertenencia de los usuarios a alguna de las instituciones con las cuales se ha celebrado un convenio.
- Mecanismos manuales, a través de listados provenientes de Empresas aledañas a los establecimientos de salud, en los que se pueda indagar la afiliación de los usuarios.

En este punto es importante que se pueda mantener información actualizada de los usuarios para poder hacer efectiva la discriminación.

Adicionalmente, los funcionarios deben estar en conocimiento de las normas emanadas de la dirección del consultorio, respecto al otorgamiento de prestaciones de salud fuera de los horarios de funcionamiento hábil del servicio, atentos al recargo que correspondiera hacer a los usuarios (si estuviese establecido de esta manera).

Entonces, antes de implementar el modelo de deben realizar dos etapas:

- 1°. Sistematización de información citada en los puntos anteriores y,
- 2°. Instrucción a los funcionarios que realizan los cobros sobre las materias respectivas.

NOTA: El paciente fonasa debe exigirsele su carnet

## **PROCEDIMIENTOS:**

Diversas etapas son las que se llevan a cabo en la ejecución del procedimiento de cobro y posterior recaudación y contabilización de los ingresos:

### **1. Etapa de Cobro**

De acuerdo a las distintas unidades de atención que presenten los centros de atención primaria los procedimiento de cobro corresponderían a:

#### **1.1. Ingreso de paciente en SOME**

- 1.1.1. El paciente es atendido por el funcionario a cargo quien solicita la previsión.
- 1.1.2. El funcionario identifica el tipo de usuario que es el paciente (utilización de información computacional o manual).

- 1.1.3. Si el paciente ha cambiado de previsión se le registra en su respectiva ficha.
- 1.1.4. El funcionario procede a cobrar la prestación de salud que se le otorgará al paciente, si correspondiese.
- 1.1.5. El paciente es atendido por el profesional y/o auxiliar que corresponda.
- 1.1.6. Si el profesional extiende una receta de fármaco debe anotar en ésta el tipo de previsión del paciente.
- 1.1.7. Si correspondiera el paciente procede a la obtención de la receta. Deberá cancelar de acuerdo a la previsión que posea.
- 1.1.8. El paciente egresa del centro de atención de salud.

## **1.2. Ingreso del paciente en SAPU**

- 1.2.1. El paciente es atendido por el funcionario a cargo quien solicita la previsión.
- 1.2.2. El funcionario identifica el tipo de usuario que es el paciente (utilización de información computacional o manual).
- 1.2.3. El paciente es atendido por el profesional y/o auxiliar paramédico que corresponda.
- 1.2.4. Una vez que el paciente es atendido el funcionario realiza el cobro de la prestación según corresponda.
- 1.2.5. El paciente egresa del centro de atención de salud.

Nota: en los centros de urgencia no se otorgan fármacos.

## **2. Etapa de contabilización de la recaudación**

La contabilización de la recaudación, dependerá del sistema utilizado en el ingreso de la información (ejecución del cobro) y permitirá a su vez una mayor ordenación para el proceso de control de los recursos. Lo medular es que en la ejecución del cobro se ingresen los siguientes datos:

### Prestaciones de salud:

- tipo de prestación (ítem)
- previsión del paciente
- arancel cobrado
- número de comprobante de recaudación
- nombre del funcionario que realiza la cobranza y/u horario en que se realiza el cobro

### Otorgamiento de medicamentos:

- previsión del usuario

- arancel cobrado (fármaco)
- número del comprobante de recaudación
- nombre del funcionario que realiza la cobranza y/u horario en que se realiza el cobro

De acuerdo las políticas de cada centro de salud, respecto de los ingresos de recursos, se contabilizará la recaudación vía nóminas que indiquen su procedencia. Esta etapa se ejecuta a través de mecanismo contables.

### **MECANISMOS DE CONTROL Y EVALUACION:**

Los mecanismos de control deben dirigirse principalmente a:

1. Asegurarse que el funcionario a cargo ejecute cobros a los pacientes que correspondan
2. Que el pago realizado por los pacientes quede anotado. Se debe controlar que efectivamente los pagos ingresen al centro de salud.

La evaluación debe guiarse en torno a:

1. Detectar las fortalezas y debilidades del sistema de cobro para implementar mecanismos que lo hagan más efectivo y eficiente.
2. Evaluación del desempeño de los funcionarios a cargo de esta tarea.
3. Evaluación de los ingresos obtenidos v/s objetivo planeado.

