



**“DISEÑO DE PROCESOS PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN  
DOMICILIARIA DE ESSALUD”**

**Trabajo de Investigación presentado  
para optar al Grado Académico de  
Magíster en Gestión Pública**

**Presentado por**

**Sra. Pilar Ávila De La Cruz  
Sra. Consuelo Suzette Gonzales Cubas  
Sra. Elizabeth Ángela Limo Huamán**

**Asesor: Profesor Guido Bravo Monteverde**

**2016**

Dedicamos este trabajo a Dios; si él está conmigo  
quién contra mí.

A nuestras familias, sin ellas este trabajo no  
hubiera sido posible.

A nuestro asesor, Guido Bravo Monteverde, por su constante apoyo. A todos nuestros profesores que nos brindaron sus conocimientos y compartieron sus valiosas experiencias, en especial al profesor José Díaz Ísmodes, y a todos quienes nos apoyaron en la realización del presente trabajo.

## **Resumen ejecutivo**

El presente trabajo de investigación tiene por finalidad conocer y analizar la situación actual del proceso del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) que brinda EsSalud en el ámbito de Lima y el Callao, efectuar el análisis de los subprocesos que lo conforman, elaborar un marco referencial de las normas que regulan dicha prestación, evaluar su organización interna y, a partir de ello, identificar factores o causas que limitan el acceso de nuevos pacientes al servicio o restringen el otorgamiento de prestaciones complementarias, como son los servicios de ayuda al diagnóstico, entrega de medicamentos, atenciones de urgencia y otras necesarias para mantener la calidad de vida de los pacientes inscritos.

Para dicho propósito se recopiló y revisó documentos de gestión institucional de EsSalud y directivas internas vinculadas con el PADOMI, también políticas y lineamientos, nacionales y sectoriales, emitidos en favor de la población adulta mayor; y ante la Gerencia Central de Operaciones y Gerencia de Organización y Procesos de EsSalud se gestionaron las debidas autorizaciones para entrevistar al personal del PADOMI y ejecutar visitas de campo para observar su operatividad, permitiendo conocer *in situ* este proceso.

Con la información obtenida se realizó un análisis de valor de los procesos desde el punto de vista de la oferta del servicio, elaborándose la matriz que mida el impacto en el logro de los objetivos estratégicos institucionales; para conocer la percepción del usuario respecto de la atención recibida, se analizó la base de datos de quejas y reclamos proporcionada por la Gerencia Central de Atención al Asegurado utilizando la herramienta QFD o Casa de la Calidad, instrumento que busca alinear las necesidades del cliente con los servicios que la organización brinda para su satisfacción. El resultado de ambos análisis se resume en un esquema de causa y efecto donde se identificaron las posibles causas del problema de acceso a las prestaciones del PADOMI.

Conocer la situación de los procesos actuales, así como las necesidades de los usuarios ha permitido diseñar nuevos procesos para la atención domiciliaria, acercando los servicios de salud a la población adulta mayor que, por limitaciones funcionales y por encontrarse distante de la Sede Central del PADOMI, no puede acceder a dichas prestaciones rápidamente. El diseño se sustenta sobre un modelo de organización desconcentrado del PADOMI, que articula los procesos de atención domiciliaria con los procesos de salud ejecutados en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS), optimizando el uso de los recursos disponibles y facilitando el acceso a los servicios que brinda el PADOMI, dejando de condicionar el ingreso a una evaluación médica, por lo general,

tardía o a la presentación de requisitos innecesarios, siendo suficiente cumplir con criterios de edad y dependencia, así como la presentación del DNI para su identificación.

En el nuevo proceso de programación asistencial mejora la distribución del personal y contribuye a reducir brechas de oferta-demanda facilitando la supervisión de las atenciones programadas; el proceso de atención programada es fortalecido para otorgar una atención integral, oportuna y de calidad; la elaboración de un plan de cuidados personalizado facilitará el seguimiento de la condición de salud del paciente para evitar complicaciones e ingresos innecesarios a los servicios de emergencia y hospitalización en las IPRESS.

La atención de urgencias podrá ser solicitada durante las 24 horas del día y los 365 días del año, debido a la integración de la Central de Regulación de Urgencias Nacional, el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia y el Hospital en Casa, y para la oportuna dispensación de medicamentos; además de la simplificación de pasos se ha propuesto la implementación de “farmacias inclusivas”, ampliando los puntos de entrega de medicamentos y garantizando la continuidad de los tratamientos prescritos. De requerir un examen de ayuda al diagnóstico el paciente podrá ser traslado en ambulancia hasta la IPRESS de destino con el apoyo correspondiente del personal de admisión y del servicio social. Con respecto al déficit de personal asistencial entrenado en el manejo de patologías de adultos mayores, así como la carencia de familiares cuidadores capacitados que sirvan de aliados para preservar la salud de los pacientes, se propone un proceso de capacitación y entrenamiento, a cargo de la Escuela de Emergencia de EsSalud.

Los cambios no son un proceso simple, son necesarios, utilizando las herramientas adecuadas es posible proponer procesos con sustento, valoramos el potencial de las personas y creemos que aún pueden estar mejor preparadas para brindar un servicio de excelencia, pero es necesario formular procesos con el objetivo de beneficiar a todos los actores involucrados, organización, proveedores y clientes, en este caso en particular prestadores de servicios de salud y asegurados adultos mayores. El mejoramiento de los procesos busca, entre otros, mejorar el tiempo de respuesta, mejorar el servicio que se brinda, disminuir costos, valorar a los trabajadores; con la propuesta presentada adicionalmente se pretende mejorar en todos esos aspectos, creemos que la mayor satisfacción del cliente es una tarea que merece el mayor de los esfuerzos.

## Glosario de términos

A efectos de comprender el modelo de atención que se brinda en el PADOMI, así como de las estrategias o mejoras a ser propuestas, a continuación se hace una breve descripción de los conceptos que serán utilizados durante el desarrollo de la presente investigación:

- **Envejecimiento**

Según la Organización Mundial de la Salud– OMS (2015a), «desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte»<sup>1</sup>.

Es importante la visión que tiene para el ministerio de Salud de Colombia<sup>2</sup> el concepto de envejecimiento, concepto que abarca otros aspectos de interés humano y social, que son necesarios para comprender al envejecimiento como un proceso natural del ser humano:

«El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo».

Para la presente investigación definiremos el envejecimiento como un proceso que conlleva al deterioro físico, psíquico y mental como consecuencia de los años vividos, que coloca a estas personas en situación de riesgo a contraer patologías crónicas que generan vulnerabilidad y situación de dependencia y que requieren de servicios de salud integrados y adecuados a sus necesidades.

- **Adulto mayor**

La Ley N° 28803, en su artículo 2 dice “entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad”, siendo considerada como una población vulnerable, conforme al PLANPAM 2013-2017 que promueve el envejecimiento activo y

---

<sup>1</sup> OMS (2015a). *Envejecimiento y salud*. [En línea]. Centro de Prensa. Nota Descriptiva N° 404. Setiembre de 2015. Fecha de consulta: 10/04/2016. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>>

<sup>2</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.

saludable.

- **Atención Integral del Adulto Mayor**

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores (PAM) la define como: “la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las PAM considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud”.

- **Atención domiciliaria**

Según la OMS, la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales<sup>3</sup>.

Para EsSalud, son las actividades de prevención, promoción, recuperación y de rehabilitación de salud brindadas en el domicilio del asegurado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud<sup>4</sup>, concepto que será considerado en el presente trabajo.

- **Dependencia**

Según la OMS (2015a) «La disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales».

- **Fragilidad**

Es un síndrome intrínsecamente unido al fenómeno biológico del envejecimiento y caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del deterioro de múltiples sistemas fisiológicos y donde predomina un desequilibrio energético y metabólico que aumenta la vulnerabilidad frente a las agresiones<sup>5</sup>.

- **Persona cuidadora**

Persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de la persona dependiente, en el presente caso del adulto mayor, procedente de su círculo familiar o de su red social. Se estima que en la familia recae hasta el 88% del tiempo total de cuidado que consumen estos pacientes<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Suárez Cuba (2012).

<sup>4</sup> Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2000 “Normas para las prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en EsSalud”.

<sup>5</sup> Suárez Dono, Francisco Javier (2015). *Cronigal: Un nuevo índice pronóstico para cronigos y pluripatológicos*. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela. Introducción, p. 45.

<sup>6</sup> Rico-Blázquez *et al.* (2014).

## Índice

<b>Índice de tablas.....</b>	<b>x</b>
<b>Índice de gráficos.....</b>	<b>xi</b>
<b>Índice de anexos.....</b>	<b>xii</b>
<b>Capítulo I. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo II. Planteamiento del problema.....</b>	<b>3</b>
1. Antecedentes.....	3
1.1 Envejecimiento poblacional.....	3
1.2 El envejecimiento y la salud.....	5
2. Planteamiento del problema.....	6
2.1 Problema general de la investigación.....	7
2.2 Preguntas de investigación (problemas específicos de la investigación).....	7
2.3 Objetivos.....	7
2.4 Justificación.....	8
2.5 Viabilidad de la investigación.....	10
2.6 Metodología de investigación.....	10
2.7 Marco de referencia.....	12
<b>Capítulo III. Diagnóstico situacional del programa de atención domiciliaria - PADOMI.</b>	<b>14</b>
1. Organización estructural.....	14
1.1 Unidades orgánicas.....	14
1.2 Organización funcional y operativa.....	15
1.3 Matriz de clientes-servicios.....	16
1.4 Criterios de acceso.....	17
1.5 Procesos de la atención domiciliaria.....	17
1.6 Descripción de los procesos comprendidos en la atención domiciliaria.....	19
<b>Capítulo IV. Análisis de valor de los procesos.....</b>	<b>26</b>
1. Análisis de la oferta.....	26
2. Análisis de la demanda.....	28
3. Análisis de causa y efecto.....	33



<b>Capítulo V. Propuesta.....</b>	<b>35</b>
1. Consideraciones previas.....	35
2. Nuevos procesos para la atención domiciliaria.....	36
3. Nuevos criterios de acceso.....	38
4. Diseño de los procesos de la atención domiciliaria .....	39
4.1Proceso de inscripción .....	40
4.2Proceso de programación asistencial .....	40
4.3Proceso de atención programada.....	43
4.4Proceso de atención de urgencia y emergencia.....	44
4.5 Proceso de dispensación de medicamentos.....	46
4.5.1 Estrategia complementaria: farmacias inclusivas .....	47
4.6Proceso de apoyo al diagnóstico .....	49
4.7Proceso de gestión de citas.....	49
4.8Registros médicos y control.....	50
4.9Proceso de capacitación al familiar cuidador y entrenamiento en salud.....	50
4.10 Sistema informático interconectado.....	51
<b>Capítulo VI. Costo -beneficio .....</b>	<b>52</b>
1. Análisis del ahorro de tiempo considerando el diseño de los procesos, por parte de la oferta.....	52
2. Análisis del ahorro de tiempo considerando el diseño de los procesos, por parte de la demanda.....	52
<b>Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>54</b>
1. Conclusiones.....	54
2. Recomendaciones .....	55
<b>Bibliografía.....</b>	<b>56</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>60</b>
<b>Notas biográficas.....</b>	<b>80</b>

## Índice de tablas

Tabla 1.	Población adulta mayor asegurada en EsSalud según grupo de edad.....	8
Tabla 2.	Población adulta mayor asegurada en EsSalud por Red de Atención .....	8
Tabla 3.	Reclamos presentados por prestaciones otorgadas por el PADOMI - 2015.....	9
Tabla 4.	Atenciones otorgadas a los adultos mayores - Año 2015 .....	10
Tabla 5.	Distribución de zonas de programación inicial de citas .....	15
Tabla 6.	Matriz de clientes-servicios .....	16
Tabla 7.	Densidad de población para efectos de programación .....	20
Tabla 8.	Objetivos estratégicos y específicos –PEI 2012-2016.....	26
Tabla 9.	Cuadro de priorización de procesos.....	27
Tabla 10.	Distribución del personal asistencial del PADOMI.....	41
Tabla 11.	Ubicación del personal asistencial en el Cuadro de Asignación de Personal ...	42
Tabla 12.	Tiempos de atención del ciclo completo de la atención domiciliaria .....	52
Tabla 13.	Matriz de Costos y Beneficios de la implementación de los cambios propues- tos .....	54
Tabla 14.	Análisis de sensibilidad .....	56
Tabla 15.	Jubilados afiliados a Essalud por rangos de edad.....	60
Tabla 16.	Promedio de años para que el afiliado llegue a la edad de su EV .....	61
Tabla 17.	Pensiones por Sistema Previsional .....	61
Tabla 18.	Pensión promedio .....	61
Tabla 19.	Tasa Social de Descuento .....	61
Tabla 20.	Descuento de ingresos adicionales por pensión del jubilado afiliado a Essalud al periodo inicial en que empieza a recibirlos .....	62
Tabla 21.	Valor Presente mínimo de la “mejora en la salud del paciente” para un jubilado afiliado a Essalud promedio .....	62
Tabla 22.	Beneficio total mínimo de la “mejora en la salud del paciente .....	63
Tabla 23.	Ingreso Diario por periodo según agente.....	63
Tabla 24.	Número de Inscripciones en el PADOMI por año .....	63
Tabla 25.	Análisis según Modalidad de inscripción .....	64
Tabla 26.	Población que acude a los Establecimientos de salud por grupo de edad según tipo de atención.....	64
Tabla 27.	Análisis de costos por traslado - situación actual .....	64
Tabla 28.	Análisis de costos por traslado - situación optimizada .....	65
Tabla 29.	Número de atenciones por año según tipo de ayuda diagnóstica .....	65

Tabla 30.	Análisis de tiempos y costos producto de la ejecución de trámites – Situación actual .....	65
Tabla 31.	Análisis de tiempos y costos producto de la ejecución de trámites – Situación optimizada .....	66
Tabla 32.	Número de recetas despachadas por año .....	66
Tabla 33.	Análisis de costos por traslado para recojo de medicamentos.....	66
Tabla 34.	Análisis de costos por traslado para recojo de medicamentos en IPRESS .....	63
Tabla 35.	Análisis de costos por ampliación de horarios de atención – Situación actual.	15
Tabla 36.	Análisis de costos por ampliación de horarios de atención- Situación optimizada .....	16
Tabla 37.	Análisis de ahorro por inscripciones de oficio - Situación actual.....	20
Tabla 38.	Análisis de ahorro por inscripciones de oficio - Situación optimizada .....	26
Tabla 39.	Cuadro de priorización de procesos.....	27
Tabla 40.	Distribución del personal asistencial del PADOMI.....	41
Tabla 41.	Ubicación del personal asistencial en el Cuadro de Asignación de Personal ...	42
Tabla 42.	Tiempos de atención del ciclo completo de la atención domiciliaria .....	52
Tabla 43.	Matriz de Costos y Beneficios de la implementación de los cambios propuestos .....	54
Tabla 44.	Análisis de sensibilidad .....	56
Tabla 45.	Jubilados afiliados a Essalud por rangos de edad.....	60
Tabla 46.	Promedio de años para que el afiliado llegue a la edad de su EV .....	61
Tabla 47.	Pensiones por Sistema Previsional .....	61
Tabla 48.	Pensión promedio .....	61
Tabla 49.	Tasa Social de Descuento .....	61

## Índice de gráficos

Gráfico 1.	Población por grandes grupos de edad en América Latina 1950-2010 .....	4
Gráfico 2.	Número de referencias recibidas por el PADOMI 2011 - 2015 .....	9
Gráfico 3.	Estructura organizacional de la Gerencia de Oferta Flexible .....	14
Gráfico 4.	Ámbito de atención del PADOMI .....	16
Gráfico 5.	Diagrama de bloques .....	18
Gráfico 6.	Figuras de relación .....	29
Gráfico 7.	Matriz de correlación QFD.....	31
Gráfico 8.	Análisis de los QUE .....	32
Gráfico 9.	Análisis de los COMO.....	33
Gráfico 10.	Análisis de la brecha.....	34
Gráfico 11.	Esquema de causa-efecto.....	34
Gráfico 12.	Esquema del Modelo Desconcentrado del PADOMI.....	36
Gráfico 13.	Esquema de los nuevos modelos de atención domiciliar en IPRESS de Lima	38
Gráfico 14.	Procesos de atención urgencias y emergencia .....	45
Gráfico 15.	Procedimiento en las “Farmacias inclusivas” .....	48
Gráfico 16.	Dispersión de la población afiliada a EsSalud.....	60

## Índice de anexos

Anexo 1.	Lista de entrevistados .....	61
Anexo 2.	Mapa de Macroprocesos de EsSalud .....	61
Anexo 3.	Ficha de proceso Nivel 0 – Seguro Social - EsSalud.....	62
Anexo 4.	Ficha de proceso Nivel 1: OFERTA FLEXIBLE.....	62
Anexo 5.	Ficha de proceso Nivel 2: ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	63
Anexo 6.	Ficha de proceso Nivel 3: INSCRIPCIÓN .....	64
Anexo 7.	Ficha de proceso Nivel 3: PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL .....	65
Anexo 8.	Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN PROGRAMADA .....	66
Anexo 9.	Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN NO PROGRAMADA.....	67
Anexo 10.	Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN NO PROGRAMADA - A .....	67
Anexo 11.	Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN DE AYUDA DIAGNÓSTICA.....	68
Anexo 12.	Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN DE AYUDA DIAGNÓSTICA - A....	69
Anexo 13.	Ficha de proceso Nivel 3: DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS .....	69
Anexo 14.	Ficha de proceso Nivel 3: DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS - A.....	70
Anexo 15.	Ficha de proceso Nivel 3: DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS - B.....	70
Anexo 16.	Ficha de proceso Nivel 3: GESTIÓN DE REGISTROS .....	71
Anexo 17.	Ficha de proceso Nivel 3: GESTIÓN DE REGISTROS - A.....	71
Anexo 18.	Ficha de proceso Nivel 3 – INSCRIPCIÓN (PROPUESTA).....	72
Anexo 19.	Ficha de proceso Nivel 3 – PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL (PROPUESTA).....	73
Anexo 20.	Ficha de proceso Nivel 3 – ATENCIÓN PROGRAMADA (PROPUESTA) ..	74
Anexo 21.	Ficha de proceso Nivel 3 – ATENCIÓN DE URGENCIA Y EMERGENCIA (PROPUESTA).....	75
Anexo 22.	Ficha de proceso Nivel 3 – DISPENSACIÓN (PROPUESTA) .....	76
Anexo 23.	Ficha de proceso Nivel 3 – APOYO AL DIAGNÓSTICO (PROPUESTA) ...	77
Anexo 24.	Ficha de proceso Nivel 3 – GESTIÓN DE CITAS (PROPUESTA).....	78
Anexo 25.	Ficha de proceso Nivel 3 – REGISTROS MÉDICOS (PROPUESTA) .....	78
Anexo 26.	Ficha de proceso Nivel 3 – CAPACITACIÓN (PROPUESTA) .....	79

## **Capítulo I. Introducción**

El Programa de Atención Domiciliaria, en adelante PADOMI, fue creado en el año 1994, pero es en 1999, al crearse el Seguro Social de Salud (EsSalud), que se convierte en un programa especial permanente, desconcentrado en sus Redes Asistenciales y centralizado para la atención de los asegurados de Lima y Callao, específicamente dirigido a las personas aseguradas con discapacidad física o mental con imposibilidad de concurrir a los servicios ambulatorios de EsSalud. Este programa se creó en atención al probado envejecimiento poblacional de la sociedad peruana, envejecimiento que repercute en todas las facetas de la vida humana, especialmente en el aumento de servicios de salud específicos para la población adulta mayor.

Se puede afirmar que después de los 60 años la tasa de mortalidad se incrementa progresivamente, puesto que al envejecer es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas no transmisibles al mismo tiempo. Resulta necesario ofrecer mejores y más específicos programas de salud para dicha población, ya que la oferta actual no es suficiente ni en oportunidad ni en calidad. La presente investigación pretende determinar si los procesos actuales del PADOMI deben ser rediseñados o deben diseñarse nuevos para garantizar una atención óptima en oportunidad y calidad, teniendo como finalidad determinar cuáles son los procesos que no permiten optimizar el servicio brindado y proponer al PADOMI una secuencia de procesos mejorados que permita al asegurado una atención administrativa y profesional más rápida y sencilla, en el marco de una atención desconcentrada.

Actualmente la población no solo espera más y mejores servicios sino que estos deben ser también más especializados y personalizados, por lo que una constante revisión de la oferta, en este caso, de servicios en salud no solo es recomendable sino necesaria en una sociedad que no detiene su avance. Es necesario señalar que el presente trabajo no pretende abarcar todos los aspectos de la seguridad social en cuanto a la atención del adulto mayor sino únicamente analizar los procesos actuales proponiendo procesos simplificados en favor de una atención ágil y sencilla para los asegurados más vulnerables. En tal sentido, el presente trabajo tiene como objetivo contribuir a mejorar el acceso a la atención del PADOMI de EsSalud, conforme a las políticas de modernización de la gestión pública y simplificación administrativa.

El trabajo se ha organizado de forma que en el segundo capítulo, se detallan como antecedentes el estado de envejecimiento de la población actual y su intrínseca relación con la salud, planteándose las preguntas y el problema general de la investigación, el objetivo general y los específicos así como la justificación y la viabilidad de la investigación. En este mismo capítulo

se describe la metodología y el marco de referencia utilizados.

En el tercer capítulo se desarrolla el diagnóstico situacional del PADOMI, revisando su organización estructural y, a partir de esta, describiendo funciones y competencias. De forma complementaria se analiza también la organización funcional y operativa así como la cobertura geográfica del PADOMI. Se presenta la matriz de clientes-servicios, se revisan los criterios de acceso y cada uno de los procesos de atención domiciliaria.

En el cuartocapítulo abordamos el análisis de valor de los procesos desde el punto de vista de la oferta y la demanda, revisando los objetivos estratégicos y específicos alineados a las estrategias establecidas, para terminar con el cuadro de priorización de procesos. Para analizar, desde el lado de la demanda, las necesidades y expectativas de los usuarios se utilizó la herramienta QFD. El producto de este capítulo es la matriz de correlación que permite analizar los resultados utilizando los diagramas de Pareto correspondientes, con lo cual se determina la brecha entre lo que se ofrece y lo que realmente se entrega como servicio. Finalmente se realiza el análisis causa-efecto identificando las causas que conllevan a la situación actual.

En el capítulo quinto se describe la propuesta sobre la base de la evidencia lograda en el capítulo anterior; contempla un nuevo diseño de procesos centrado en las necesidades del paciente, en el marco de un modelo de organización desconcentrada, ampliando no solo la cobertura de atención sino optimizando el uso de los recursos y servicios disponibles, mejorando tiempos y entregando un servicio de calidad. Para ello se han diseñado nueve procesos simplificados orientados a brindar una atención de calidad facilitando, entre otros, los procesos de inscripción y entrega de medicamentos. En el sexto capítulo describimos brevemente lo relacionado al presupuesto.

Por último, presentamos las conclusiones y recomendaciones a las que hemos llegado, determinando que el esquema de prestación del servicio que brinda PADOMI es deficiente, centralista y no permite que todos los usuarios tengan las mismas oportunidades de acceso y por ende que los pacientes se sientan insatisfechos con el servicio que reciben, recomendando en ese sentido la implementación de los cambios propuestos en la presente investigación.

## Capítulo II. Planteamiento del problema

### 1. Antecedentes

#### 1.1 Envejecimiento poblacional

Estudios recientes evidencian cambios demográficos sin precedentes en la población<sup>7</sup>, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad ocasionan que la proporción de personas mayores de 60 años aumente con mayor rapidez que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo. Tal es así que en el año 2015 se reportaron 901 millones de personas de 60 años o más, cifra que representa el 12 por ciento de la población global<sup>8</sup>. Según la OMS, a mediados del siglo XX había en todo el mundo 14 millones de personas de 80 años o más y se estima que en 2050, solo en China habrá 100 millones de personas de este grupo de edad, y 400 millones en el mundo entero<sup>9</sup>.

Si bien el envejecimiento de la población comenzó en las regiones desarrolladas (Europa y América del Norte), en la actualidad el proceso discurre mucho más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos (OMS 2012). Según las estimaciones y proyecciones del proceso de envejecimiento poblacional precisadas en el Observatorio Demográfico N° 12 (CEPAL), en América Latina el número de adultos mayores superará por primera vez al de niños en 2040, y dentro de la población adulta mayor, aumentará el peso relativo de la de 80 años o más, viéndose disminuida la proporción de personas de la “tercera edad” que tienen la capacidad para ser autónomos (CEPAL 2011).

El observatorio indica también que en 2010 los países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay habrían duplicado la proporción de personas de 80 años o más, estimando que para el 2100 el 13% de su población será de adultos mayores. Se estima que en Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Panamá la proporción de adultos mayores de 80 años empezaría a crecer a partir del año 2020, hasta situarse en torno al 12% al término del siglo XXI. En países como El Salvador, Paraguay, República Dominicana y Venezuela el peso del grupo etario de 80 años y más es menor, sin embargo, a partir de 2025 empezaría a crecer hasta alcanzar también el 12%.

---

<sup>7</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA (2015). *Estado de la Población Mundial 2015*. [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State\\_of\\_World\\_Population\\_2015\\_SP.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State_of_World_Population_2015_SP.pdf)

<sup>8</sup> United Nations (2015). *World Population Prospects, The 2015 Revision*, [http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf).

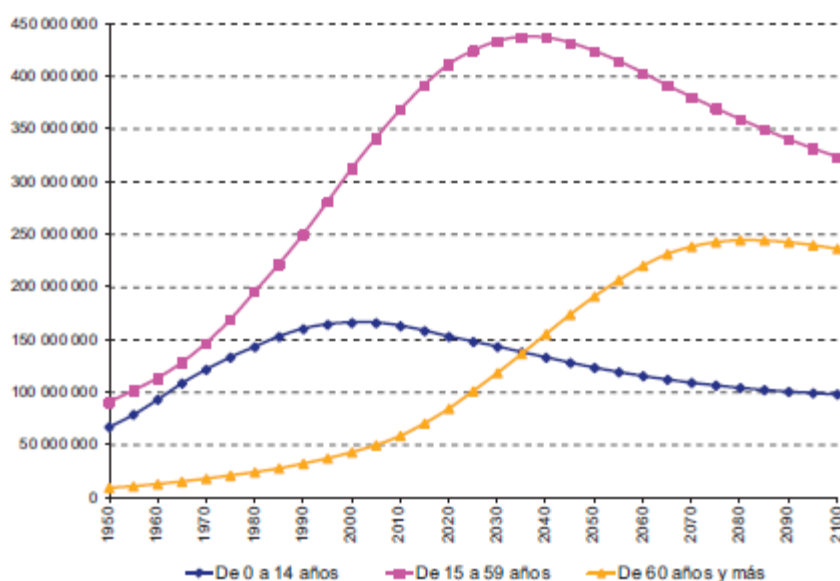
<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud (2012). *La buena salud añade vida a los años. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012*. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf).



Finalmente, se indica que en Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua el porcentaje de adultos muy mayores será inferior al 2% hasta 2040, para luego acelerar su crecimiento hasta terminar el siglo con alrededor de un 12% de adultos mayores de 80 años.

Conforme se observa en el gráfico 1, la población de América Latina y el Caribe de 60 años a más presenta una tendencia creciente para los años venideros, y una disminución en el porcentaje de niños (menores de 14 años) y en el de personas en edad de trabajar (de 15 a 59 años).

**Gráfico 1. Población por grandes grupos de edad en América Latina 1950-2010**



Fuente: Huenchuan(2013).

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable<sup>10</sup>, conforme se menciona en el Boletín de Análisis Demográfico N° 37<sup>11</sup>, en el año 2015 la población adulta mayor superó los tres millones de personas, cifra que representa el 10% de la población total (31.151.643 habitantes), de los cuales 367.400 personas pertenecen al grupo etario de 80 años a más, estimándose que para el año 2025 el 13% de su población estará conformada por adultos mayores.

Por su parte, el Observatorio Demográfico N° 12 (CEPAL), indica que el envejecimiento de la población es un cambio profundo que repercute en todas las facetas de la vida humana: en lo económico, incide en el crecimiento, el ahorro, las inversiones, el consumo, los mercados de trabajo,

<sup>10</sup> Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). "PLANPAM 2013-2017 promoviendo el envejecimiento activo y saludable". *Cuadernos sobre poblaciones vulnerables N° 5*, año 1-2013. [http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf).

<sup>11</sup> INEI (2009). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad 1995-2025*. Boletín de Análisis Demográfico N° 37. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Bol37-Estimaciones-Proyecciones-1995-2025.pdf>.

las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, influye en la composición de la familia y las modalidades de convivencia, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y los servicios de atención de la salud debido a las condiciones de especial fragilidad en que viven las personas de edad muy avanzada<sup>12</sup>.

## 1.2 El envejecimiento y la salud

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento, conforme se indica en la Nota descriptiva N° 404 de la OMS (2015), «es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte»<sup>13</sup>.

Después de los 60 años la tasa de mortalidad se incrementa progresivamente<sup>14</sup>, conforme se describe en el capítulo tercero del Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS 2015), a medida que se envejece se producen cambios significativos en las funciones de movimiento, la masa muscular, la fuerza de presión y la densidad ósea tienden a disminuir, especialmente en las mujeres posmenopáusicas, producto de una afección conocida como osteoporosis, situación que incrementa el riesgo de fracturas, siendo la más frecuente la de cadera, que ocasionan discapacidad e incluso mortalidad. Otra de las enfermedades que limitan la velocidad de la marcha es la artrosis, enfermedad degenerativa del cartílago articular, que disminuye el líquido sinovial de la articulación volviéndola más rígida frágil.

El envejecimiento también afecta las funciones sensoriales, debido a la pérdida de la audición y visión; las funciones cognitivas e inmunológicas también se ven alteradas, los problemas de falla de memoria y disminución de la velocidad de procesamiento de la información se tornan más frecuentes. Así también, Al envejecer, es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas no transmisibles al mismo tiempo, como las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> CEPAL (2011). “Envejecimiento poblacional”. *Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe N° 12*. Octubre 2011. [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/71116/S1100942\\_mu.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/71116/S1100942_mu.pdf?sequence=1).

<sup>13</sup> OMS (2015a).

<sup>14</sup> Vassalloy Sellanes(2000).

<sup>15</sup> OMS (2015b). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1).

Conforme a lo antes expresado, los cambios en la capacidad funcional<sup>16</sup> y capacidad intrínseca<sup>17</sup> en los adultos mayores, conllevan a mayores necesidades de salud, siendo necesario que los responsables de elaborar las políticas de salud, así como los encargados de conducir los establecimientos de salud, establezcan estrategias e implementen modelos de atención adecuados a las necesidades de salud de esta población vulnerable, facilitando su acceso a dichos servicios y mejorar su calidad de vida.

## **2. Planteamiento del problema**

El PADOMI fue creado en el año 1994, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 035-PE-IPSS-94. Inició labores como un programa especial temporal a cargo de la Gerencia Zonal de Servicios Especiales del Instituto Peruano de Seguridad Social, con una organización y gestión centralizada pero con autonomía para resolver eficaz y eficientemente los problemas críticos de la demanda existente<sup>18</sup>. Posteriormente, en 1999, al crearse el Seguro Social de Salud (EsSalud), el PADOMI se convierte en un programa especial permanente, desconcentrado en sus Redes Asistenciales y centralizado para la atención de los asegurados de Lima y Callao, se encuentra ubicado en la Av. Arenales 1302, denominándose asu sede Complejo Arenales.

El PADOMI está dirigido a personas aseguradas que tienen discapacidad física o mental que les imposibilita concurrir a los servicios ambulatorios de EsSalud<sup>19</sup>, son personas dependientes, que no pueden valerse por sí mismas para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros<sup>20</sup>. Este servicio tiene como ámbitos las provincias de Lima y Callao, brindando atenciones de salud programadas en los domicilios de las personas adultas mayores en condición de vulnerabilidad, las que son realizadas por los médicos de cabecera y profesionales de la salud, conforme se describirá más adelante. También ofrece servicios de hospital en casa, atención de urgencias, farmacia, oxígeno terapia y ayuda al diagnóstico.

Habiendo descrito el objetivo del PADOMI y sus alcances en el marco de las competencias de EsSalud<sup>21</sup> y justificarse la relación entre el envejecimiento de la población y las necesidades de

---

<sup>16</sup> Según la OMS (2015b) la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

<sup>17</sup> La capacidad intrínseca (OMS 2015b) es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

<sup>18</sup> Exposición de motivos que sustenta la referida Resolución.

<sup>19</sup> Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2000, numeral 6.8 del acápite VI, Conceptos de Referencia Concepto de Paciente de la Atención Domiciliaria,

<sup>20</sup> EsSalud (2016b).

<sup>21</sup> El numeral 1.2 de la Ley N° 27056, Ley de Creación de EsSalud establece que: “Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen

salud de los adultos, la presente investigación cualitativa de tipo fenomenológico tiene por finalidad observar de qué forma se brindan las prestaciones de salud en el PADOMI y cuáles son las condiciones que limitan el acceso de los asegurados adultos mayores a dichas prestaciones, toda vez que se ha determinado, a partir de la observación, que **las condiciones y procedimientos con que se brinda dicho servicio no garantizan una atención óptima en oportunidad y calidad.**

## **2.1 Problema general de la investigación**

Nuestro trabajo plantea como problema de investigación conocer por qué los pacientes adultos mayores del PADOMI no reciben una atención acorde con sus necesidades, en ese sentido es necesario conocer los procesos actuales que permiten la ejecución del PADOMI y determinar si requieren un nuevo diseño para garantizar una atención óptima en oportunidad y calidad.

## **2.2 Preguntas de investigación (problemas específicos de la investigación)**

¿Cómo se organiza el PADOMI para brindar el servicio? ¿Qué servicio brinda el PADOMI? ¿Cómo se ejecutan los procesos del PADOMI? ¿Cuáles son las limitaciones para brindar los servicios? ¿Los procesos del PADOMI responden a las necesidades de los asegurados?

## **2.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Proponer un diseño de procesos para el PADOMI de Lima, en el marco de un modelo de atención desconcentrado y adecuado a las necesidades del adulto mayor.

### **Objetivos específicos**

- Elaborar un diagnóstico de la situación actual, a fin de observar cómo se brindan los procesos misionales del PADOMI.
- Efectuar un análisis de valor de los procesos desde el punto de vista de la oferta y analizar la voz del cliente desde el punto de vista de la demanda.
- Diseñar nuevos procesos para el PADOMI de Lima adecuados a las necesidades del adulto mayor que permitan una atención óptima en oportunidad y calidad.

## **2.4 Justificación**

Tal como se ha descrito en los antecedentes, existe un incremento de la población adulta mayor en el Perú<sup>22</sup> y, por ende, en la población asegurada de EsSalud que pertenece a este grupo etario (ver la tabla 1). Se muestra también a los asegurados adultos mayores del ámbito de Lima y Callao,

---

<sup>22</sup> contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos”.  
Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, “Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad”.

que en el año 2015 ascendió a 755.640 asegurados, siendo su distribución por Red Asistencial, que se muestra en la tabla 2.

**Tabla 1. Población adulta mayor asegurada en EsSalud según grupo de edad**

Grupo de Edad	Población Asegurada				
	2011	2012	2013	2014	2015
60-64	169.923	177.259	182.552	190.886	191.022
65-69	146.253	156.455	164.000	171.245	173.400
70-74	120.061	125.600	128.385	132.858	135.682
75-79	98.629	102.293	105.125	106.739	107.136
80-84	73.671	77.882	77.941	78.770	77.623
85 a más	58.284	65.491	68.911	71.765	70.777
<b>TOTAL</b>	<b>666.821</b>	<b>704.980</b>	<b>726.914</b>	<b>752.263</b>	<b>755.640</b>

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas 2015. Elaboración propia 2016.

**Tabla 2. Población adulta mayor asegurada en EsSalud por Red de Atención**

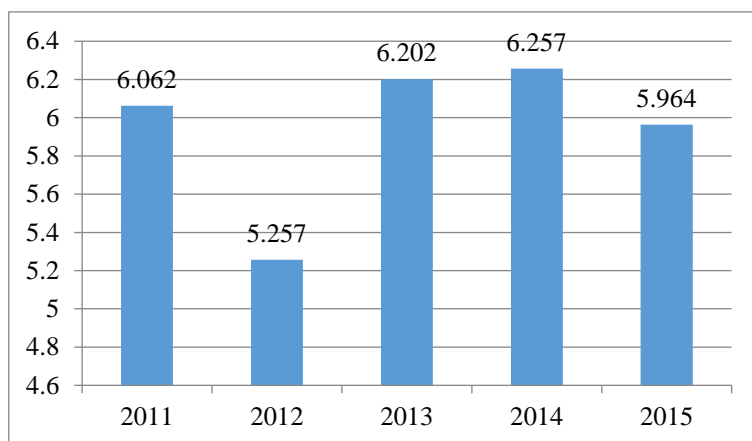
Grupo de Edad	Población Asegurada 2015			Total
	Rebagliati	Almenara	Sabogal	
60-64	79.034	56.337	55.651	191.022
65-69	71.800	49.927	51.673	173.400
70-74	56.062	39.091	40.529	135.682
75-79	44.076	31.276	31.784	107.136
80-84	32.450	22.633	22.540	77.623
85 a más	31.942	19.485	19.350	70.777
<b>TOTAL</b>	<b>315.364</b>	<b>218.749</b>	<b>221.527</b>	<b>755.640</b>

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas 2015. Elaboración propia 2016.

Hasta agosto de 2015, el PADOMI, tuvo una cobertura de 25.959 asegurados<sup>23</sup>, cifra que representa el 3,4% del total de la población adulta mayor y el 17,5% si consideramos los rangos de edades que van de 80 años a más, correspondiente a los adultos mayores en condición de fragilidad. Como se observa en el gráfico 2, los ingresos al programa se redujeron de 6.257 en el año 2014 a 5.964 en el 2015.

**Gráfico 2. Número de referencias recibidas por el PADOMI 2011 - 2015**

<sup>23</sup> Cifra proporcionada por la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria, agosto de 2015.



Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias de EsSalud. Elaboración propia 2016.

De la revisión de la base de datos de quejas y reclamos relacionadas con las prestaciones del PADOMI durante el periodo 2015, la que fue proporcionada por la Gerencia Central de Atención al Asegurado, se tiene que los asegurados presentaron 1.351 reclamos, siendo el detalle de los motivos más relevantes el siguiente:

**Tabla 3. Reclamos presentados por prestaciones otorgadas por el PADOMI - 2015**

Motivo de Reclamo	Cantidad	%
Demora en la prestación de los servicios de salud	631	46,7
Inadecuada calidad de atención de salud	184	13,6
No disponibilidad de medicamentos, insumos y otros	96	7,1
Falta de accesibilidad (acreditación, servicios, información)	91	6,7
Inconformidad con la prescripción o suministro del medicamento	24	1,8
Disconformidad con el trato recibido	19	1,4
Otros	306	22,6
<b>Total general</b>	<b>1.351</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos de quejas y reclamos de la Gerencia Central de Atención al Asegurado de EsSalud. Elaboración propia 2016.

El principal problema que se presenta en el PADOMI lo constituye la falta de acceso, tanto para los pacientes nuevos o potenciales beneficiarios, que cumpliendo los criterios establecidos como la edad y estados de dependencia, no pueden inscribirse en el programa por la limitada cobertura; así como también, para aquellos que pese a encontrarse inscritos, no logran acceder oportunamente a los servicios que brinda el PADOMI, conforme lo corrobora 47% de los reclamos presentados. Dicha situación, impacta negativamente en el presupuesto de EsSalud, toda vez que conforme se aprecia en la tabla 4 la población adulta mayor termina acudiendo a los Hospitales de Alta Complejidad como son Rebagliati, Almenara y Sabogal, congestionando los

servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, cuyos costos son más elevados que el costo de las prestaciones domiciliarias<sup>24</sup>.

**Tabla 4. Atenciones otorgadas a los adultos mayores - Año 2015**

Rango de edad	Consulta externa	Emergencia	Hospitalización
60 - 64	29.077	14.925	4.246
65 - 69	31.355	15.000	4.802
70 - 74	29.535	13.779	4.593
75 - 79	26.310	13.311	4.414
80 - 84	18.861	11.081	3.606
84 - más	12.329	10.118	3.355
<b>Total atenciones</b>	<b>147.467</b>	<b>78.214</b>	<b>25.016</b>

Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria-SGH. Elaboración propia 2016.

Por otro lado, el personal de salud suele estar preparado para responder ante situaciones apremiantes vinculadas a la salud, pero en general tanto los servicios hospitalarios como el personal de salud están orientados principalmente a la atención de patologías y no para la prevención y promoción de la salud.

## 2.5 Viabilidad de la investigación

La presente investigación es viable dado que se puede acceder a las fuentes de información secundaria de la institución como memorias institucionales, antecedentes históricos de la organización interna de EsSalud, sus documentos de gestión PEI, POI, ROF, MOF, CAP, así como a información primaria obtenida directamente de las opiniones del personal que allí labora a través de encuestas autorizadas.

## 2.6 Metodología de investigación

La presente investigación se desarrolló en cuatro etapas, conforme se describe a continuación:

**Primera Etapa:** Se efectuó la recopilación y revisión de documentos de gestión institucional de EsSalud, como el ROF, CAP, Plan Estratégico Institucional, Directivas internas vinculadas al PADOMI, políticas y lineamientos nacionales y sectoriales emitidos en favor de la población adulta mayor, así como información estadística, estos elementos sirvieron para elaborar el marco referencial y tomar conocimiento del funcionamiento de la entidad y en especial del PADOMI.

<sup>24</sup> Según lo señalado en el Estudio Financiero Actuarial del Seguro Social de Salud – EsSalud (OIT 2012), el costo promedio por consulta es de S/. 93,02, de emergencia: S/ 210,24 y de hospitalización: S/ 3.399,09

**Segunda Etapa:** En esta etapa se efectuaron visitas de campo a las áreas u oficinas a efectos de observar la ejecución de sus procesos, así como entrevistas a los gestores de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria; adicionalmente, se realizaron visitas domiciliarias y entrevistas a los familiares cuidadores, para identificar la atención *in situ* que se les brinda a los asegurados.