### **ELEMENTOS FACILITADORES DEL PROYECTO:**

Podemos distinguir diversos elementos facilitadores de una gestión eficiente para la captación de ingresos propios:

1. Descripción de cargos y funciones: Debe estar claramente especificado (formal o informalmente) las funciones y tareas que le compete a cada individuo del equipo de trabajo del centro de salud. De esta manera se pueden identificar que personas son las que realizarán la tarea de cobro y entregarle la capacitación correspondiente. Además, en la medida en que no exista duplicidad de funciones y tareas será posible delimitar responsabilidades y a su vez generar un ambiente propicio para que el funcionario pueda realizar su función en la mejor forma posible.
2. Compromiso del equipo y existencia de incentivos: En la medida en que todos los funcionarios adquieran el compromiso de mejorar la gestión del centro, en

cualquier etapa o parte de la organización, será más o menos problemático implementar cualquier medida para la consecución de este objetivo. En este marco podemos destacar lo siguiente:

- 2.1. compromiso del funcionario a cargo de la tarea "cobranza", y de los profesionales que otorgan recetas a sus pacientes. Debe haber una colaboración mutua entre ambos tipos de funcionarios.
- 2.2. Existencia de un sistema de incentivos para el buen desempeño de los funcionarios que intervienen en el proceso.
3. Difusión de información hacia el usuario sobre el sistema de cobro por prestaciones y medicamentos: Con la existencia de una buena difusión del sistema de cobranza, qué y quienes deben cancelar, se facilitará el proceso de cobranza al funcionario a cargo. Dentro de los elementos a difundir se destacan: la necesidad de que el paciente FONASA se dirija al centro de salud con su carnet de identidad y FONASA y conozca el proceso de pago de las prestaciones.

#### **ELEMENTOS ESTRUCTURALES A CONSIDERAR:**

Como no todos los centros de salud del país presentan las mismas características respecto de factores tales como nivel socio-económico de la población usuaria, número de centros de salud privados que sean alternativa al centro de salud público, capacidad de atención de público de los centros de salud, etc., para la implementación del sistema de captación de ingresos propios es indispensable realizar un diagnóstico considerando los siguientes aspectos:

1. Población usuaria del centro de salud: Se debe cuantificar el número de usuarios correspondientes a las distintas categorías para efectos de cobro.
2. Prestaciones más recurrentes: identificar el número y tipos de prestaciones más recurrentes con sus aranceles respectivos para poder proyectar los cobros reales que podrán realizarse.
3. Factores de competencia: Se debe considerar la oferta del servicio de salud por otros actores del área geográfica correspondiente y sectores aledaños. Así se podrá identificar meridianamente el número de clientes particulares y FONASA grupos C y D posibles de desviarse a estos centros a causa de la incorporación obligatoria del pago por prestaciones de salud.

## Experiencia de la implementación del proyecto "Optimización de la Captación de Ingresos Propios" en el Hospital Tipo IV "San José de Casablanca"

En el presente texto se describirá el origen del proyecto y como éste se implementó en el hospital San José de Casablanca. Del mismo modo se realizará una evaluación del proyecto, realizada por el personal del hospital.

### **Antecedentes:**

El Hospital de Casablanca está ubicado en la Vª Región y pertenece al Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Este Hospital hasta el año 1986 fue consultorio, año en el que pasó a ser hospital tipo IV, dedicado preferentemente a las atenciones de salud primaria.

Al ser categorizado como hospital se le otorgó el manejo del presupuesto, anteriormente a cargo del equipo del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, con lo cual se introdujeron cambios substanciales que apuntaban a la racionalización del centro de salud.

En 1992 el Servicio de Salud anteriormente citado inició un plan de Desarrollo Global de mejoramiento de Hospitales, Servicios Clínicos, Unidades de Apoyo y Atención Primaria, sustentado en la planificación estratégica con vías a mejorar la calidad y niveles de atención médica en la población.