Las entrevistas realizadas a los gestores y personal del PADOMI fueron no estructuradas con preguntas abiertas<sup>25</sup>. Se optó por este tipo de entrevista porque se requería flexibilidad ante el surgimiento de información relevante para los objetivos de la investigación. Se realizaron visitas a las oficinas de inscripción y atención programada, atención de urgencias, logística, laboratorio y farmacia, a fin de conocer la operatividad y los alcances del programa, así como los problemas que limitan la adecuada prestación del servicio, los cuales no son tangibles en fuentes de otra naturaleza. Para dicho fin, se solicitó autorización al Doctor Luis Aguilar Torres, Gerente Central de Operaciones y al Gerente de la Gerencia de Oferta Flexible (GOF), el Doctor Gunder Quinteros Hajar. Ver el anexo 1 (gestores entrevistados y guía de entrevista)

Para el recojo de la información de la atención domiciliaria se realizaron entrevistas semi estructuradas<sup>26</sup>, debido a que contábamos con información previamente determinada que se requería cotejar en la atención médica. Se solicitó autorización a la Coordinadora de los médicos de cabecera del PADOMI, la Dra. Lujan, asignándonos para las visitas a la Dra. Lagones, a quien se le acompañó durante su jornada laboral en el distrito San Martín de Porres, cono norte de Lima. Cabe precisar que no es posible proporcionar los datos de los familiares cuidadores entrevistados, quienes solicitaron reserva en su identificación debido a los riesgos de ser excluidos del programa. Ver Anexo 1 (Guía de entrevista).

Ambas actividades permitieron elaborar un diagnóstico de la situación actual, identificar a los destinatarios de los servicios que brinda el PADOMI, así también los procesos que se ejecutan, prestándose especial atención al proceso de atención domiciliaria. Asimismo, el desarrollo de esta etapa permitió realizar la desagregación del proceso nivel 1 denominado Atención Domiciliaria, a cargo de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria, elaborándose las fichas de cada proceso, así como el diseño de la matriz de cliente-producto, los diagramas de bloques y flujogramas de la

---

<sup>25</sup>Las entrevistas no estructuradas o abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla-él o ella es quien maneja el ritmo, la estructura y el contenido- (Hernández Sampieriet al. 2010, p. 418).

<sup>26</sup> Las entrevistas semi estructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información del tema deseado- es decir no todas las preguntas están predeterminadas. (Hernández Sampieriet al. 2010, p. 418).



situación actual.

**Tercera Etapa:** Se realizó el análisis de valor de los procesos a efectos de identificar oportunidades de mejora, formulándose la matriz respectiva. Siendo importante contar con la opinión de los usuarios del PADOMI, se solicitó a la Gerencia Central de Atención al Asegurado la base de datos de los reclamos presentados, información que permitió realizar un pre - análisis de las expectativas del cliente, sin embargo, para determinar efectivamente las opiniones de los asegurados se realizó una encuesta entre los familiares cuidadores de los asegurados del PADOMI. Teniendo en cuenta que la población inscrita en el PADOMI asciende a 25,959 se consideró un tamaño de muestra de 379. Para la determinación de este tamaño de muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple para una población conocida, cuya fórmula es como sigue:

$$n = \frac{z^2 N p q}{d^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

Donde se consideraron los siguientes parámetros:

Nivel de confianza	95%
Valor z	1.96
d = porcentaje de error	0.05
p	0.5
q	0.5

Con la información resultante, previa tabulación de los datos se elaboró la matriz QFD cuyos resultados se describen en el capítulo IV: Análisis de valor de los Procesos.

**Cuarta Etapa:** Finalmente se elaboró una propuesta diseñando nuevos procesos para el PADOMI, así como estrategias para brindar un servicio oportuno y con calidad.

## 2.7 Marco de referencia

Para garantizar la viabilidad de la presente investigación, es preciso identificar las políticas nacionales, planes sectoriales, documentos normativos y de gestión de EsSalud relacionados con la mejora de la atención de las necesidades de salud de la población adulta mayor, con la finalidad de que la propuesta de mejora se encuentre alineada con el marco normativo vigente.

- **Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM) 2013-2017**, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP, define el envejecimiento saludable como:  
“Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una

asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad”, estableciendocomo acciones estratégicas “Diseñar e implementar intervenciones preventivo-promocionales sobre envejecimiento saludable” y “Fortalecer las capacidades de las/los cuidadora/es de personas adultas mayores”.

- **Plan Estratégico Institucional (PEI) de EsSalud**, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012.

**Visión institucional:** “Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

**Misión institucional:** “Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

El PEI de EsSalud establece entre los principios de la Seguridad Social el de **Igualdad:** “La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación”, e **Integralidad:** “El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas”.

De la revisión de sus objetivos estratégicos se ha identificado que el presente trabajo de investigación contribuirá al logro del Objetivo N° 2: “Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS”.

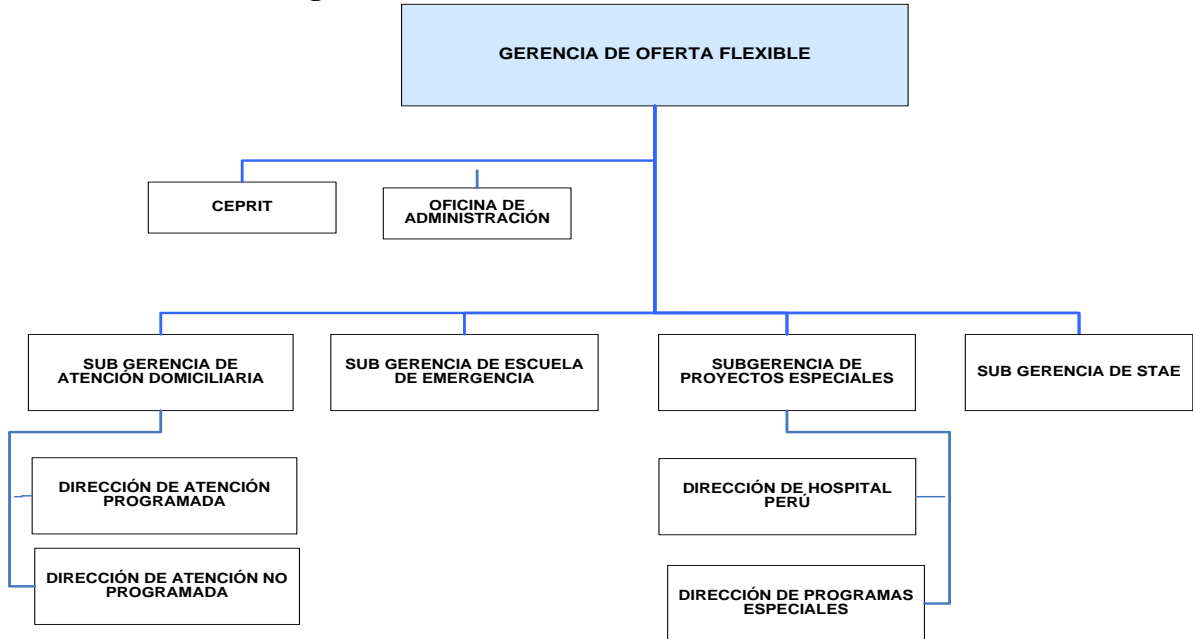
- **Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2000** “Normas para las Prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en EsSalud”, aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1048-GG-ESSALUD-2000, que establece las bases para la atención domiciliaria de pacientes en el Seguro Social de Salud. Si bien la citada norma contiene los lineamientos para el otorgamiento de las prestaciones de salud del PADOMI, esta no es concordante con la realidad, toda vez que no regula los servicios que brinda el PADOMI Lima, como hospital en casa, oxígeno terapia, urgencias, razón por la que debe ser modificada.

### Capítulo III. Diagnóstico situacional del programa de atención domiciliaria - PADOMI

#### 1. Organización estructural

El PADOMI se brinda a través de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria de la Gerencia de Oferta Flexible de EsSalud<sup>27</sup>, para lo cual cuenta con dos unidades orgánicas (gráfico 3):

Gráfico 3. Estructura organizacional de la Gerencia de Oferta Flexible



Fuente: Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 348-PE-ESSALUD-2007.

#### 1.1 Unidades orgánicas

##### Dirección de Atención Programada

Unidad que tiene a cargo las actividades de acreditación e inscripción de los asegurados que son referidos de las Redes Asistenciales de Lima al PADOMI, así como brindar las atenciones de salud programadas realizadas por los médicos de cabecera y profesionales de la salud.

El PADOMI brinda dos modalidades de atención: Atención Domiciliaria General, realizada por médicos generales, y la Atención Domiciliaria Especializada, otorgada por médicos especialistas, siendo las especialidades más demandadas las de Medicina Física y de Rehabilitación, Cardiología, Neurología, Geriátrica, Psiquiatría, Cirugía, Urología, Traumatología y Pediatría. De acuerdo con la necesidad de salud del paciente, la atención se complementa con otros servicios como enfermería, nutrición, trabajo social, psicología, medicina física y rehabilitación; servicios que se ofertan sin mediar un análisis de la demanda y oferta.

<sup>27</sup> Se define como oferta flexible para EsSalud aquella que complementa la oferta fija de servicios de salud y que se brinda fuera de los hospitales.

### Dirección de Atención No Programada

Unidad orgánica que se encarga de las atenciones de urgencias de los pacientes adscritos al PADOMI, del hospital en casa, el servicio de apoyo al diagnóstico (laboratorio, rayos x y ecografías) y el servicio de farmacia.

### 1.2 Organización funcional y operativa

La sede del PADOMI se ubica en el Complejo Arenales, en el distrito de Jesús María, su organización y gestión es centralizada pero la prestación del servicio se distribuye en seis (6) zonas, conforme a la demarcación de zonas de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria, aprobada por Resolución de Gerencia General N° 599-GG-ESSALUD-2011. En la tabla 5 se advierte que PADOMI solo cobertura el 3,4% de la población asegurada adulta mayor de Lima.

**Tabla 5. Distribución de zonas programación inicial de citas**

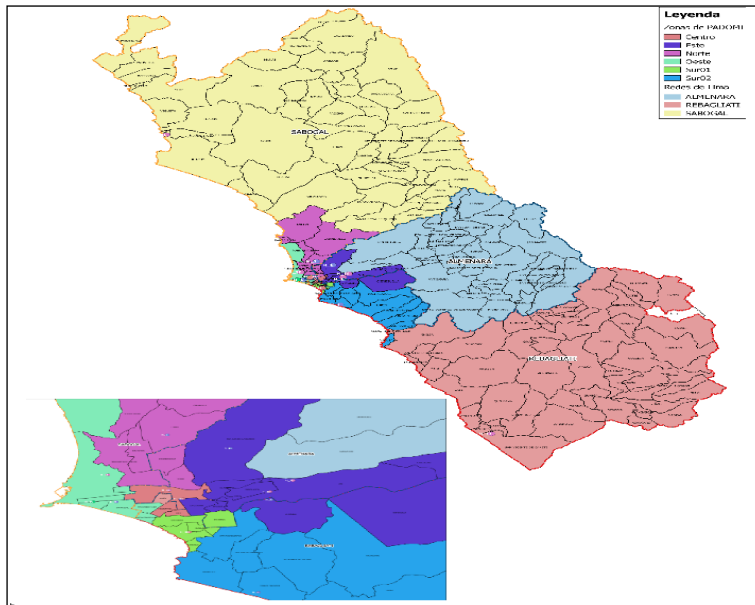
Área	Distritos	Población adulta mayor asegurada	Inscritos PADOMI	Porcentaje de Cobertura por zona
SUR 1	Barranco, Miraflores, San Borja, San Isidro, Surquillo	86.550	3.998	4,6
SUR 2	Chorrillos, Lurín, Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, San Juan de Miraflores, San Bartolo, Santiago de Surco, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador	111.760	4.376	3,9
NORTE	Ancón Carabaylo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, Rímac, San Martín de Porres, Santa Rosa	131.862	4.889	3,7
CENTRO	Breña, Jesús María, Lima Cercado, Lince	106.811	3.820	3,5
OESTE	Bellavista, Callao, Carmen de la Legua, La Perla, La Punta, Magdalena, Pueblo Libre, San Miguel, Ventanilla	117.022	4.057	3,4
ESTE	Ate Vitarte, Chaclacayo, Chosica, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, La Victoria, San Juan de Lurigancho, San Luis, Santa Anita	166.491	4.819	2,9
Otros distritos no cubiertos		35.144		4,7
<b>Total</b>		<b>755.640</b>	<b>25.959</b>	<b>3,4</b>

Fuente: Sub Gerencia de Atención domiciliaria. Elaboración propia 2016.

De la revisión de la tabla 5, proporcionada por la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria, se observa que el 70% de la programación de citas se distribuye entre los distritos de San Borja, Lima Cercado, S. J. Lurigancho, Miraflores, Pueblo libre, San Miguel, La Victoria, Jesús María, San Isidro, Rímac, Lince y San Martín de Porres. Por otra parte, el 99% de los asegurados inscritos en la Zona Centro cuenta con citas programadas para su atención (3.787 visitas programadas),

situación que hace suponer que los pacientes que tienen domicilio cercano a la sede del PADOMI son los más beneficiados, constituyéndose la distancia en un factor limitante para el acceso a las prestaciones del PADOMI, en especial para los pacientes que provienen de distritos alejados como Carabayllo, Ventanilla, Santa Anita, Ancón, Punta Hermosa, entre otros.

**Gráfico 4. Ámbito de atención del PADOMI**



Fuente: Resolución de Gerencia General N° 599-GG-ESSALUD-2011, aprueba la demarcación de zonas de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria.

### 1.3 Matriz de clientes-servicios

El PADOMI brinda los servicios que se describen en la tabla 6, sin embargo, su implementación no responde a un estudio de oferta y demanda, generando expectativas entre los usuarios, que exigen se les facilite el acceso a estos servicios.

**Tabla 6. Matriz de clientes-servicios**

Cliente / Producto	Médico de cabecera	Médico especialista	Urgencias	Hospital en casa	Farmacia	Ayuda diagnóstica	Oxígeno terapia	Enfermería	Terapia Física	Psicología	Servicio Social
Población asegurada mayor de 60 años con problemas crónicos de salud	X	X			X	X	X	X	X	X	X
Población que requiere atención pre hospitalaria de urgencia o emergencia			X	X	X	X	X	X			
Población que presenta incapacidad total para desplazarse	X	X			X	X		X			

Fuente: Elaboración propia 2016.

Para la prestación de dichos servicios, EsSalud destinó en el 2015 un total de 69.639.729 de soles,

siendo las remuneraciones del personal, con 49.431.459, los medicamentos, material médico y radiológico, con 10.358.767, así como movilidad local, 1.455.676, y 549.996 destinados a comunicaciones<sup>28</sup>, los gastos más representativos.

#### **1.4 Criterios de acceso**

Según el marco normativo vigente de EsSalud, la población objetivo del PADOMI son los asegurados que presentan discapacidad física y/o mental que les imposibilita concurrir a los servicios ambulatorios<sup>29</sup>, la norma además establece que pueden acceder al PADOMI quienes cumplan los siguientes criterios:

- Paciente con incapacidad severa o absoluta de locomoción.
- Paciente geriátrico de 80 años a más.
- Paciente en estado terminal con posibilidad de manejo domiciliario.
- Paciente adulto mayor frágil.
- Paciente adulto mayor con enfermedad crónica incapacitante.
- Paciente de atención domiciliaria que requiere de atención médica especializada.
- Paciente adulto mayor con enfermedad crónica que requiere continuar con atención especializada domiciliaria post-hospitalización.

En relación con los criterios, se observa contradicción con la definición de paciente de atención domiciliaria, que por su condición de salud se encuentra imposibilitado de concurrir a los servicios ambulatorios; esta falta de precisión permite que cualquier paciente adulto mayor (60 años a más) que se considere frágil<sup>30</sup> pueda exigir su inscripción en el PADOMI, situación que reduce las posibilidades de acceso de los adultos mayores de 80 años incapacitados física y mentalmente, en consecuencia, es claro que dichos criterios deben ser revisados considerando la oferta limitada de servicios que ofrece el PADOMI.

#### **1.5 Procesos de la atención domiciliaria**

Uno de los pilares de la política de modernización de la Gestión Pública lo constituye la gestión por procesos. “Los procesos son definidos como una secuencia de actividades que transforman una entrada o insumo (una solicitud de un bien o un servicio) en una salida (la entrega del bien o el servicio), añadiéndole valor en cada etapa de la cadena (mejores condiciones de calidad/precio,

---

<sup>28</sup> Presupuesto Institucional de ESSALUD- Ejercicio 2015, Fondo: Salud, Dependencia: GOF - Gerencia de Oferta Flexible, Programa: 003006 – PADOMI.

<sup>29</sup> Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2000 “Normas para las Prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en ESSALUD”; Resolución de Gerencia General N° 1048-GG-ESSALUD-2000. Numeral 6.8. Concepto de Paciente de la Atención Domiciliaria.

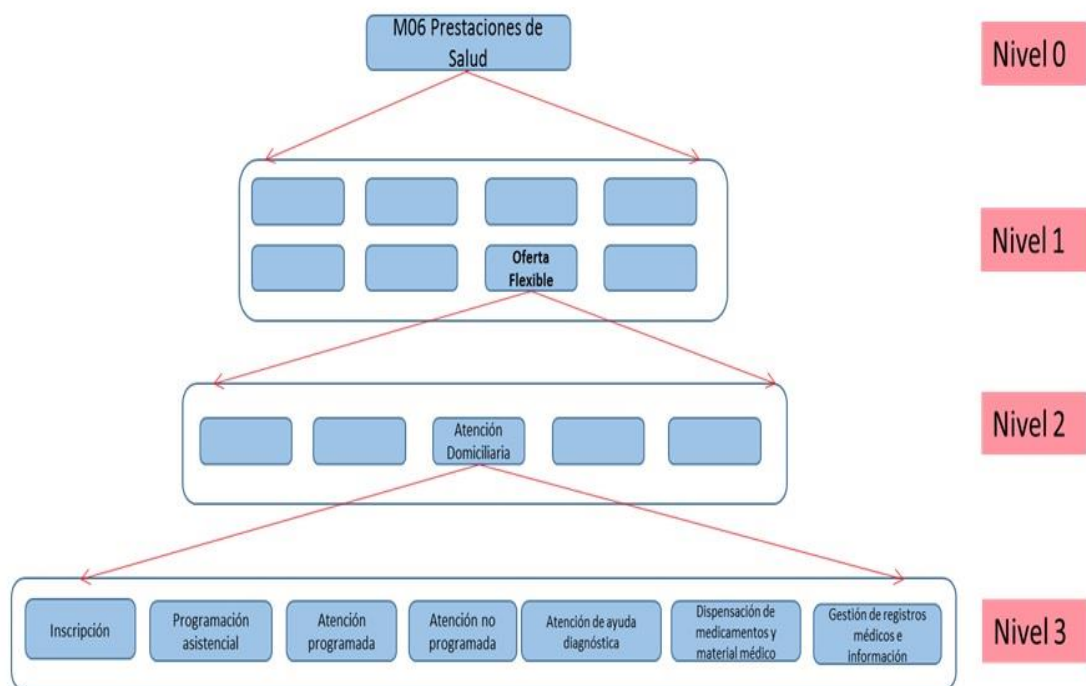
<sup>30</sup> El diccionario de la lengua española define como frágil: “Débil que puede deteriorarse con facilidad”.

rapidez, facilidad, comodidad, entre otros)”<sup>31</sup>.

Para identificar los procesos del PADOMI, se utilizó como insumo la Ley de Creación de EsSalud, el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud y de la Gerencia de Oferta Flexible, así como el Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud<sup>32</sup>.

Para documentar los procesos identificados se aplicaron los procedimientos indicados en el documento orientador: “Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública” en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM – Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, establecida por la Secretaría de Gestión Pública de la PCM, la Guía N° 2 Gestión Estratégica de Procesos, elaborado por EsSalud<sup>33</sup> y la Directiva N° 001-2015-SERVIR/GDSRH, “Normas para la aplicación del Dimensionamiento de las Entidades Públicas”, aprobadas por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 200-2015-SERVIR/PE.

**Gráfico 5. Diagrama de bloques**



Fuente: Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública y Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud. Elaboración propia 2016.

Teniendo en cuenta que la metodología establece como mínimo tres niveles de procesos, se ha

<sup>31</sup> Literal d) del Numeral 3.1. Componentes de la Gestión Pública orientada a Resultados, de la Política de Modernización de la Gestión Pública.

<sup>32</sup> Aprobado por Resolución de Gerencia General N°127-GG-ESSALUD-2016.

<sup>33</sup> Aprobado por Resolución de Gerencia General N°084-GG-ESSALUD-2016.

considerado la siguiente desagregación: Proceso de Nivel 0, Macroproceso: Prestaciones de Salud; Proceso de nivel 1, primer nivel de desagregación: Oferta Flexible; Proceso de nivel 2, segundo nivel de desagregación: Atención domiciliaria; y dada la complejidad de los procesos de la Atención Domiciliaria se ha identificado un tercer nivel de desagregación, conformado por siete (7) procesos. En el anexo 2 se presenta el mapa de los Macroprocesos de EsSalud y en el gráfico 5 el diagrama de bloques de los procesos del PADOMI.

### **1.6 Descripción de los procesos comprendidos en la atención domiciliaria**

En el presente acápite se hace una breve descripción de los procesos identificados, así como los hechos observados en su ejecución, cuyas fichas de proceso y diagramas de flujo se adjuntan en calidad de anexo. Ver los anexos del 3 al 17.

**a. Proceso de Inscripción:** Tiene por finalidad registrar a los pacientes en el PADOMI, los adultos mayores deben ser previamente evaluados por un médico en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de origen, determinándose si cumplen los criterios de acceso. El médico emite una hoja de referencia donde indica el diagnóstico clínico, los medicamentos, los resultados de exámenes médicos realizados, la dirección, el teléfono y otros datos del paciente. Dicho documento se registra en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias y es derivado a la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria.

Una vez aceptada la referencia, la IPRESS pide al familiar encargado del cuidado del paciente acercarse a la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria (SGAD), para verificar los requisitos y la acreditación. Este proceso concluye con la asignación del médico de cabecera, la fecha de la primera visita y la fecha del taller de inducción que se brinda a los cuidadores y familiares, respecto a las técnicas de cuidado del paciente adulto mayor. En la caracterización del proceso se aprecia demora en la actividad de visado de la hoja de referencia, limitadas horas de atención (de 08:00 a 12:00 pm) y lentitud en la atención, así como redundancia en las exigencias de requisitos.

**b. Proceso de Programación Asistencial:** El objetivo de este proceso es elaborar la programación mensual de los profesionales de la salud que realizan las visitas domiciliarias. El PADOMI cuenta con 575 recursos asistenciales, de los cuales 191 son médicos generales, 72 médicos especialistas, 108 enfermeras, 100 tecnólogos médicos, 70 técnicos de enfermería, 38 choferes asistenciales, 11 psicólogos, 5 nutricionistas, 5 asistentes sociales, 3 químicos-farmacéuticos, y otros.

Para elaborar la programación se solicita información sobre la disponibilidad de los profesionales de la salud para realizar las visitas, así como el reporte de pacientes; se elabora el



proyecto de programación que debe ser revisado y validado por la Dirección de Atención Programada y subsanado de ser necesario ya sea por falta de información o deficiencias. Una vez aprobado es registrado en el sistema. No se observa monitoreo para cada una de las actividades programadas. Este proceso distribuye las horas de atención (07:00 hasta las 20:00 horas) de lunes a viernes, según el tiempo disponible del médico.

Para la asignación de pacientes por zona se ha establecido como criterios la densidad poblacional, distancia y ubicación de los domicilios que, conforme a la tabla 7, comprende seis escalas; en razón de ello se estima que el indicador de rendimiento por hora del médico de PADOMI es en promedio de 1,3 horas por paciente.

Aprobada la programación por la Sub Gerente de Atención Domiciliaria, es derivada al área de programación para su registro en el sistema y su difusión al personal asistencial para su cumplimiento; sin embargo, se comprobó en las entrevistas a los funcionarios responsables, que no existen mecanismos de supervisión y control para verificar el cumplimiento de la labor de los profesionales de la salud, a ello se suma que el número de profesionales que se asigna al médico coordinador es de aproximadamente 95, situación que dificulta su control.

**Tabla 7. Densidad de población para efectos de programación**

Densidad	Min	Max	Nº Prof.	Horas asignadas	Pacientes	Rendimiento por hora
A0	228	236	11	1.650	2.538	1,5
A1	234	242	40	6.000	8.939	1,5
B0	206	214	13	1.950	2.535	1,3
B1	212	220	13	1.950	2.795	1,4
C0	176	184	31	4.650	5.585	1,2
C1	188	196	18	2.700	3.457	1,3

Fuente: SGAD - Programación asistencial del mes de setiembre de 2015. Elaboración propia 2016.

- c. Proceso de Atención Programada:** Consiste en brindar atención médica a las necesidades de salud del asegurado inscrito en PADOMI, para ello se debe contar con una cita programada con el profesional de la salud, quien acude al domicilio del paciente portando el parte diario de atención o relación de pacientes y una hoja clínica. Luego de evaluar su estado de salud, emite la receta, órdenes de ayuda al diagnóstico, hoja de referencia o interconsulta de ser necesario, procediendo a registrar la atención en la hoja clínica, en el cuaderno de asistencia domiciliaria o en sus respectivos teléfonos, finalmente solicita la firma del familiar en el parte

de atención. Durante el acompañamiento a las visitas domiciliarias de los pacientes, se advirtió que las órdenes, recetas y hojas de referencia son entregadas al familiar para que este realice las coordinaciones necesarias para la evaluación del paciente, y la hoja clínica y el parte de atención son remitidos a la Oficina de Archivo e Historias Clínicas para su archivo.

En la ejecución del proceso se observó que los médicos de cabecera no cuentan con maletines domiciliarios<sup>34</sup> para brindar una adecuada atención a los pacientes, su traslado al domicilio solo contempla el parte y la hoja clínica, tal como se ha indicado en el párrafo anterior. Además, la programación de las visitas se realiza de oficio, es decir, son las áreas de programación quienes distribuyen las citas disponibles sin comunicar las fechas a los familiares cuidadores, quienes por desconocimiento no tienen la oportunidad de estar presentes al momento de la visita para recibir las indicaciones. Se constató la pérdida de citas al no ubicar al paciente en su domicilio o que por su estado de incapacidad y en ausencia de su cuidador no puede abrir la puerta para su atención. Cabe mencionar que a pesar de que los médicos tienen asignados equipos móviles para su comunicación, no coordinan las citas con los familiares cuidadores. Durante la visita domiciliaria se mencionó que si no se ubica al paciente en tres oportunidades, se le retira del programa. Por otro lado, cuando una cita es solicitada por el familiar cuidador, debe sujetarse a que el médico de cabecera acepte la programación de citas adicionales, o en su defecto, esperar la programación del siguiente mes.

En cuanto a la gestión de las interconsultas, las órdenes de ayuda al diagnóstico y hojas de referencia, debemos mencionar que, para la obtención de las citas, los familiares cuidadores deben recurrir reiteradamente a las oficinas del PADOMI para averiguar la fecha de atención, dado que el canal telefónico no es accesible; se ha identificado diferimiento de citas para dichos trámites, dado el limitado número de profesionales, la atención de la referencia está supeditada a la aceptación por parte del establecimiento de salud donde ha sido derivado el pedido y de la oferta de citas disponible. Por lo que la falta de atención oportuna de dichos pedidos impide la continuidad de la atención del paciente.

Otro aspecto importante de mencionar es la falta de una historia clínica domiciliaria del paciente de PADOMI, donde se registren todas sus atenciones y que permita a los diferentes médicos que lo atienden conocer su evolución clínica para que realicen un diagnóstico con

---

<sup>34</sup>CaldenteyTous, M.; Roca Casas, A.; Gorreto López, Lucía; y LloberaCánaves, J. (2006). *Los maletines de emergencia de los Centros de Salud de un área sanitaria*. Fecha de consulta: 23/04/2016. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13124134&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=55&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n07a13124134pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13124134&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=55&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n07a13124134pdf001.pdf).

evidencia y mantengan la continuidad del tratamiento. En su reemplazo, se les otorga un “cuaderno de asistencia de los profesionales de la salud”, que al terminarse las páginas debe ser sustituido, por el familiar cuidador, con un cuaderno simple.

- d. Proceso de Atención No Programada:** Tiene por finalidad brindar atenciones de urgencia<sup>35</sup> a los asegurados del PADOMI, se inicia cuando el familiar o cuidador reporta al personal del *call center*, 470-7000, anexo 2757 (en el horario de 07:00 am hasta las 07:00 pm), una situación de descompensación clínica del paciente, este personal, según la condición de salud reportada, dispone su atención a través de consejería médica telefónica a cargo de un médico de triaje, o el desplazamiento de un médico de urgencias y personal de enfermería al domicilio para la atención inmediata del paciente. En el caso se determine a través de la consejería médica que no se trata de una urgencia, se estabiliza al paciente vía telefónica con el apoyo del familiar, de lo contrario, el personal del *call center* registra los datos del paciente y remite la llamada al médico de urgencias para que sea nuevamente evaluado vía telefónica (traje en línea) y coordine la atención en el domicilio.

Como resultado de la evaluación efectuada por el médico de urgencias en el domicilio del paciente, se define el tipo de asistencia requerida, pudiendo ser a través del sub proceso de hospital en casa, mediante la ejecución de procedimientos asistenciales como la aplicación de medicamentos, seguimiento post quirúrgico, curaciones, soporte ventilatorio, entre otros (ver Ficha Atención No Programada - A) o el traslado del paciente a un establecimiento de salud, por el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia- STAE o por el propio familiar.

En la ejecución del proceso se evidenció que la prestación del servicio de urgencias no se brinda con oportunidad, toda vez que el requerimiento de atención vía telefónica ingresa a una lista de espera, la que es atendida según la disponibilidad de recursos, superando las 24 horas o simplemente ignorando el llamado, situación que obliga a los familiares a trasladarse por sus propios medios a los servicios de emergencia de los hospitales.

En el traslado del paciente al establecimiento de salud se advirtió que la prestación del servicio del STAE se somete a la disponibilidad de la movilidad (camionetas), por lo que de no ubicar camionetas, el familiar debe ver la forma de trasladar a su paciente. Cabe precisar, que las camionetas que prestan el servicio no reúnen las condiciones necesarias para trasladar a pacientes

---

<sup>35</sup> Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2015a): «La aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia».

adultos mayores, este hecho se agrava por la falta de articulación de servicios que existe entre el PADOMI y el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia- STAE, administrado por otra unidad orgánica de la Gerencia de oferta flexible, quedando el paciente desprotegido. Conforme lo expresado por los funcionarios de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria entrevistados, el PADOMI tiene asignadas 63 unidades móviles para el traslado del personal de salud (19 automóviles, 36 camionetas, y 8 ambulancias), de los cuales 39 se encuentran en situación de malos (13 vehículos) e inoperativos (26 vehículos, incluye las ambulancias), es decir, el 61% del transporte asignado es inutilizable para la atención de los pacientes.

- e. **Proceso de Atención de Ayuda Diagnóstica:** Proceso que tiene por finalidad complementar el servicio de atención médica a través de la ayuda diagnóstica, a fin de que el médico pueda emitir un diagnóstico más preciso. Son entregados por el médico de cabecera durante la visita domiciliaria, para que el familiar realice los trámites en la sede central del PADOMI, donde se brindan los servicios de laboratorio, rayos X y ecografía.

En el caso del servicio de laboratorio (Ver ficha de Ayuda al Diagnóstico- A) el familiar debe gestionar una cita para que un técnico de enfermería acuda al domicilio para la toma de la muestra de sangre, los otros tipos de muestra como orina, heces y esputo deben ser trasladados por los familiares al complejo Arenales, sede del PADOMI, para su proceso. Según indicaron los trabajadores del servicio de laboratorio, los resultados de los exámenes son enviados a los celulares de los médicos. No obstante, durante la visita al servicio de laboratorio se advirtió que los familiares de los pacientes realizan un monitoreo de los resultados vía telefónica y presencial, y son recogidos para acelerar la cita de atención y conocer su diagnóstico. Así también, dado que el paciente de PADOMI no cuenta con una historia clínica, dichos resultados no quedarán documentados para su seguimiento posterior.

Para la atención del servicio de rayos X y ecografía, el paciente debe ser trasladado por sus familiares, previa obtención de cita, al Complejo Arenales. En la caracterización del proceso se observó que la ubicación de los equipos médicos se encuentra en el segundo piso, lo que dificulta el acceso de los pacientes en situación de incapacidad, en caso un paciente requiera atención simultánea de rayos x y ecografía no puede ser atendido en la misma fecha por falta de personal, debiendo retornar para el segundo examen. Durante las visitas realizadas a este servicio se observó que los familiares realizan el monitoreo de los resultados, con la finalidad de acelerar la cita de atención y conocer su diagnóstico.

- f. **Proceso de Dispensación de Medicamentos y Material Médico:** Se ejecuta en el área de

Farmacia. Tiene como objetivo la entrega oportuna de medicamentos a los pacientes del PADOMI y abastecer de material médico a los profesionales de la salud para la atención domiciliaria. La entrega de medicamentos se realiza en el Complejo Arenales, y solo al familiar acompañante.

El proceso inicia con la entrega de la receta al técnico de farmacia dentro de las 72 horas de haber sido entregada por el médico de cabecera. El técnico verifica los datos del paciente con su DNI, y la boleta de pago, y procede a su validación. Si la receta no es validada por ilegible o al momento de su emisión no se consultó sobre el *stock* del medicamento, girando recetas que no pueden ser atendidas, deberá ser subsanada por el mismo médico de cabecera, siendo el familiar quien debe buscar al médico en la Sede Central para la subsanación, el médico solicita la historia clínica del paciente y subsana la receta, no existiendo plazo para la subsanación por lo que si el familiar no ubica al médico tendrá que volver a la sede central cuantas veces sea necesario (Ver ficha de dispensación de medicamento y material médico- A) o adquirir los medicamentos con recursos propios.

Por otro lado, de ser válida la receta, se verifica la disponibilidad del medicamento, si no se cuenta con las medicinas, las recetas son atendidas parcialmente, por lo que el familiar debe retornar en varias ocasiones para indagar sobre la llegada del producto o para su recojo.

- g. Proceso de Gestión de Registros Médicos e Información:** El objetivo del proceso es registrar la producción mensual de los profesionales de la salud y procesar la información para el pago de sus remuneraciones, bonificaciones por movilidad y horas extras.

De acuerdo al procedimiento establecido por PADOMI, la Oficina de Archivo recibe los partes y hojas clínicas de las visitas domiciliarias, estas son revisadas y selladas, luego son remitidas a la Oficina de Digitación para la clasificación por grupos de profesionales de la salud y su validación. Cabe precisar que si la información remitida contiene inconsistencias esta debe ser enviada a la Oficina de Programación para la subsanación y su posterior registro en el parte, en ninguna de estas actividades existen plazos determinados para la remisión de documentos y todo se realiza vía manual, sin registro en el sistema.

De ser la información validada, se inicia el cotejo para la determinación de horas extras a los profesionales de la salud; si se requiere el pago de horas extras se identifica la producción por hora, se registra y se solicita su pago a la oficina de personal. De no requerir el pago de horas extras, se registra la información en el parte.

Si bien los profesionales de la salud cuentan con dispositivos móviles para registrar las atenciones ejecutadas en las visitas domiciliarias, lo que se evidenciaría en el sistema del PADOMI y aligeraría la revisión de los partes, ello no se realiza. Otro aspecto importante es que la oficina de digitación requiere la presentación de los partes de atención original, toda vez que, es la única forma de evidenciar, según el procedimiento establecido en el PADOMI, la ejecución de la visita, puesto que en dicho parte consta la firma del familiar cuidador, dando conformidad del servicio prestado, no advirtiéndose otros procedimientos para el contraste de la información reportada.

## Capítulo IV. Análisis de valor de los procesos

### 1. Análisis de la oferta

El análisis de valor de los procesos consiste en relacionarlos con los objetivos estratégicos de EsSalud<sup>36</sup> a efectos de identificar su impacto sobre el asegurado, la organización o el presupuesto. Para tal efecto, se ha efectuado una revisión de los objetivos estratégicos y específicos contenidos en el Plan Estratégico Institucional- PEI 2012-2016, siendo los vinculados al proceso de atención domiciliaria los siguientes:

**Tabla 8. Objetivos estratégicos y específicos –PEI 2012 -2016**

Objetivo estratégico	Objetivo específico	Estrategia
1. Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales	1.1 Extender la cobertura de la seguridad social incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia una seguridad social para todos. 1.3 Establecer alianzas estratégicas a nivel regional y local para el intercambio y complementariedad de servicios y recursos orientados a la universalización de la seguridad social.	Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad. Desarrollar e implementar una respuesta que articule a las redes asistenciales con los servicios de salud regionales y locales.
2. Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad	2.1 Mejorar la calidad de los servicios logrando un alto nivel de satisfacción a usuarios. 2.2 Implementar un sistema de atención integral basado en la atención primaria de salud y las prioridades sanitarias, gestión por procesos y gestión de la enfermedad. 2.3 Organizar redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel.	Desarrollar e implementar un sistema de calidad orientado a satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, garantizando un buen trato. Desarrollar una plataforma de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC). Fortalecer las competencias de los gestores. Organizar y fortalecer el sistema de atención a través de redes funcionales.
3. Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud	3.2 Mejorar la gestión del gasto orientándolo a financiar resultados a través de intervenciones costo-efectivas.	Desarrollar acciones orientadas a establecer un presupuesto institucional, como correlato financiero del Plan de Gestión, enfocado en financiar resultados sanitarios, para cuyo efecto se promoverán intervenciones costo-efectivas, simplificación de los procesos asistenciales y mejoras en el rendimiento de los centros asistenciales.
4. Implementar una gestión transparente basada en mérito y la capacidad con personal calificado y comprometido	4.2 Desarrollar una gestión eficiente basada en resultados, incorporando tecnologías modernas de gestión. 4.3 Establecer una Gestión de Recursos	Plataforma de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos. Modernizar el diseño organizacional

<sup>36</sup> Seguro Social de Salud- EsSalud (2016a). *Guía N° 2 Gestión Estratégica de Procesos*. Resolución de Gerencia General N° 084-GG-ESSALUD-2016. Fecha de publicación: 25 de enero de 2016.

	<p>Humanos por competencias laborales, meritocracia y concursos públicos de cargos jefaturales.</p>	<p>simplificando la estructura. Realizar los cambios o mejoras en los trámites más frecuentes en el marco de un proceso de simplificación administrativa. Fortalecer las competencias de los gestores, implementando programas de capacitación en servicios.</p>
--	---	--

Fuente: Plan Estratégico Institucional de EsSalud 2012-2016. Seguro Social de Salud - EsSalud (2016a).

Con esta información se ha elaborado una matriz a efectos de relacionar los procesos con los objetivos estratégicos y evaluar su nivel de contribución a las metas institucionales, considerando una escala, donde 1 representa poca relación y 5 una relación muy alta entre ambos. En la tabla 9 se puede apreciar que existe alta relación entre los procesos y los objetivos estratégicos, siendo en promedio de 4,1. Los procesos de programación asistencial, atención programada y no programada obtienen las más alta ponderación de 4,75.

**Tabla 9. Cuadro de priorización de procesos**

Proceso	Objetivos estratégicos					Impacto				Total	Priorización
	1	2	3	4	Promedio	Asegurado	EsSalud	PPTO	Promedio		
Inscripción	5	5	1	1	3,00	5	2	4	3,67	6,67	7
Programación Asistencial	5	5	4	4	4,50	4	5	5	4,67	9,17	3
Atención Programada	4	5	5	5	4,75	5	4	5	4,67	9,42	2
Atención No Programada	4	5	5	5	4,75	5	5	5	5,00	9,75	1
Atención de Ayuda Diagnóstica	5	5	5	1	4,00	5	3	4	4,00	8,00	5
Dispensación de Medicamentos y Material Médico	5	5	5	1	4,00	5	4	5	4,67	8,67	4
Gestión de Registros Médicos e Información:	1	4	5	5	3,75	1	5	4	3,33	7,08	6

La escala de valores es considerada: 1=poco, 2=regular, 3=medio, 4=alto, 5=muy alto

Fuente: Elaboración propia 2016.

### Objetivos estratégicos

1. Extender la cobertura de la seguridad social, que incluya a independientes e informales.
2. Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad.
3. Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.
4. Implementar una gestión transparente basada en mérito y capacidad, con personal calificado y comprometido.

En la matriz se evalúa el nivel de impacto que produce cada proceso respecto al asegurado, tanto



en la organización como al presupuesto institucional, siendo los procesos de programación asistencial, atención programada y no programada los que representan un mayor impacto. Del análisis realizado es posible advertir que la mayoría de procesos tiene un valor muy alto en relación con los objetivos institucionales y tienen fuerte impacto sobre los asegurados, siendo necesario establecer un orden de priorización con la finalidad de identificar los procesos más críticos que deben ser mejorados, entre ellos, la programación asistencial, la atención programada y no programada, seguidos de la dispensación de medicamentos y la ayuda diagnóstica. Por consiguiente, considerando que en mayoría los procesos son críticos, se requiere un rediseño de los procesos, para mejorar la atención en el PADOMI.

## 2. Análisis de la demanda

Con respecto a las necesidades y expectativas de los usuarios del PADOMI, el principio de orientación al ciudadano reconocido en la Política de Modernización de la Gestión Pública prescribe que la razón de ser de la gestión pública es servir a los ciudadanos, para ello, las entidades deben definir sus prioridades e intervenciones a partir de las necesidades ciudadanas y sobre la base de ello, establecer las funciones y los procesos de gestión que permitan responder más y mejor a estas con los recursos y capacidades disponibles<sup>37</sup>.