Dentro de este contexto, funcionarios del hospital San José de Casablanca recibieron capacitación en Planificación Estratégica y Calidad Total. Como parte del programa implementado por el Servicio de Salud, se solicitó a los centros de salud desarrollar tres proyectos de calidad total. Los proyectos diseñados e implementados por el hospital fueron:

1. Optimización en la captación de ingresos propios
2. Racionalización del arsenal farmacológico
3. Calidad del Aseo y Presentación del Hospital

### DIAGNOSTICO E IMPLEMENTACION DEL PROYECTO

#### **DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico realizado por el hospital respecto al cobro de los servicios otorgados a los usuarios entregó el siguiente resultado:

*El proceso de cobro por prestaciones de salud realizada por los funcionarios a cargo de esta tarea es ineficaz:* En variadas oportunidades no se realiza el cobro correspondiente.

## Causas detectadas

1. Indefinición de funciones y de asignación de tareas para cada funcionario: En este caso no había ningún tipo de especialización del trabajo por parte de los funcionarios, lo que hacía difícil delimitar responsabilidades y evaluación óptima del desempeño de los mismos.
2. Escasa motivación del personal: El personal del establecimiento no se sentía motivado a obtener un desempeño óptimo en sus tareas. Las causas de esta situación eran principalmente por dos motivos:
  - ◊ Falta de comunicación hacia los funcionarios, sobre objetivos de la organización y la incidencia de su desempeño sobre el mejoramiento de la organización como un todo, incluyendo los beneficios que genera este desempeño sobre los mismos funcionarios.
  - ◊ Falta de mecanismos de evaluación y control, incentivos del buen desempeño.

En el hospital San José de Casablanca, se pueden detectar, para efectos del análisis y diagnóstico de la situación del proceso de cobro al usuario, cuatro unidades que corresponderían a procedimientos de cobro distinto:

- ◊ Posta de Urgencia
- ◊ SOME - Ingreso de personas por consulta de morbilidad, exámenes, controles y otros.
- ◊ Farmacia
- ◊ Centro Dental

En el proceso de diagnóstico se detectaron los problemas de cada una de estas unidades:

### **Posta de Urgencia:**

En la posta de urgencia trabajan seis(6) auxiliares paramédicos que se organizan en turnos de dos(2). Los mismos auxiliares estaban encargados de realizar los cobros por las prestaciones respectivas, sin embargo se detectó que muchos de ellos no realizaban esta tarea y los que la realizaban no eran constantes.

Esta conducta era debido a:

- 1.1. Falta de capacitación de los auxiliares para realizar esta tarea.
- 1.2. Falta de diseño de mecanismos de información adecuados para el cumplimiento de la tarea: Manual que indicara claramente las prestaciones, sus valores por cada tipo de beneficiario, los recargos por atención en horarios inhábiles, etc.
- 1.3. Falta de mecanismos motivadores para inducir a los funcionarios a realizar en forma efectiva la tarea por: i) falta de evaluación objetiva de esta labor. ii)

falta de comunicación entre los niveles administrativos y los auxiliares respecto a la importancia de realizar la tarea, en cuanto a los beneficios que ésta conlleva.

#### **SOME:**

En esta unidad existían problemas graves de definición de funciones y asignación de tareas. Los tres funcionarios que trabajaban en esta unidad hacían simultáneamente varias tareas, sin responsabilidades particulares. Además, se daba la misma situación que en el servicio de urgencia respecto de la falta de mecanismos adecuados de información, capacitación para realizar la tarea del cobro a pacientes y desmotivación de los funcionarios.

#### **Centro Dental:**

El servicio odontológico también funciona como una unidad independiente, el auxiliar dental es el encargado de identificar la situación previsional del paciente, sin embargo, pese a presentar el mismo problema de información para llevar a cabo esta tarea, se detectaron factores externos (oferta privada en el servicio odontológico) que daban como resultado que la mayoría de los pacientes particulares y pacientes pertenecientes a los grupos C y D FONASA no se atendieran en el hospital.

#### **Farmacia:**

Esta unidad es la última etapa de la cadena del servicio otorgado al paciente, arrastrando gran parte de la ineficacia del cobro por prestaciones de la etapa anterior. Al no existir mecanismos de coordinación claramente establecidos, cuando la tarea de identificación del paciente ha sido realizada, no es considerada procediendo a otorgar los medicamentos en forma gratuita.

#### **Fortalezas detectadas para aplicar el modelo:**

En el diagnóstico realizado se detectó que las fortalezas del sistema tenían relación con la identificación del paciente y la competencia de servicios de salud particulares.