Dada la importancia de escuchar la voz de los asegurados para conocer sus necesidades, se realizó un análisis de los reclamos presentados por los asegurados o familiares cuidadores, información proporcionada por la Gerencia Central de Atención al Asegurado y cuyas conclusiones servirán para proponer una mejora de sus procesos. Para el desarrollo de dicho análisis se hará uso de la herramienta Despliegue de la Función de Calidad, QFD<sup>38</sup> o también llamada Casa de la Calidad, instrumento que conforme define Tamayo y González (2004) «es un sistema que busca focalizar el diseño de los productos y servicios en dar respuesta a las necesidades de los clientes. Esto significa alinear lo que el cliente quiere con lo que la organización produce»<sup>39</sup>.

Para la elaboración del QFD se han seguido nueve pasos conforme se resume a continuación:

---

<sup>37</sup> Principios orientadores de la política de modernización, Aprobada por D.S N° 004-2013-PCM. Numeral 2.4.

<sup>38</sup> QualityFunctionDeployment, por sus siglas en inglés. Los orígenes del QFD se remontan a finales de los años 60, cuando el profesor Yoki Akao, de la Universidad de Tamagawa (Tokio), empezó a expresar las necesidades de los clientes en puntos críticos para el aseguramiento de la calidad, y planteó que se tuvieran en cuenta a través de las etapas de diseño hasta la fabricación de los productos. Cortés Rodríguez *et al.* (2005). “Despliegue de la función calidad (QFD): beneficios y limitaciones detectados en su aplicación al diseño de prótesis mioeléctrica de mano”. *Ingeniería e Investigación* [En Línea] Fecha de publicación: 25/4/2005: [Fecha de consulta: 4/4/2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64325105>> ISSN 0120-5609.

<sup>39</sup> Tamayo Enríquez, Francisco y González Bosh, Verónica (2004). ¿Qué es el QFD? Descifrando el Despliegue de la Función de Calidad. Asociación Latinoamericana de QFD. Disponible en <http://www.qfdlat.com/Imagenes/QFD.pdf>. Fecha de consulta: 05/04/2016.

**Paso 1:** Se identificaron las necesidades o requerimientos de servicio que demandan los asegurados del PADOMI, información que fue extraída de la base de datos de los reclamos del sistema de Registro Informático de Atención al Asegurado (RIAA), específicamente del campo “Descripción de los hechos”. Dichas necesidades fueron agrupadas por tipo o afinidad y registradas en la matriz en la columna denominada los QUE.

**Paso 2:** A los QUE identificados se les asignó una ponderación, según la importancia que le otorga el usuario, siendo su sumatoria el 100%. Dicha ponderación ha sido otorgada considerando la frecuencia de los reclamos por cada QUE, fijándose una ponderación alta (10%) para aquella necesidad que tiene mayor número de requerimientos, es decir la prestación que fue más exigida o es más demandada por los asegurados del PADOMI.

**Paso 3:** Los QUE fueron sometidos a una evaluación, a efectos de conocer cuál es la percepción de los usuarios, es decir, indicar en que porcentaje el PADOMI cumple u otorga cada QUE demandado, para ello se contó con la participación de familiares cuidadores de pacientes inscritos al PADOMI, quienes otorgaron una calificación porcentual a los QUE, la que fue ponderada para estimar la brecha absoluta y relativa que debe cubrir el PADOMI para brindar el servicio conforme a las necesidades de los asegurados.

**Paso 4:** Se identificaron los COMO, es decir los requerimientos técnicos o características de diseño que debe aplicar la entidad para atender cada QUE o necesidad del asegurado.

**Paso 5:** Identificados los QUE y los COMO se efectúa una relación entre las necesidades del asegurado y los requerimientos o características técnicas que aplicará la entidad para atender cada QUE. Para tal efecto, se asignaron valores a cada relación, siendo un puntaje de 9 para la relación más fuerte, 3 cuando la relación es media, y 1 cuando la relación es débil, información que se registra en la matriz de relación entre los QUE y los COMO. Ver el gráfico 6.

**Gráfico 6. Figuras de relación**

Relación más fuerte	Relación es media	Relación débil
● 9	○ 3	1

Fuente: Elaboración propia 2016.

**Paso 6:** Se realiza el análisis de los COMO, para lo cual se multiplica la intensidad de la relación (1=débil, 3=media y 9=fuerte) por la ponderación de importancia asignada a cada necesidad. La

sumatoria de dichos productos se registra como ponderación absoluta y a partir de ella se obtiene la ponderación relativa de cada COMO.

**Paso 7:** Los resultados de la ponderación relativa deben ser ordenados ascendentemente, estableciéndose con ello la priorización de los COMO.

**Paso 8:** Consiste en llenar la matriz de correlaciones, o el tejado de la casa de la calidad, es importante conocer el efecto que un incremento o mejora en un requerimiento o especificación técnica tiene sobre las demás; el nivel de correlación entre los COMO puede ser de correlación positiva o negativa. La matriz analizada de acuerdo al procedimiento descrito se muestra en el gráfico 7.

### **Paso 9: Análisis de los resultados**

Utilizaremos el diagrama de Pareto, permitiendo identificar los principales QUE y COMO, sobre los cuales la organización debe trabajar para mejorar el servicio.

#### **Paso 9.1 Análisis de los QUE**

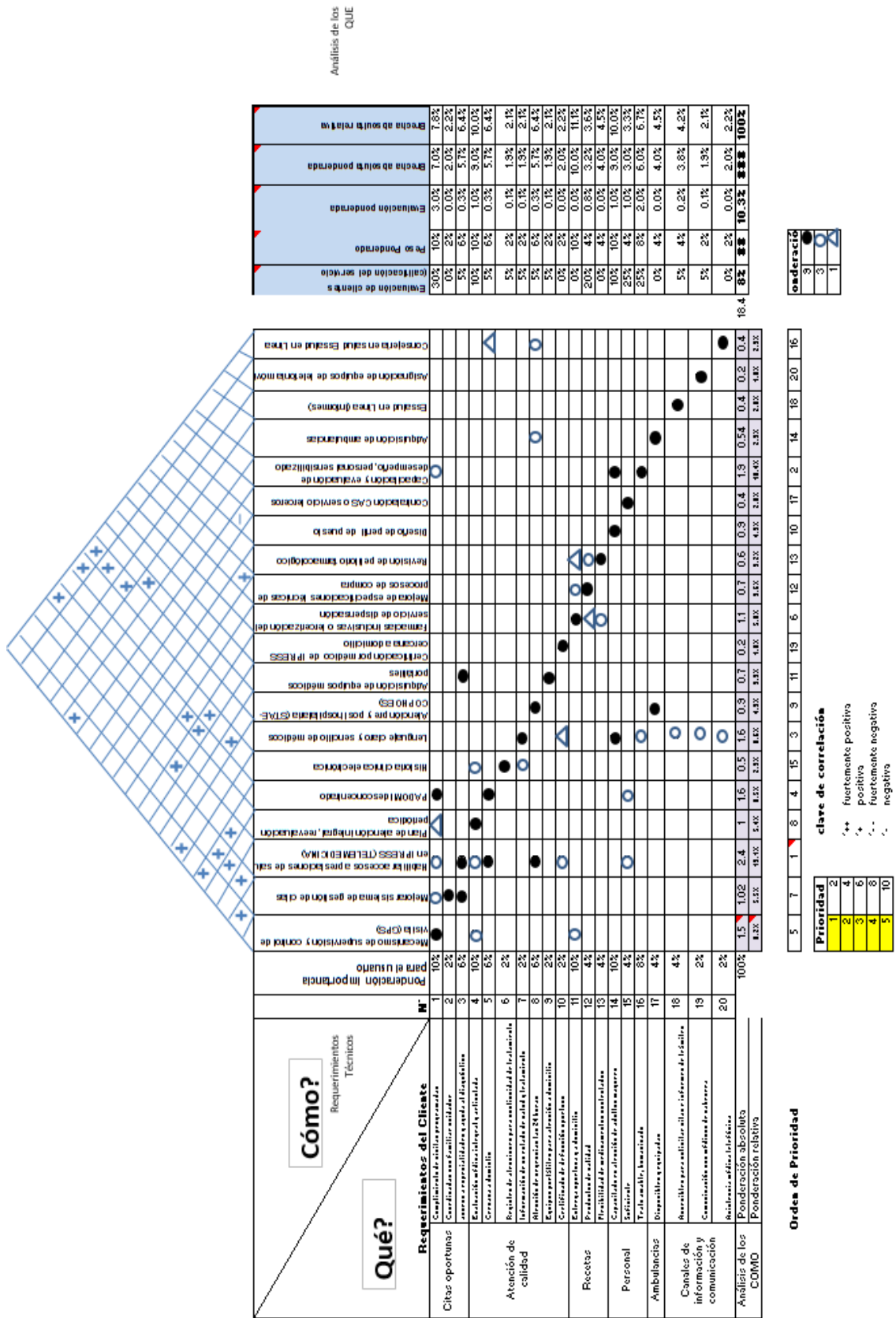
Los asegurados del PADOMI señalan como aspecto más importante el cumplimiento de las visitas programadas (10% de ponderación) toda vez que los médicos y demás profesionales de la salud no acuden en las fechas programadas a las citas, precisando que deteriora el estado de salud del paciente al no haber continuidad en el tratamiento originando que los familiares acudan con frecuencia a las oficinas de coordinación médica de la sede central del PADOMI para solicitar nuevas fechas de visitas. Otro aspecto importante para el asegurado es la necesidad de recibir una atención integral<sup>40</sup> y articulada, que implica conocer las afecciones más frecuentes del adulto mayor para su adecuado control y tratamiento, y una articulación efectiva con las diferentes unidades que intervienen en la atención, como la de ayuda al diagnóstico y la atención pre hospitalaria para las atenciones de urgencia. Otras necesidades prioritarias son la entrega oportuna de medicamentos de calidad a domicilio. La mejora en la dispensación de medicinas evitará eventos presenciales en la Farmacia del PADOMI y desplazamientos frecuentes motivados por su desabastecimiento. Ver el gráfico 8.

#### **Gráfico 7. Matriz de Correlación QFD**

---

<sup>40</sup> Atención integral.- Es la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las PAM considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores, R.M. N° 529-2006/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores, R.M. N° 529-2006/MINSA.

Fuente: Elaboración propia 2016.



Análisis de los QUE

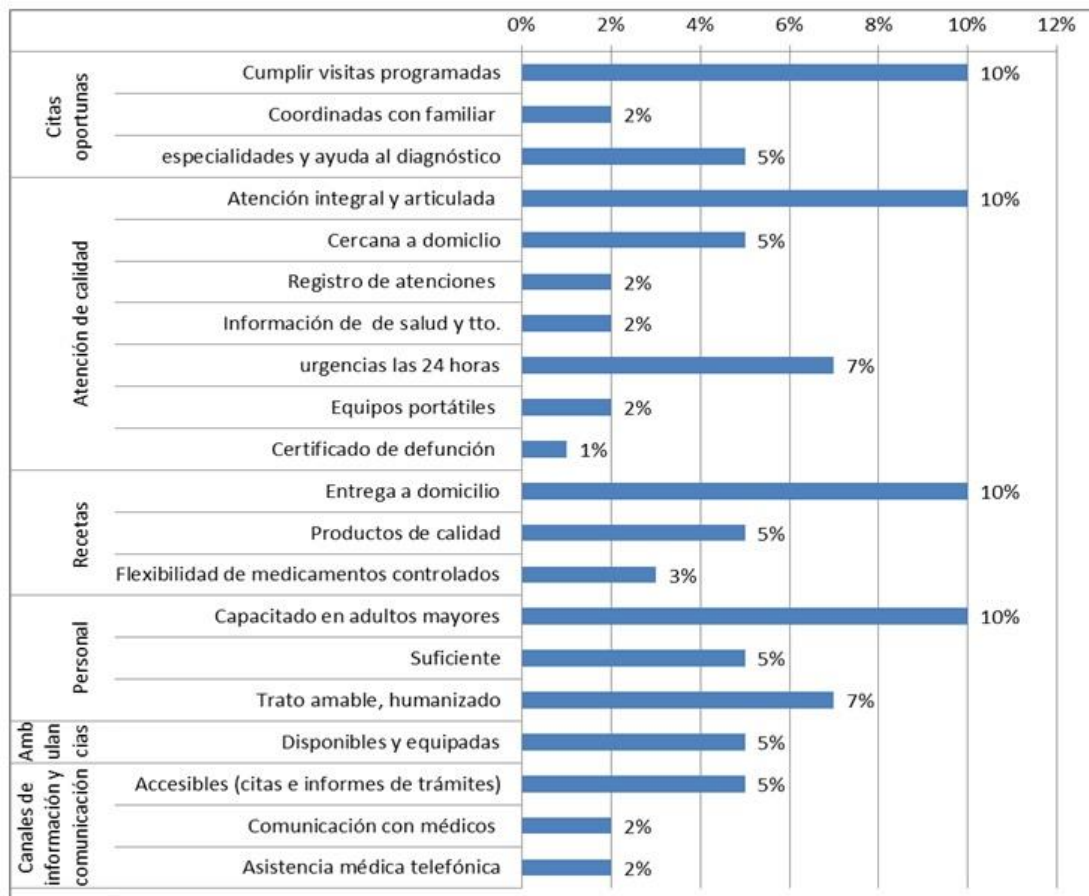
Evaluación de clientes	Peso Ponderado	Evaluación ponderada	Fecha absoluta ponderada	Fecha absoluta relativa
30%	10%	3.0%	7.0%	7.8%
2%	2%	0.0%	2.0%	2.2%
3%	3%	0.0%	3.0%	3.3%
5%	5%	0.3%	5.2%	5.7%
10%	10%	1.0%	8.0%	10.0%
5%	5%	0.3%	5.1%	6.4%
5%	2%	0.1%	1.3%	2.1%
5%	2%	0.1%	1.3%	2.1%
5%	6%	0.3%	5.1%	6.4%
5%	2%	0.1%	1.3%	2.1%
0%	2%	0.0%	2.0%	2.2%
20%	4%	0.8%	3.2%	3.6%
0%	4%	0.0%	4.0%	4.5%
10%	10%	1.0%	8.0%	10.0%
25%	4%	1.0%	3.0%	3.3%
25%	8%	2.0%	6.0%	6.7%
0%	4%	0.0%	4.0%	4.5%
5%	4%	0.2%	3.8%	4.2%
5%	2%	0.1%	1.3%	2.1%
0%	2%	0.0%	2.0%	2.2%
<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>10.3%</b>	<b>33%</b>	<b>100%</b>

ponderación
3
3
1

Prioridad
1
2
4
6
8
10

clave de correlación  
 ++ fuertemente positivo  
 + positivo  
 -- fuertemente negativo  
 - negativo

**Gráfico 8. Análisis de los QUE**



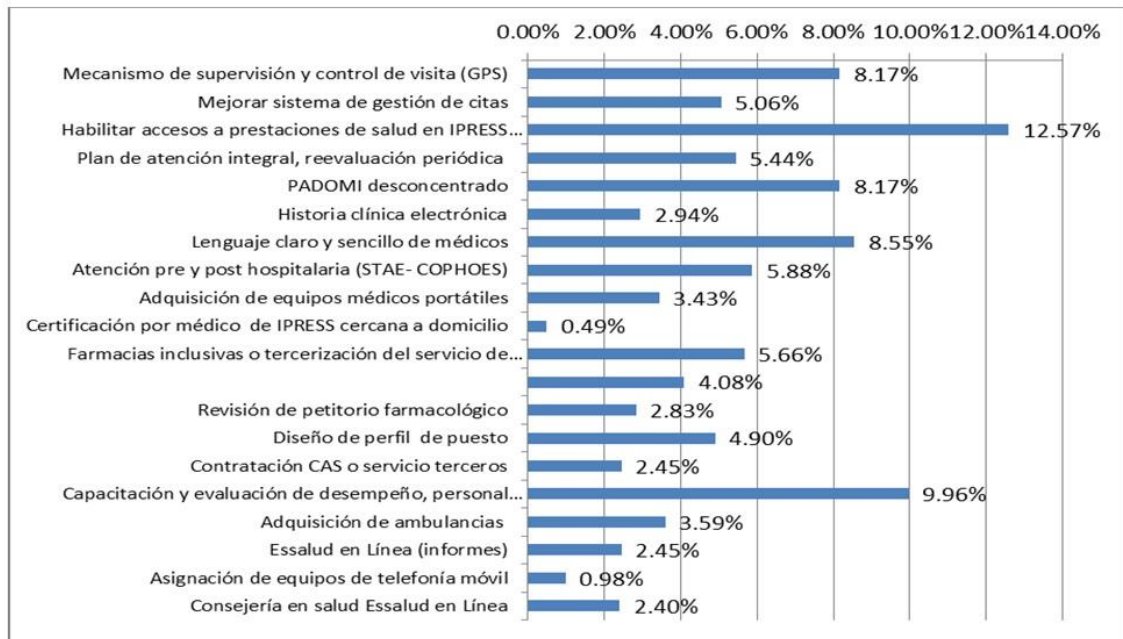
Fuente: Elaboración propia 2016 sobre la base de QFD.

Otro requerimiento altamente demandado por los usuarios es la dotación de personal capacitado en la atención del adulto mayor, que brinde un trato amable o humanizado, y que sus indicaciones o explicaciones sobre su estado de salud se brinden con un lenguaje sencillo, de fácil comprensión para el paciente y familiar cuidador. En los reclamos presentados, los usuarios indicaron que no se les presta atención, no les realizan una adecuada evaluación clínica, limitándose a emitir recetas médicas sin mediar explicación de estas.

### **Paso 9.2 Análisis de los COMO**

Para dar atención a los requerimientos de los usuarios se identificaron algunas alternativas técnicas que EsSalud podría implementar para mejorar los servicios del PADOMI. Conforme se aprecia en el gráfico 9, gran parte de los reclamos se solucionarían facilitando el acceso de los adultos mayores a las IPRESS cercanas a sus domicilios, es decir, un cambio del modelo centralizado a uno desconcentrado. Así también, la capacitación o contratación de personal capacitado en atención del adulto mayor contribuirá a brindar un servicio humanizado.

**Gráfico 9. Análisis de los COMO**



Fuente: Elaboración propia 2016 basada en QFD.

En tanto, los mecanismos de control y supervisión que implemente EsSalud permitirán verificar el cumplimiento de las visitas médicas programadas, garantizando una atención continua. Otro aspecto a considerar es el uso de farmacias inclusivas o tercerización del servicio de dispensación de medicamentos permitiendo entregas oportunas.

**Paso 9.3 Determinación de la brecha**

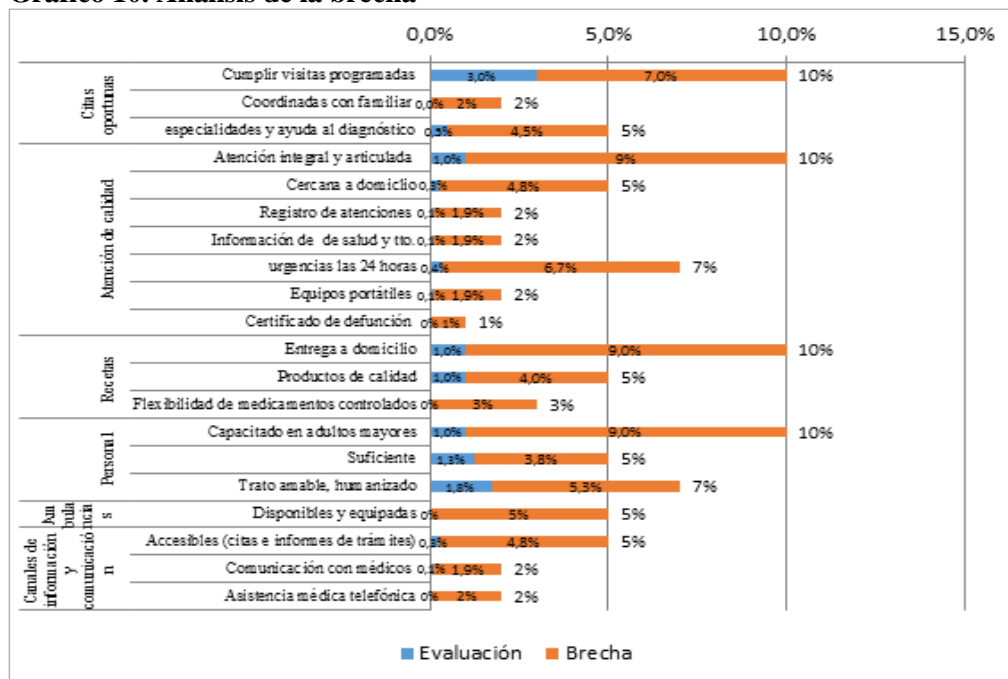
Como resultado de la comparación entre la puntuación al servicio deseado por los usuarios y la puntuación a la situación actual, se pudo determinar que existen grandes brechas que impiden brindar un servicio de calidad, por lo que corresponde a EsSalud aplicar los mecanismos o propuestas de mejoras necesarias, en especial donde existe mayor margen como el cumplimiento de las visitas programadas, debiendo mejorarse la supervisión; articular sus servicios para brindar una atención integral, mejorar la modalidad de entrega de medicamentos, desarrollo de programas de entrenamiento y capacitación en la atención y buen trato al adulto mayor, mejorar los canales de acceso e información tanto de los trámites de la atención y de los tratamientos indicados. Ver el gráfico 10.

**3. Análisis de causa y efecto**

Habiéndose descrito el diagnóstico situacional del PADOMI y determinado que su principal problema es el limitado acceso a las prestaciones de salud, así como la inadecuada atención de los

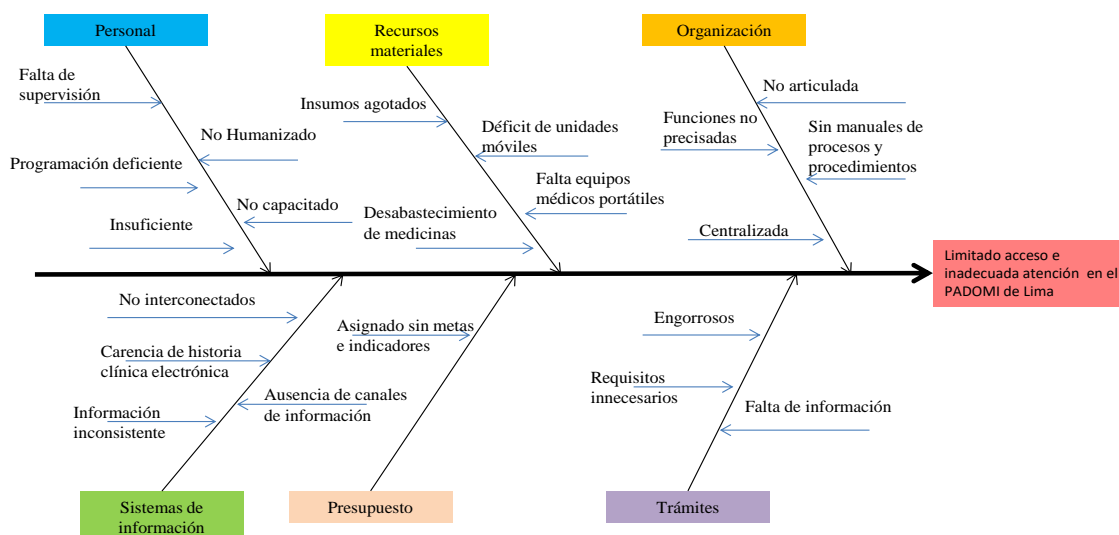
asegurados. En el gráfico 11 se presenta un esquema de Causa y Efecto<sup>41</sup> donde se han identificado, a través de una lluvia de ideas, las posibles causas que conllevan a dicha situación, el que será utilizado para el diseño de los procesos que a continuación proponemos para mejorar la atención de los adultos mayores que demandan los servicios del PADOMI.

**Gráfico 10. Análisis de la brecha**



Fuente: Elaboración propia 2016 basada en QFD.

**Gráfico 11. Esquema de causa-efecto**



Fuente: Elaboración propia 2016.

<sup>41</sup> « (...) El diagrama de causa efecto también se conoce como diagrama de Ishikawa por Kaoru Ishikawa, quien lo desarrolló, y diagramó...». (Summers 2006: 251).

## Capítulo V. Propuesta

Basados en el diagnóstico situacional del PADOMI y la problemática identificada por el análisis de sus puntos críticos proponemos en la presente investigación un nuevo diseño de los procesos para la atención domiciliaria del adulto mayor de EsSalud en el ámbito de Lima y Callao, cuyo enfoque se centra en las necesidades del paciente<sup>42</sup> y en una atención integrada de servicios de salud<sup>43</sup>, que consideramos es el modelo que mejor se adecua a las características de la atención de esta población y facilita las vías de acceso dando lugar a la ampliación de cobertura y homogeniza la prestación del servicio, optimizando el uso de los recursos y servicios disponibles.

### 1. Consideraciones previas

Conforme se ha señalado en el diagnóstico de la situación actual, el modelo de organización centralizado del PADOMI es una de las causas que limita el acceso de los asegurados y contribuye al inadecuado otorgamiento de las prestaciones. En ese sentido, es preciso mencionar que EsSalud, ya aprobó, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°601-PE-ESSALUD-2015, un nuevo modelo de organización denominado Gerencia de Red Desconcentrada, órgano que representa al Seguro Social de Salud –EsSalud en el ámbito territorial asignado y es “responsable de planificar, administrar, controlar y supervisar las prestaciones de salud y sociales del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud dirigidas a la población asegurada, que son otorgadas a través de la red prestadora integrada por IPRESS propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Pública Privada –APP de diferente nivel de complejidad, unidades operativas de prestaciones sociales y unidades operativas especiales propias o contratadas a fin que se cumplan las garantías explícitas de acceso, calidad y de oportunidad”<sup>44</sup>.

Además, en la estructura orgánica de la Gerencia de Red Desconcentrada se ha previsto la creación de una unidad operativa especial denominada Atención Domiciliaria e Itinerante de

---

<sup>42</sup> El modelo centrado en el paciente, según la OMS, se sustenta en los principios: equitativo, accesible y viable para todos. Ser sostenible, la atención es más eficiente y efectiva y contribuye al desarrollo de la sostenibilidad. Coordinada porque se agrupa alrededor de las necesidades de las personas. Continuo porque provee cuidados y servicio a través del tiempo o línea de vida. Holístico, porque es focalizado en el bienestar físico, mental, socio-económico y emocional. Preventivo, porque integra sectores que promueven la salud pública. Empoderamiento porque se soporta en la responsabilidad y manejo de la propia salud, involucrando a la familia. Colaborativo, porque integra en una sola las atenciones primarias, secundarias e incluso terciarias de todos los sectores de la salud. Finalmente, comunitario porque engloba a la persona, familia y comunidad (WorldHealthOrganization – WHO (2015). *Global strategy on people-centred and integrated health services*. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1)).

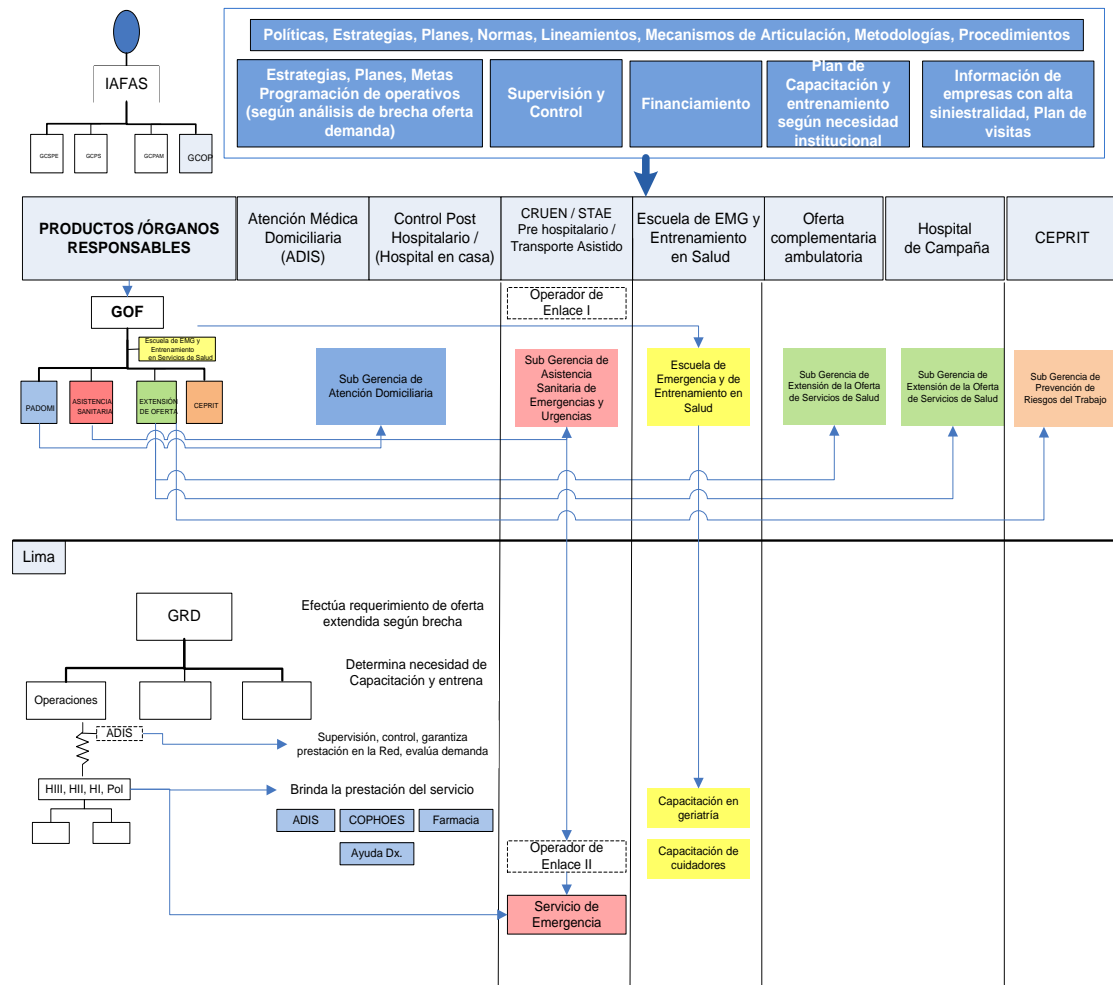
<sup>43</sup> Según la OMS, los servicios de salud integrados son gestionados y entregados en una forma que asegura que las personas reciban un continuo servicio de la salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y los servicios de cuidados paliativos, en los diferentes niveles y lugares de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su vida. WorldHealthOrganization - WHO (2015).

<sup>44</sup> Naturaleza de la Gerencia de Red Desconcentrada, según modelo aprobado.



Salud –ADIS, encargada, entre otros, de garantizar la cobertura de atención domiciliaria en el ámbito asignado, monitoreando las brechas de oferta y demanda. En ese contexto, las funciones de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria, de la Gerencia de Oferta Flexible, serán transferidas a las ADIS ubicadas en las tres Gerencias de Red Desconcentrada de Lima y Callao, que son Rebagliati, Almenara y Sabogal, conforme se aprecia en el gráfico 12, hecho que permitirá acercar los servicios de salud a los adultos mayores, ampliando los canales de acceso para que sean atendidos de manera oportuna y con calidad.

**Gráfico 12. Esquema del Modelo Desconcentrado del PADOMI**



Fuente: Elaboración propia 2016 basada en el Nuevo Modelo de Organización de Gerencia de Red Desconcentrada de EsSalud.

## 2. Nuevos procesos para la atención domiciliaria

Basados en el diagnóstico situacional del PADOMI, el nuevo modelo de organización de Red Desconcentrada, el análisis de los procesos e identificación de sus puntos críticos, así como los requerimientos de los asegurados, proponemos en el presente trabajo de investigación un nuevo diseño de los procesos de atención domiciliaria para el adulto mayor de EsSalud, acercando los

servicios de salud a través de su IPRESS de adscripción. La desconcentración de la atención y homogenización del servicio en Lima y Callao permitirá ampliar la cobertura, optimizando el uso de los recursos y servicios disponibles, y mejorar los tiempos y la calidad de la atención.

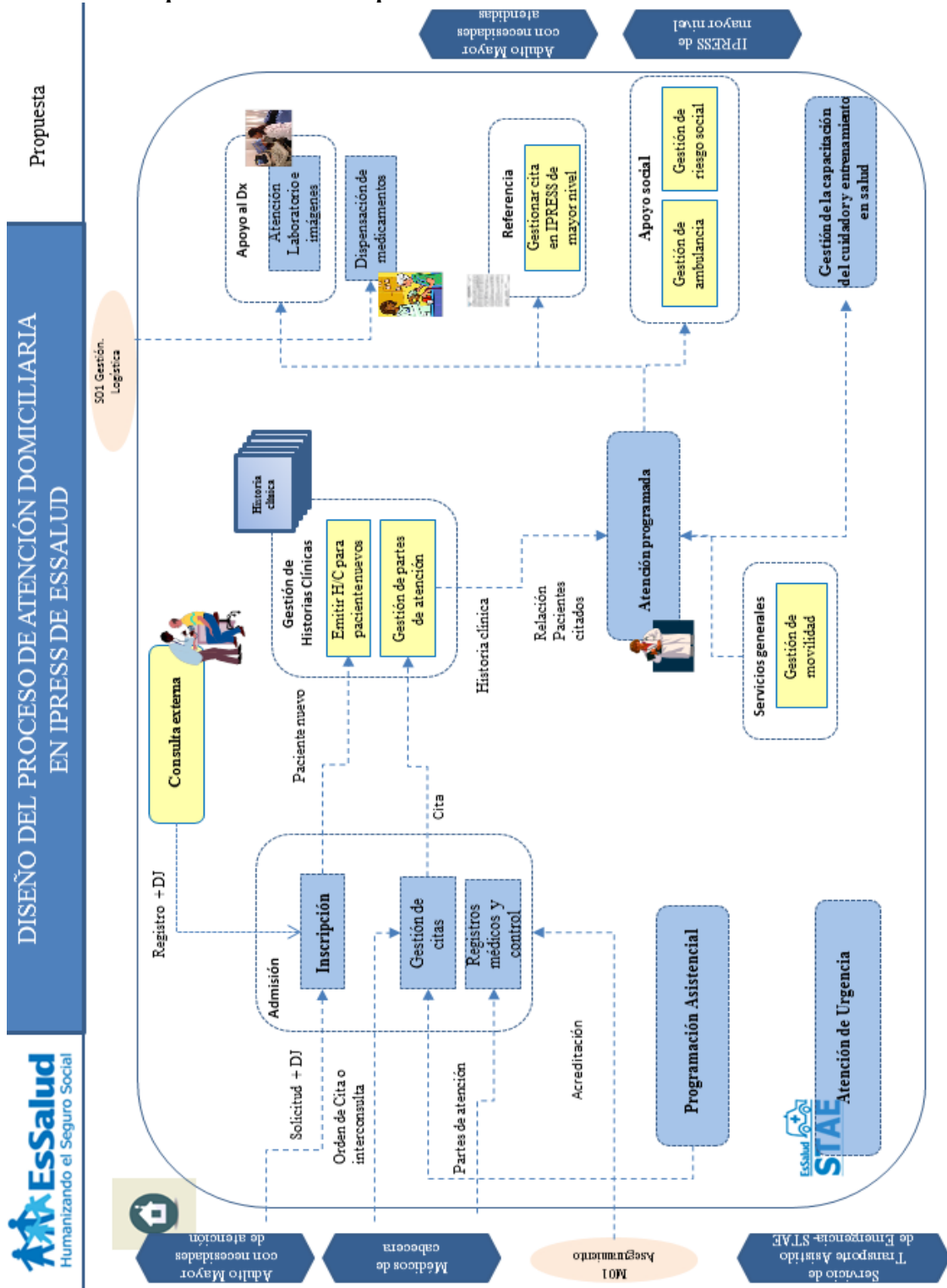
Al respecto, la OMS señala que la persona adulta mayor es el centro de atención y todos los servicios que se brindan deben acomodarse a sus necesidades; precisando que los principios que lo sustentan son los siguientes:

- Equitativo. Haciéndolo más accesible y viable para todos.
- Sostenible. Cuando la atención es más eficiente y efectiva.
- Coordinado. Porque se agrupa alrededor de las necesidades de las personas.
- Continuo. Porque provee cuidados y servicio a través del tiempo o línea de vida.
- Holístico. Porque es focalizado en el bienestar físico, mental, socio-económico y emocional.
- Preventivo. Integra sectores que promueven la salud pública.
- Permite el empoderamiento. Se soporta en la responsabilidad y manejo de la propia salud, involucrando a la familia.
- Colaborativo. Integra en una sola las atenciones primarias, secundarias e incluso terciarias de todos los sectores de la salud, y finalmente
- Comunitario. Porque engloba a la persona, familia y comunidad.

En ese sentido, conforme se aprecia en el gráfico 13, los procesos de atención domiciliar se integran a los procesos misionales que se ejecutan en la IPRESS, los cuales se articulan para brindar una atención integral, adecuando los servicios a las necesidades de la población adulta mayor que por sus limitaciones funcionales se encuentra imposibilitada para desplazarse, haciendo que la prestación se brinde con un trato más humano y accesible.

Adicionalmente, considerando que los recursos presupuestales son limitados y a efectos de que el PADOMI sea sostenible, se propone delimitar el alcance de la población objetivo replanteándose los criterios de inclusión para hacerlos más claros y precisos a fin de que el servicio se brinde en exclusividad al adulto mayor que se encuentra impedido para desplazarse a una IPRESS y excepcionalmente a los mayores de edad que se encuentren en condición de incapacidad que limiten su movilidad.

Gráfico 13. Esquema de los nuevos procesos de atención domiciliar en IPRESS de Lima



Fuente: Elaboración propia 2016.

### 3. Nuevos criterios de acceso

Los asegurados que demanden atención domiciliar deben cumplir como mínimo dos de los tres criterios que se indican a continuación:

- **Edad superior a 75 años**<sup>45</sup>, sustentado en la información de las encuesta del SHARE<sup>46</sup> y el estudio SAGE<sup>47</sup>, que señalan que las personas mayores de 75 años requieren de ayuda para realizar por lo menos una de las cinco actividades básicas de la vida diaria, como son vestirse, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, comer e ir al baño. Excepcionalmente los asegurados mayores de edad, en condición de incapacidad que impida su desplazamiento pueden acceder al PADOMI, siempre que dicha condición sea certificada por su médico tratante.
- **Dependencia**, Barthel citado por SENAMA<sup>48</sup> define la dependencia como “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”, tales como preparar comida, manejar su propio dinero, salir solo de su casa, efectuar compras, hacer o recibir llamadas telefónicas, efectuar quehaceres livianos de la casa, organizar y tomar sus propios medicamentos, o también las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales presentan grados de dependencia según las siguientes condiciones: 1) Individuos postrados, aquellos confinados a su cama. 2) Sujetos que presenten demencia de cualquier grado o existe patología mental o afectiva acompañante o predominante. 3) Necesidad de ayuda siempre o casi siempre.
- **Pluripatología o multimorbilidad**, conforme se indica en el estudio realizado por SEMI, SEMFYC y FAECAP<sup>49</sup> el término paciente pluripatológico se refiere a aquellos que presentan dos o más enfermedades, así como una especial susceptibilidad y fragilidad clínica, es decir, pacientes que como consecuencia de su enfermedad presentan un riesgo elevado de caer en la dependencia y la discapacidad.

#### 4. Diseño de los procesos de la atención domiciliaria

En el marco del principio de servicio al ciudadano<sup>50</sup>, los nuevos procesos han sido diseñados para atender las necesidades de los asegurados y pone a las unidades orgánicas que conforman la IPRESS de EsSalud a su servicio para brindar una atención de calidad. Esta propuesta permitirá solucionar el problema de acceso e inadecuada atención.

---

<sup>45</sup> Según el informe de envejecimiento y salud.

<sup>46</sup> Survey of Health, Ageing and Retirement in Europa – SHARE (2011). *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa*. Años 2010-2011. Cuarta Ronda. Disponible en: <http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>

<sup>47</sup> Safe Streets for Seniors – SAGE (2010). *Estudio sobre el Envejecimiento y la salud de los adultos en el mundo*. Primera Ronda 2007-2010. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>

<sup>48</sup> Servicio Nacional del Adulto Mayor- SENAMA (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Chile. Año 2009. Disponible en: [http://www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf)

<sup>49</sup> Sociedad Española de Medicina Interna - SEMI, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria - semFYC y Federación de Asociaciones de Enfermería, Comunitaria y Atención Primaria – FAECAP (2013). *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Pacientes con Comorbilidad y Pluripatología*. Documento de trabajo. Madrid. Disponible en: [http://www.semfyc.es/pfw\\_files/cma/biblioteca/\\_DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf](http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/biblioteca/_DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf)

<sup>50</sup> “Las entidades del Poder Ejecutivo están al servicio de las personas y de la sociedad; actúan en función de sus necesidades, así como del interés general de la nación...” (Art. II de la Ley N°29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo).

A continuación se detallan cada uno de estos nuevos procesos (en los anexos se podrán encontrar las fichas de procesos, así como sus respectivos flujos, ver los anexos del 18 al 26).

#### **4.1 Proceso de inscripción**

Tiene como objetivo facilitar el acceso de los pacientes nuevos en el PADOMI, el que se realizará de oficio o a solicitud de parte, siempre que el paciente cumpla los criterios de acceso. Será de oficio cuando el médico identifique, en la consulta externa, un paciente cuya condición de salud le dificulte desplazarse al establecimiento de salud y, será de parte, en las Oficinas de Admisión del establecimiento de adscripción, cuando un familiar, curador o representante legal lo solicite.

El proceso se inicia con el registro del paciente en el módulo de PADOMI comprendido en el Sistema de Gestión Hospitalaria o Sistema de Gestión de Servicios de Salud, *software* oficial de EsSalud; para dicho fin se requerirá la presentación del DNI del paciente para su identificación y la oficina de Admisión, por su parte, se encargará de la verificación de la acreditación y brindarán información de las bondades del programa. Adicionalmente el familiar o su representante legal suscribirán una declaración jurada comprometiéndose a cumplir el rol de familiar cuidador, quien servirá de interlocutor entre el médico y el paciente, dicho documento obrará en la historia clínica.