Identificación del paciente: Dado que el hospital atiende a una población mayoritariamente rural y que las fuentes de trabajo de los usuarios del sistema son claramente identificables, la información para realizar la tarea de identificación del paciente es de fácil obtención desde dos puntos de vista:

1. La identificación de pacientes particulares es accesible por medio de listados otorgado por la Empresas.
2. Se reconoce a los pacientes por la periodicidad con que ellos concurren al hospital.

Competencia: En Casablanca es mínima las prestaciones de salud que realizan particulares, por lo cual muchos pacientes particulares y también pacientes FONASA grupos C y D acuden al hospital cuando requieren estos servicios. Desde este punto de vista, es concebible esperar que si se cobra a los usuarios particulares, considerando que si estos usuarios no se atienden en el hospital deben acudir a otras ciudades (Valparaíso) para atenderse y que los aranceles de las prestaciones no son onerosas, los pacientes seguirán acudiendo al hospital y la recaudación por concepto de cobro por prestaciones podría proyectarse.

Del mismo modo, se detectó la presencia de competencia en las prestaciones odontológicas. De esta manera se consideró la desviación de pacientes hacia centros particulares por la introducción del cobro de las prestaciones.

### PROYECTO (Mayo 1993)

#### Objetivo:

Incrementar en un 20% los ingresos propios<sup>7</sup>.

#### Estrategia:

La estrategia utilizada se basó principalmente en los sistemas de incentivos otorgados al personal. Este sistema de incentivos se basó principalmente en: i) poner en conocimiento del funcionario el significado de la importancia de la captación de ingresos propios y su impacto sobre el bienestar del personal que trabaja en el hospital y ii) integrar al personal al proceso de diagnóstico, evaluación y mejoramiento del sistema de cobro.

#### Diseño e implementación:

##### Sistematización de información:

Normativa: La información respecto a la normativa de "quién" cancela y "cuánto" cancela, fue sistematizada en un folleto con indicaciones claras para su utilización. Para el Servicio de Urgencia se diseñó un minifolleto, con las prestaciones de mayor demanda para agilizar el sistema.

Identificatoria: La información "identificatoria" es la necesaria para poder identificar claramente la previsión de los pacientes. Para esta finalidad se recauda información de las fuentes laborales del sector, la que es entregada en nóminas y actualizada periódicamente<sup>8</sup>. Además de esto se formalizó la petición del carnet

---

<sup>7</sup> Como parte del proceso de capacitación en calidad total otorgado por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, se solicitó a los centros de salud realizar un plan financiero trimestral como sistema metodológico para el control financiero.

<sup>8</sup> El hospital no posee equipamiento computacional, por esta razón es que la información se solicita en nóminas.

FONASA toda vez que el paciente concurre al establecimiento con la finalidad de agilizar el proceso.

### Capacitación del personal:

Se capacitó al personal para el entendimiento adecuado de los manuales diseñados.

Caso SOME: En SOME se abordó el problema de la indefinición de funciones y tareas. Se reestructuró al personal que laboraba en este lugar, se definieron funciones y delimitaron tareas.

Caso Farmacia: El otorgamiento de medicamentos se coordinó con la fase de atención del paciente. A los profesionales que recetan los medicamentos se les solicitó informar en la receta la previsión del paciente. El profesional obtiene esta información de la ficha del paciente.

### **Mecanismos de Control y Evaluación:**

1.- Desempeño de funcionarios: Para este fin se diseñó un sistema gráfico de evaluación que indica los montos mensuales recaudados por cada funcionario, gráfico que es mostrado públicamente. El funcionario que haya realizado la mayor captación de ingresos obtiene una anotación de mérito y el que haya realizado la peor captación una anotación de desmérito. Por tanto, esta evaluación incide sobre la evaluación realizada al personal por su desempeño anual en el hospital.

2.- Evaluación y control respecto a la recaudación: El sistema financiero de proyección trimestral para la contención de costos y aumento de ingresos propios es utilizado como herramienta de control y evaluación del sistema.

### **Resultados:**

Aumento captación de ingresos propios:

Año 1993: M\$ 688

Año 1994: M\$ 1.061

**Incremento porcentual: 54%**

El incremento en los ingresos propios ha permitido cofinanciar obras tales como:

1. Habilitación nuevo local para jardín infantil "Campanita" perteneciente al hospital.
2. Aporte habilitación sala de estar en Servicio de Urgencia.
3. Aporte mejoras en bienestar del ambiente laboral.