Se precisará la dirección del paciente, teléfono y correo electrónico autorizado y se generará automáticamente la primera cita de visita domiciliaria. Cabe precisar que la primera visita estará a cargo de un médico geriatra de preferencia o en su defecto de un médico general. El registro de pacientes inscritos debe ser puesto de conocimiento a la unidad de atención domiciliaria de la gerencia de redes desconcentrada para el monitoreo de la brecha oferta-demanda.

#### **4.2 Proceso de programación asistencial**

Dentro de las buenas prácticas de gestión sanitaria uno de los modelos de atención de salud más reconocidos en el mundo es el de Kaiser Permanente<sup>51</sup>, centrado en la minimización de la utilización y la prestación de servicios en el nivel de atención más coste-efectivo para mejorar la salud poblacional, para lo cual potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de atención primaria y presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones que son vistas como

---

<sup>51</sup> Kaiser Permanente es el mayor proveedor sanitario privado de los Estados Unidos. Fundado en 1945 como una organización sin ánimo de lucro, opera como un subsistema sanitario que integra la función de aseguramiento y de provisión. La población asegurada supera los 8 millones y medio de personas en 9 Estados diferentes. (Nuño-Solinís, Roberto (2007). "Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente". *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen 5, Número 2. Abril 2007. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_ser\\_vlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13107524&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=261&ty=32&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v5n2a13107524pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_ser_vlet?_f=10&pident_articulo=13107524&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=32&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v5n2a13107524pdf001.pdf)

un “fallo del sistema”<sup>52</sup>.

En ese sentido, a efectos de brindar una atención integral de calidad que responda a las necesidades de los asegurados del PADOMI, los recursos disponibles deben emplearse con eficiencia para garantizar la sostenibilidad de la prestación. Por ello, en el marco de la desconcentración del PADOMI, el personal asistencial debe ser distribuido en las IPRESS de las Redes Asistenciales Rebagliati, Almenara y Sabogal en proporción a la cantidad de población adulto mayor, conforme se describe en la tabla 10, constituyéndose equipos multidisciplinarios básicos integrados por médico, enfermera y tecnólogo (fisioterapia), siendo posible la incorporación de otros profesionales según análisis de la demanda (asistenta social, psicólogo entre otros).

**Tabla 10. Distribución del personal asistencial del PADOMI**

IPRESS de EsSalud Lima	Población >75	N° de Centros Asistenciales	Médicos		Enfermeras	Tecnólogos	Técnico de Enfermería	Choferes	Psicología
			Generales	Especialistas					
Red Asistencial Rebagliati	97.297	19	83	31	44	41	31	16	5
Red Asistencial Almenara	73.394	17	61	23	33	32	24	11	4
Red Asistencial Sabogal	55.989	19	48	18	26	24	18	6	3
Total general	226.680	55	191	72	108	100	70	38	11

Fuente: Elaboración propia 2016.

Los profesionales de la salud serán asignados, conforme se indica en la tabla 11, a los servicios asistenciales existentes en cada nivel de atención y, a efectos de evitar el riesgo de ser capturados por otros servicios o ser destinados para cubrir la atención de consulta externa u otras actividades, deberán elaborarse perfiles de puestos diseñados exclusivamente para el personal que realiza la visita domiciliaria; en los hospitales donde existan más de diez (10) médicos de atención domiciliaria podría constituirse un servicio asistencial que los agrupe.

<sup>52</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Estrategia de Atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid*. Noviembre 2013. Disponible en <http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/03/Estrategia-de-pacientes-cronicos-comunidad-de-madrid-ASACO-cancer-ovario-marzo-2014-texto.pdf>

**Tabla 11. Ubicación del personal asistencial en el Cuadro de Asignación de Personal**

IPRESS	Médicos y enfermeras	Tecnólogos y técnicos de enfermería
Centro de Atención Primaria	Servicio de prevención, promoción y diagnóstico precoz	Servicio de ayuda al diagnóstico y recuperación
Hospital I	Servicio Médico Quirúrgico	Servicio de ayuda al diagnóstico y tratamiento
Hospital II	Servicio de Medicina	Servicio de medicina física y rehabilitación / Servicio de diagnóstico por imágenes
Hospital III	Servicio de Medicina	Servicio de medicina física y rehabilitación / Servicio de diagnóstico por imágenes

Fuente: Elaboración propia 2016 basada en los Reglamentos de Organización y Funciones.

Habiéndose efectuado la distribución y ubicación del personal describimos el proceso de programación asistencial cuyo objetivo es distribuir eficientemente las horas de los profesionales de la salud, teniendo cuidado de garantizar la continuidad de la atención de aquellos pacientes en situación de riesgo de complicación, reduciendo ingresos hospitalarios que demandan mayores recursos y lograr rendimientos hora-médico aceptables. Considerando las disposiciones establecidas en la Directiva de Gerencia General N° 012-GG-ESSALUD-2014 “Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud – ESSALUD”, se señalan las siguientes actividades:

- a) El jefe de servicio asistencial, recopila información del personal disponible, cantidad de pacientes nuevos, distribución de población por riesgo, listas de espera de citas, entre otros.
- b) Evalúa brecha y determina, de corresponder, la cantidad de horas extras o de prestaciones complementarias necesarias para garantizar la continuidad del servicio, realizando el requerimiento correspondiente ante la Dirección de la IPRESS y posterior gestión ante la Gerencia de Red Desconcentrada.
- c) Elabora la programación en el Formato de Programación de las Actividades Asistenciales del médico y personal no médico. La programación de la jornada laboral se realizará en turnos de seis horas diarias de lunes a sábado, priorizando el turno diurno para facilitar su control y supervisión. En dicha programación se debe considerar espacios para discusión de casos y seguimiento de la evolución de la salud del paciente.
- d) La Oficina de Admisión y Registros Médicos tendrá a cargo el registro de la programación en el Sistema de Gestión Hospitalaria –SGH, verificando el cumplimiento de los estándares de atención (número de pacientes por hora, 150 horas), porcentaje de citas para pacientes nuevos, de riesgo, etc.; de mediar observaciones deberá devolver la programación al Jefe de Servicio para que subsane.

- e) El Director de la IPRESS aprueba la programación del personal y dispone su difusión y cumplimiento.
- f) La Oficina de Recursos Humanos realiza visitas inopinadas de verificación de asistencia del personal programado.

Considerando los reclamos presentados por los usuarios del PADOMI relacionados con el incumplimiento de la programación asistencial, se sugiere la participación de las Oficinas de Atención al Asegurado, quienes harán de conocimiento de la Secretaría Técnica de Procesos Administrativos Disciplinarios los reclamos que se susciten por incumplimiento de las visitas programadas a fin de que se adopten las medidas correctivas que correspondan. En tanto que la Oficina de Admisión y Registros Médicos debe informar mensualmente al Director de la IPRESS el porcentaje de ejecución de la programación; por su parte, la Unidad de Atención Domiciliaria de la Gerencia de Red Desconcentrada debería evaluar y monitorear su cumplimiento a través de los indicadores de gestión, proponiendo acciones de mejora.

#### **4.3 Proceso de atención programada**

El proceso de atención programada tiene por finalidad brindar, según un plan de cuidados<sup>53</sup>, una atención integral y oportuna al asegurado, poniendo a su disposición los diferentes servicios de las IPRESS de EsSalud, fomentándose el trabajo en equipo, donde la coordinación entre los profesionales de la salud es pieza clave para el logro del objetivo.

Estudios efectuados por la OPS/OMS<sup>54</sup>, Comunidad de Madrid y Fundación Vodafone<sup>55</sup>, señalan la necesidad de identificar y gestionar factores de riesgo en la atención de pacientes con enfermedades crónicas<sup>56</sup> para evitar que adultos mayores sanos enfermen, fortaleciendo la prevención, así como mantener controlados a pacientes enfermos para que no desarrollen complicaciones y evitar riesgos de hospitalización e incremento de los costos de atención.

---

<sup>53</sup> La elaboración de planes de cuidado personalizados permite realizar un seguimiento regular del estado de salud del adulto mayor, promueven la detección temprana de complicaciones o cambios en el estado funcional y previenen emergencias innecesarias, dicha estrategia ha dado resultados positivos en países como Brasil y Singapur.OMS (2015b). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)

<sup>54</sup> Organización Panamericana de la Salud OPS (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de asistencia de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Año 2013. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=22257+&Itemid=99](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=99)

<sup>55</sup> Fundación Vodafone España (2006). *Innovación TIC para las personas mayores: situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia*. Madrid. Enero 2006. Disponible en: [http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/165/innovacion\\_TIC\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/165/innovacion_TIC_para_personas_mayores.pdf)

<sup>56</sup> Modelos como la Pirámide de Kaiser Permanente (EE.UU) y de King'sFund (Reino Unido), establecen niveles de complejidad del paciente crónico para gestionar de forma eficiente los recursos sanitarios, siendo el nivel 3 el que agrupa a los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y que requieren cuidados profesionales.



El proceso de atención programada comprende las siguientes actividades:

- a) El médico de cabecera recibe el parte de atención e historia clínica de los pacientes programados, verifica si el paciente tiene resultados de exámenes de ayuda diagnóstica pendientes, de ser así los solicita e incorpora en su historia.
- b) Solicita al personal de enfermería el maletín de atención domiciliaria, el cual deberá contener material e instrumentos básicos (tensiómetro, estetoscopio y glucómetro), para una adecuada atención domiciliaria.
- c) Requiere el servicio de transporte para su traslado, optimizándose el uso de la hora-médico.
- d) En el domicilio del paciente, realiza la evaluación clínica y, de corresponder, emitirá órdenes de interconsulta, órdenes de ayuda al diagnóstico u hojas de referencia en caso requiera atención más especializada, así como gestionará la atención de urgencia o emergencia si la condición del paciente lo amerita.
- e) Elaborará un plan de cuidados para medir los progresos del paciente, debiendo brindar información de este al familiar cuidador.
- f) Registrará atención en la historia clínica y emitirá las recetas correspondientes, previa verificación de la disponibilidad de productos en el móvil, indicando un medicamento sustituto.
- g) Programará la cita del siguiente control, informando al familiar del paciente y entregará las recetas emitidas explicando el contenido de estas.
- h) Al finalizar las visitas, devolverá los insumos y entregará al técnico del servicio asistencial las historias clínicas, parte de atención suscrito por familiar, las órdenes de ayuda al diagnóstico e interconsultas para su programación, y las hojas de referencia para su trámite correspondiente.

Para garantizar una adecuada atención y continuidad del tratamiento, es imprescindible que Es-Salud implemente el uso de la historia clínica electrónica, para interconectar los servicios de farmacia, ayuda al diagnóstico, referencia y otros, facilitando la labor de los profesionales de la salud, quienes contarán con información necesaria para brindar una atención oportuna.

#### **4.4 Proceso de atención de urgencia y emergencia**

El proceso de atención de urgencia y emergencia<sup>57</sup> permite que los usuarios del PADOMI reciban atención pre-hospitalaria en su domicilio en caso de urgencia, o sean trasladados a una IPRESS cercana, con capacidad resolutive necesaria, si se encuentra en situación de emergencia.

---

<sup>57</sup> Urgencia: “situación en la cual no existe riesgo inminente de compromiso de órganos vitales, pero se requiere asistencia médica en un lapso adecuado según la condición de salud, para evitar complicaciones mayores”. Emergencia: “Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte” (Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2011, Normativa para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud).

Al respecto se propone tomar como referencia el modelo de los Servicios de Emergencia y Urgencias Médicas Extra Hospitalarias (SEMs de España)<sup>58</sup>, e integrar los servicios que actualmente son brindados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencia Nacional - CRUEN<sup>59</sup>, el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia -STAE<sup>60</sup> y el Hospital en Casa del PADOMI<sup>61</sup>, optimizando recursos disponibles y facilitando su articulación. Permitiendo que todos los asegurados, sin discriminación de edad, reciban un servicio durante las 24 horas del día y los 365 días del año; prestación que podría complementarse con la suscripción de convenios interinstitucionales con el Sistema de Atención Móvil de Urgencia -SAMU o IPRESS privadas cuando EsSalud no pueda brindar la cobertura, así como hacer uso del servicio de Telemedicina a cargo del CENATE. La integración de los mencionados servicios se presenta en el gráfico 14.

**Gráfico 14. Procesos de atención urgencias y emergencia**



Fuente: Los Servicios de Emergencia y Urgencias Médicas Extra Hospitalarias en España. Elaboración propia 2016.

En ese sentido, en el nuevo proceso de atención de urgencia y emergencia se desarrollarán las

<sup>58</sup> OMS (2015b).

<sup>59</sup> Central de comunicaciones que está a cargo de la Gerencia de Operaciones Territoriales de la Gerencia Central de Operaciones.

<sup>60</sup> A cargo de la Sub Gerencia de tema de Transporte Asistido de Emergencia de la Gerencia de Oferta Flexible.

<sup>61</sup> De la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria de la Gerencia de Oferta Flexible.

actividades siguientes:

- a) El familiar del asegurado llamará al 117 para reportar su urgencia, siendo atendido por el personal de la central telefónica de la CRUEN, quien le solicitará sus datos básicos para efectuar el registro del incidente.
- b) El recepcionista deriva la llamada al médico de guardia para su atención.
- c) El médico de guardia atiende la llamada y solicita la descripción de signos y síntomas, la atención puede ser resuelta mediante asistencia telefónica o con el desplazamiento de recursos, debiendo coordinar con STAE.
- d) STAE desplaza ambulancia más cercana al domicilio del paciente y brinda atención pre-hospitalaria.
- e) Si el paciente requiere atención de emergencia, solicita al médico jefe de guardia de la CRUEN coordinar con el servicio de emergencia cercano para la aceptación del paciente.
- f) Trasladar al paciente al servicio de emergencia de la IPRESS donde la emergencia será atendida.

#### **4.5 Proceso de dispensación de medicamentos**

El objetivo del proceso es entregar oportunamente y en las cantidades requeridas los medicamentos prescritos por el médico de cabecera, a fin de lograr la efectividad del tratamiento establecido. La dispensación se realizará en las farmacias de las IPRESS de adscripción, conforme al siguiente detalle:

- a) El familiar del paciente deberá presentarse ante la farmacia de la IPRESS de adscripción portando el DNI del asegurado y la receta médica otorgada por el médico tratante.
- b) El químico farmacéutico de la farmacia recibe, evalúa y valida la prescripción, de estar conforme prepara y selecciona productos, y registra su salida en el Sistema de Gestión Hospitalaria.
- c) El farmacéutico entregará al familiar los medicamentos y le brindará orientación e información sobre su uso.
- d) En caso las recetas presentadas presenten errores en su emisión, o de existir algún producto agotado que pueda ser sustituido por otro similar, el químico farmacéutico realizará las coordinaciones con el médico tratante o el jefe del servicio para subsanar los errores o generar una nueva receta, evitando con ello que el familiar deba efectuar trámites innecesarios o regresar en nueva fecha para recoger su medicina.

##### **4.5.1 Estrategia complementaria: Farmacias inclusivas**

Sin perjuicio de lo antes expresado, con la finalidad de contribuir a brindar una mejor atención a

los pacientes de PADOMI, se propone evaluar el mecanismo de las “Farmacias inclusivas”, que viene siendo desarrollado por el Seguro Integral de Salud (SIS) a sus pacientes adultos mayores<sup>62</sup>. La estrategia propone mejorar el acceso a medicamentos esenciales a los asegurados, mediante el cual las farmacias o boticas, adheridas a través de un procedimiento especial de contratación, podrán dispensar medicamentos sin costo a sus asegurados con enfermedades crónicas, que inicialmente considera a la hipertensión arterial y a la diabetes mellitus, ambas enfermedades atacan a los adultos mayores de 60 años, generando consecuencias irreversibles.

Las ventajas de involucrar al sector privado (farmacias o boticas) para que participen en el mecanismo de “Farmacias inclusivas”, incluye, además de mejorar la calidad en la atención, disminuir gastos (tiempo y dinero) en el recojo de los medicamentos más cercanos al domicilio y descongestionar las farmacias centralizadas, dotar de una atención personalizada a quienes recogen los medicamentos, a través del trato directo con el familiar en el que se le informa sobre la conservación de los medicamentos, orientándolos sobre la importancia del cumplimiento de la farmacoterapia, así como su continuidad para la salud del paciente, aspectos que resaltan la propuesta del nuevo PADOMI, en la medida que la atención varía y se centra en las necesidades del paciente-familiar.

De esa manera, desde la nueva propuesta nos permitimos plantear un piloto para que las unidades operativas denominadas Atención Domiciliaria e Itinerante de Salud –ADIS, en las tres redes asistenciales (Rebagliati, Almenara y Sabogal) puedan trabajar de manera conjunta con el sector privado (farmacias o boticas) a través de contratos de prestación del servicio, en el que los familiares de los pacientes de PADOMI puedan recoger las medicinas que les receta el médico de cabecera en las farmacias inclusivas. En este punto, a diferencia de la operatividad en el SIS, en la cual la prescripción de los medicamentos para las dos enfermedades señaladas se realiza en dos recetas, la primera que contiene tratamiento de un mes, atendida en la farmacia del establecimiento de salud pública, y la siguiente es dispensada en la farmacia inclusiva; en este caso, luego de la entrega de la receta en el domicilio del paciente por el médico de cabecera, el familiar ya no tendría que ir a la farmacia del Complejo Arenales (proceso actual), sino directamente a las farmacias inclusivas, ello en la medida que el tratamiento del paciente postrado en el domicilio involucra un conocimiento y tratamiento similar y permanente.

La dispensación del medicamento seguiría la lógica de las visitas domiciliarias en la cual la receta es emitida de manera mensual (treinta días calendario), de acuerdo al tratamiento, además, el

---

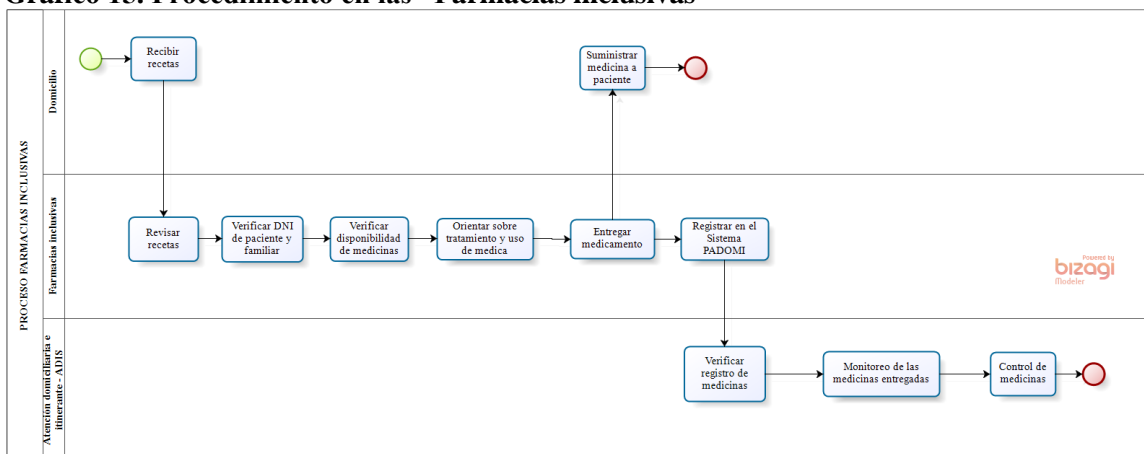
<sup>62</sup> Aprobado por el Decreto Legislativo N° 1165, que establece el mecanismo de “Farmacias inclusivas” para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS).

personal que trabaja en las “Farmacias inclusivas”, químico farmacéutico, realiza funciones especificadas en el contrato relacionadas con el seguimiento de la farmacoterapia del paciente a fin de que este pueda cumplir el tratamiento recomendado por el médico de cabecera, identificar los problemas que se puedan suscitar con el medicamento y brindar la información para la solución de estos.

Hay que tener en cuenta que EsSalud debe aprobar la relación de medicamentos que serán brindados por las “Farmacias inclusivas”, de acuerdo a la Denominación Común Internacional, debiendo estos ser incluidos en las compras de medicamentos que realiza EsSalud. Para efectos del PADOMI, la relación de medicamentos debe incluir todos los que requieran los pacientes, por lo que no se enfocaría solo en algunas enfermedades, sino en todas, en la medida que se cuenta con información detallada de los principales problemas médicos que sufren los pacientes. La relación de medicamentos deberá estar registrada, además, en el Sistema Informático de PADOMI, el cual se interconectará con la “Farmacia inclusiva”, por lo que el procedimiento de dispensación de medicamentos quedará registrado en el sistema de PADOMI de manera automática una vez que el familiar acuda a la “Farmacia inclusiva” con la receta y DNI, para su recojo. El registro del medicamento en el sistema informático de PADOMI, al cual tendrán acceso las “Farmacias inclusivas”, permitirá realizar el monitoreo y control del tratamiento de los pacientes por parte de las ADIS.

En esa medida, en términos generales el procedimiento que se seguiría en un piloto de las “Farmacias inclusivas” contratadas por las ADIS, sería el siguiente:

**Grafico 15. Procedimiento en las “Farmacias inclusivas”**



Fuente: Elaboración propia 2016.

Para efectos de la identificación de las “Farmacias inclusivas” por parte de los familiares de los pacientes PADOMI, estas tendrían que tener un distintivo que permita identificarlas, así como la

publicación de la relación de farmacias por parte de las IPRESS para conocimiento del público usuario.

#### **4.6 Proceso de apoyo al diagnóstico**

Tiene por objeto facilitar el acceso de los asegurados del PADOMI a las prestaciones de rayos X, ecografías y laboratorio, servicios que serán brindados en la IPRESS cercana al domicilio del paciente, en tanto EsSalud gestione la compra de equipos portátiles para la atención domiciliaria y se establezcan las medidas de seguridad para su traslado.

El proceso se ejecutará del modo siguiente:

- a) Una vez recibida la cita, el familiar cuidador deberá preparar al paciente para la visita del técnico de enfermería que acudirá al domicilio para la toma de muestra sanguínea, otros tipos de muestras tendrán que ser recolectados por el familiar y entregados en la IPRESS de adscripción para su procesamiento.
- b) El técnico de enfermería entrega las muestras de sangre en el Servicio de Laboratorio de la IPRESS para su proceso.
- c) Los resultados son registrados en el Sistema de Gestión Hospitalaria e informados al familiar cuidador vía correo electrónico, así también serán derivados a la Unidad de Archivo para su incorporación en la historia clínica del asegurado.
- d) En caso de rayos X y ecografía el paciente debe presentarse en el servicio de ayuda al diagnóstico; de requerir ambulancia para su traslado, un día previo a la cita, el familiar cuidador deberá comunicarse con Servicio Social para gestionarla.
- e) En el servicio de ayuda al diagnóstico se brindará un trato preferencial para la atención de los pacientes del PADOMI y se realizará la toma del examen.
- f) Los resultados serán reportados por el médico radiólogo, siendo registrados en el Sistema de Gestión Hospitalaria y serán comunicados al familiar cuidador vía correo electrónico y derivados a la Unidad de Archivo para ser incluidos en la historia clínica del paciente.

#### **4.7 Proceso de gestión de citas**

Tiene por finalidad tramitar y programar oportunamente las citas de control, interconsultas, exámenes de ayuda al diagnóstico y gestionar la referencia a otro nivel de atención, debiendo comunicar las citas a los familiares cuidadores para que adopten las medidas necesarias para garantizar la efectividad de la cita.

El proceso será ejecutado por un técnico administrativo asignado en exclusividad a gestionar las citas de los pacientes del PADOMI, quien desarrollará las siguientes actividades:

- a) El técnico recibe las historias clínicas y órdenes de citas, interconsultas o referencias de los

- pacientes visitados el día anterior.
- b) El técnico registrará en el Sistema de Gestión Hospitalaria cada cita y las comunicará al familiar cuidador vía telefónica y por correo electrónico, es recomendable utilizar herramientas como el envío de mensajes recordatorios de citas vía teléfonos móviles.
  - c) Si los pacientes citados requieren ambulancia para su traslado, el técnico administrativo realizará dicha solicitud a Servicio Social para que gestione en la fecha requerida la ambulancia.
  - d) La Asistente Social gestiona ante STAE el servicio de ambulancia para el traslado y coordina con el familiar cuidador.

#### **4.8 Registros médicos y control**

El proceso de registros médicos y control tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de las visitas programadas y efectuar una encuesta, a fin de reportar la ejecución real de las visitas para el pago correspondiente del personal asistencial, así como medir el grado de satisfacción del usuario respecto a la atención brindada.

El proceso será ejecutado por un técnico administrativo de la Oficina de Admisión, quien diariamente desarrollará los siguientes pasos:

- a) Recibir los partes de atención entregados por los profesionales de la salud, suscritos por el familiar cuidador.
- b) Llamar al familiar cuidador para verificar la atención y aplicar una encuesta sencilla.
- c) Registrar la atención en el Sistema de Gestión Hospitalaria y reportar información a la Oficina de Recursos Humanos para su pago.

De mediar incumplimiento de las visitas se reportarán dichas incidencias al Jefe del Servicio para que adopte las medidas correctivas que correspondan; las encuestas de satisfacción al usuario serán puestas de conocimiento al Director de la IPRESS y a la Oficina de Atención al Asegurado para la mejora continua.

#### **4.9 Proceso de capacitación al familiar cuidador y entrenamiento en salud**

Proceso que tiene por finalidad capacitar a los familiares cuidadores en técnicas básicas de cuidados de los adultos mayores, así como de la ejecución de procedimientos mínimos que pueden ser aplicados sin poner en riesgo la salud del paciente; además, ante la carencia de profesionales de la salud especialistas en el manejo de adultos mayores, se gestionará el entrenamiento y capacitación sobre los recursos disponibles.

Para tal efecto, el Jefe de Servicio Asistencial identificará el tipo de capacitación requerida y de entrenamiento en salud, según patologías de los pacientes inscritos en el PADOMI y gestionará su requerimiento ante la Unidad de Atención Domiciliaria de la Gerencia de Red Desconcentrada, que a su vez coordinará con la Escuela de Emergencia y Entrenamiento en Salud de la Gerencia de Oferta Flexible, para que elaboren un plan de capacitación y una programación de pasantías de los profesionales de salud en las técnicas requeridas para mejorar la atención de los pacientes adultos mayores, debiendo monitorearse los logros obtenidos con la capacitación o entrenamiento recibido.

##### **5. Sistema informático interconectado**

De manera complementaria es necesario contar con un sistema de información que contenga, entre otros, un aplicativo informático y un *reporteador* de información a distintos niveles, además de considerar un desarrollo en entorno web que facilite el uso de la información y teniendo en cuenta el esquema desconcentrado propuesto.

Si bien este aplicativo o su administración debe centralizarse en la sede del programa, debe ser construido de tal forma que permita asignar niveles de accesibilidad según la jerarquía de los usuarios, otra consideración importante es que la pantalla de ingreso de datos debe no solo contener reglas estrictas de consistencia sino que estas no puedan ser alteradas bajo ningún concepto ya que altera la rigurosidad de la información. Es necesario tener presente que la información no solo tiene por finalidad un registro estadístico si no que implica seguimiento a las atenciones brindadas.

El aplicativo informático debe contener: Un módulo de pacientes, que además de registrar los datos del paciente debe contener archivos de información como son un archivo de su DNI y un archivo la ubicación geográfica de su domicilio. Este módulo debe generar tanto la historia clínica del paciente como la programación de las visitas a él, un módulo de médicos, módulo de farmacia, módulo de ayuda diagnóstica, cuya base de datos debe contener el archivo de los resultados de los exámenes solicitados y las imágenes médicas correspondientes (tomografías, rayos x, etc.).

Este aplicativo debe estar alojado en el servidor central de la Red informática de EsSalud, a la que se podrá “acceder” desde terminales remotos en las Redes (Almenara, Rebagliati y Sabogal).



## Capítulo VI. Análisis Costo – Beneficio (ACB)

El conjunto de cambios propuestos en la presente investigación, en términos generales, constituye un plan de optimización de los procesos, el cual tendrá como resultado una oferta optimizada (situación optimizada), por lo cual es necesario realizar un análisis *ex ante* para determinar si el conjunto de cambios son deseables desde el punto de vista del bienestar social, bajo un nivel estimado aceptable de los resultados que se esperan obtener con la optimización. Con esta finalidad es necesario determinar de forma clara y precisa los cambios que se proponen en cada uno de los procesos, los cuales afectarán a los actores involucrados. De ese modo planteamos la siguiente matriz de cambios en el PADOMI.

**Tabla 12. Matriz de cambios propuestos en el PADOMI**

Proceso	Cambio 1	Cambio 2	Cambio 3
	Descripción	Descripción	Descripción
<b>Conjunto de Procesos</b>	(1) Se incrementará la mejora en la salud del paciente, por la implementación las recomendaciones propuestas	(2) Se transferirá presupuesto, por la desconcentración de los procesos de ADIS a IPRESS	(3) Se reordenarán los gastos en proveedores, por mayor compra de medicamentos y otros insumos con ahorro de otros procesos.
<b>Inscripción</b>	(4) Se ampliará el horario de atención	(5) Se reducirá el tiempo del proceso a la mitad, por la inscripción de oficio para la mitad de los casos	
<b>Programación asistencial</b>	(6) Se incrementará el tiempo de programación, por mayores coordinaciones al distribuir personal a las IPRESS	(7) Se incrementará el tiempo en acciones de monitoreo al personal médico distribuido a las IPRESS	
<b>Atención programada</b>	(8) Se reducirá el tiempo de traslado del médico, por la distribución del personal médico a las IPRESS	(9) Se reducirá el tiempo perdido en visitas no exitosas, por la confirmación previa con la familia	(10) Se reducirán costos de hospitalización, de emergencia y de consulta por la mejora del paciente
<b>Atención no programada</b>	(11) Se incrementará el número de médicos en cada turno de atención al día y el horario diario de atención de 12 a 24 horas	(12) Se reducirán costos del traslado del paciente al IPRESS, por la disposición de ambulancias por suscripción de convenios	
<b>Ayuda diagnóstica</b>	(13) Se reducirá el tiempo de atención trámite del familiar, por distribución de médicos de Arenales a las IPRESS		
<b>Dispensación de medicamentos</b>	(14) Se reducirá el tiempo en traslado a recoger medicamentos, por cambio del complejo Arenales a las farmacias de las IPRESS		
<b>Registro médico y control</b>	(15) Se reducirá el tiempo por correcto uso del registro de atenciones ejecutadas	(16) Se incrementará el tiempo por aplicación de encuesta telefónica a pacientes	
<b>Gestión de citas</b>	(17) Se incrementará el costo de las coordinaciones en citas, interconsultas, ayuda diagnóstico y similares		
<b>Capacitación al familiar</b>	(18) Se incrementará el costo en capacitaciones		

Elaboración: Propia

Podemos apreciar que en total los cambios a ser analizados son 18, los que se constituyen como los más importantes; cada uno de estos cambios afecta de forma negativa o positiva a uno o más actores involucrados, además, estos actores podrán verse afectados por uno más de estos cambios de forma simultánea, lo cual hace complejo el análisis.

En concordancia a lo mencionado, cuantificaremos en términos monetarios y de forma individual los beneficios y costos que generará cada uno de dichos cambios, haciendo dicho análisis para cada actor involucrado; de esta forma estimamos si el beneficio neto que obtendrá cada actor le será favorable o desfavorable. Luego procedemos a estimar el beneficio neto total de los cambios propuestos en la presente investigación, es decir, agregaremos los beneficios netos de todos los actores, con lo cual podremos obtener determinar si los cambios que proponemos son deseables desde el punto de vista del bienestar social.

Según lo descrito, los cálculos estimados para el beneficio total neto son los siguientes:

$$\frac{\text{Beneficio}}{\text{TotalNeto}} = \sum \text{BeneficioNeto}_{\text{ACTOR}_i}$$

Donde:  $\text{BeneficioNeto}_{\text{ACTOR}_i} = \sum \text{Beneficios}_{\text{ACTOR}_i} + \sum \text{Costos}_{\text{ACTOR}_i}$

$$i = \left[ \text{Asegurado}; \begin{matrix} \text{Familiadel} \\ \text{asegurado} \end{matrix}; \text{ADIS}; \text{IPRESS}; \begin{matrix} \text{Empresas} \\ \text{proveedoras} \end{matrix} \right]$$

Los cálculos basados en los cambios en los procesos y la metodología señalada se exponen de forma detallada a continuación.

- **ACB GLOBAL**

El Beneficio Neto Total y los Beneficios Netos por cada actor involucrado, según lo que previamente hemos definido, se muestran a continuación.

**Tabla 13: Matriz de Costos y Beneficios de la implementación de los cambios propuestos**

Actores involucrados	Beneficio (a)		Costo (b)		Beneficio Neto (a-b)
	Detalle	Valor estimado	Detalle	Valor estimado	
1. Asegurado	(1) Incremento de la mejora en la salud del paciente	S/. 50.257.367,23	-	S/. -	S/. 50.257.367,23
2. Familia del asegurado	(5) Ahorro de tiempo por inscripción de oficio	S/. 41.218,53	-	S/. -	S/. 41.929.342,22
	(12) Ahorro del costo del traslado de los paciente al IPRESS por convenios	S/. 17.886,15	-	S/. -	
	(13) Ahorro del tiempo de atención y trámite , por distribución de médicos a las IPRESS	S/. 4.189.895,30	-	S/. -	
	(14) Ahorro de tiempo en traslado a recoger medicamentos	S/. 37.680.342,24	-	S/. -	
3. "Atención Domiciliaria e Itinerante de Salud" (ADIS) (*)	(2) Reducción de costos, por desconcentración	A	(2) Transferencia de presupuesto a IPRESS, por desconcentración	A	S/. 1.801.130,88
	(5) Ahorro de tiempo por inscripción de oficio	S/. 96.984,78	(4) Mayor costo por ampliación del horario de atención	S/. 11.335,40	
	(8) Reducción del tiempo de traslado del médico, por distribución del personal a las IPRESS	S/. 2.031.269,50	(6) Incremento del tiempo de programación por mayores coordinaciones	S/. 317.391,30	
	(9) Reducción del tiempo perdido en visitas no exitosas	S/. 1.096.885,53	(7) Incrementará del tiempo en acciones de monitoreo	S/. 45.341,61	
	(15) Ahorro de tiempo por correcto uso del registro de atenciones ejecutadas	S/. 662.897,93	(11) Se incrementará el número de médicos en cada turno y el horario diario de atención	S/. 787.772,70	
	-	S/. -	(16) Se incrementará el tiempo por aplicación de encuesta telefónica a pacientes	S/. 73.655,33	
	-	S/. -	(17) Incremento de coordinaciones en citas, interconsultas, ayuda diagnóstico v similares	S/. 831.006,79	
	-	S/. -	(18) Incremento de costo en capacitaciones	S/. 20.403,73	
4. Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS)	(2) Transferencia de presupuesto del ADIS, por desconcentración	A	(2) Incremento de costos, por desconcentración	A	S/. -
5. Gerencia de Red Desconcentrada	(10) Ahorro de los costos de hospitalización, de emergencia y de consulta	S/. 23.263.957,92	-	S/. -	S/. 23.263.957,92
6. Empresas proveedoras	(3) Mayor compra de medicamentos y otros insumos	B	(3) Menor compra de insumos diversos en los procesos optimizados	B	S/. -
				<b>BENEFICIO NETO TOTAL</b>	S/. 117.251.798,25

Elaboración: Propia

De los resultados obtenidos podemos estimar que la implementación de nuestras propuestas de cambios en los procesos del PADOMI genera un Beneficio Neto Total de S/ 117'251,798.25, que resultan de sumar los beneficios netos de los 6 actores involucrados que se verán afectados.

Por tratarse de una propuesta de optimización los cambios no requieren utilizar recursos o financiamiento adicional, tal como hemos planteado en nuestras estimaciones, por lo cual la implementación de los cambios resulta viable.

De este modo podemos concluir que la optimización de los procesos del PADOMI genera una situación Pareto óptima<sup>63</sup> ya que el bienestar agregado aumenta sin reducir el bienestar de algún actor involucrado en el PADOMI.

### **6.1. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD (Productividad vs Nuevos afiliados)**

Partiendo del beneficio que obtendrá el ADIS, que se estimó en S/ 1'279,771.71, podemos analizar la viabilidad de la propuesta que planteamos de cambiar el requisito de edad para afiliarse al PADOMI, permitiendo que pacientes de 75 a 80 años de edad también puedan ser incluidos.

Al respecto, la selección de dichos nuevos afiliados se continuará haciendo bajo criterios de priorización según los casos de los pacientes y se hará en la medida que la inclusión de más afiliados no genere costos que excedan el ahorro obtenido por el ADIS. En dicho sentido, hemos hecho el siguiente análisis de sensibilidad para determinar la cantidad de nuevos afiliados que se podrían incluir entre 75 y 80 años tomando en consideración posibles cambios en la productividad de los médicos y los posibles incrementos de afiliados al programa.

Respecto a la productividad del médico, actualmente es de 10 atenciones en 06 horas, por lo cual, si esta aumentara generaría flujos monetarios positivos para el programa, es decir, ahorros; en caso de reducirse, generaría flujos negativos al programa.

Respecto al incremento de afiliados al programa, la inclusión de nuevos afiliados generará flujos negativos, mientras que la reducción generará flujos positivos al programa.

En términos netos, un incremento de afiliados al programa puede ser financiado por 2 fuentes: el ahorro conseguido por la optimización o el ahorro conseguido por el incremento de la productividad del médico. De tal modo para incremento de afiliados, sujeto a un determinado nivel de productividad se tendrá un saldo presupuestal del PADOMI, el cual, tal como ya hemos mencio-

---

<sup>63</sup> El criterio de Pareto indica que una situación es Pareto óptima (u óptima en el sentido de Pareto) si es posible mejorar el bienestar de alguien sin que nadie empeore el suyo. Esta situación se denomina, también, estado de eficiencia. Este criterio, establecido por el economista italiano Vilfredo Pareto, permite comparar distintas situaciones. (Medianero y Maúrtua, 2011, p.26)

nado, no debe generar costos que excedan al ahorro obtenido, debiendo obtenerse un flujo monetario positivo.

Este flujo monetario se define por la siguiente ecuación.

$$\text{Saldo presupuestal del PADOMI} = \text{Ahorro por la optimización} + \text{Ahorro por } \Delta \text{ de la productividad} + \text{Ahorro por } \Delta \text{ de \# de afiliados}$$

Para la simulación de escenarios, previamente hemos calculado que el Costo Variable del programa es S/ 66'701,194.00 el cual servirá para determinar el Ahorro por incremento de la productividad; además, para calcular el Ahorro por incremento del número de afiliados al programa hemos calculado que el Costo Marginal por paciente del PADOMI es de S/. 2,569.48, al año y hemos asumido rendimientos constantes.

Al efectuar el análisis obtenemos como resultado que para un nivel de productividad óptimo de 12 atenciones en 6 horas se obtendría un flujo monetario positivo de S/ 11.1 millones que al sumarlo al ahorro obtenido por la optimización, permitiría financiar la inclusión de poco más de 5,000 nuevos afiliados con una edad entre 75 y 80 años, quedando un pequeño saldo presupuestal de S/ 0.07 millones o S/ 70,000, aproximadamente.

En el caso de permanecer sin variaciones la productividad se podría financiar el ingreso de poco de 700 nuevos afiliados, obteniendo un saldo presupuestal casi nulo. Mientras que si la productividad se redujera a 8 atenciones en 6 horas sería necesario reducir el número de afiliados al PADOMI en 5,800, o en su defecto quedarían sin poder atenderse.

**Tabla 14: Análisis de sensibilidad –  $\Delta$ Productividad vs  $\Delta$ Afiliados**

		Flujo (millones de soles)	Nuevos afiliados (número)				
			-5,800	-2,200	700	3,000	5,000
Productividad (número de atenciones)	8	S/ - 19.7	<b>0.03</b>	-9.22	-16.67	-22.58	-27.72
	9	S/ - 7.4	9.29	<b>0.04</b>	-7.41	-13.32	-18.46
	10	S/ 0.0	16.70	7.45	<b>0.00</b>	-5.91	-11.05
	11	S/ 6.1	22.77	13.52	6.07	<b>0.16</b>	-4.98
	12	S/ 11.1	27.82	18.57	11.12	5.21	<b>0.07</b>

**Elaboración:** Propia

En conclusión, podemos afirmar que nuestras propuestas de optimización son viables en términos de su implementación, financieramente sostenibles y óptimas en el sentido de Pareto.

## 6.2. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO A DETALLE

- **ACB DEL ASEGURADO**

### **(1) Incremento de la mejora en la salud del paciente, por la implementación de las recomendaciones propuestas**

La cuantificación monetaria de la “mejora en la salud” del paciente que se obtendría de implementar las recomendaciones requeriría emplear algún método de valorización, como por ejemplo la valorización contingente, debido a que es un bien para el cual no existe un mercado en el cual obtenerla de forma directa<sup>64</sup>; por lo anterior, dicho análisis, por su nivel de complejidad, deberá ser materia de un nuevo estudio.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, y sin perder rigurosidad en el análisis, se puede inferir que dicha valorización tendrá un umbral mínimo, situación que se dará en el caso extremo en que el paciente y los familiares (la familia en su conjunto) no valoren que el paciente acceda a una mejora en su salud, es decir, que la familia sea indiferente entre que el paciente mejore su salud o no. Aprovechando esto, calcularemos la valorización mínima por la mejora en la salud, que se presentará en el umbral mínimo; en dicha situación la valoración subjetiva será nula, quedando únicamente la valoración objetiva.

De esta forma:

$$\text{Valoración Total} = \text{Valoración Subjetiva} + \text{Valoración Objetiva}$$

En el umbral mínimo:

$$\text{Valoración Total} = \text{Valoración Objetiva}$$

Al analizar la situación del umbral mínimo, debemos considerar que “la mejora en la salud del paciente” genera como efecto directo el incremento en la esperanza de vida (EV) de los pacientes afiliados al PADOMI<sup>65</sup>. A partir de esto, bajo el supuesto de racionalidad,

---

<sup>64</sup>La “mejora en la salud”, entendida como un incremento positivo en el estado de salud de una persona, es un bien valorado por las personas en general; sin embargo, la no existencia de un mercado de mejora en la salud genera que las personas recurran a otros medios para proveerse de este bien, siendo el más extendido en la actualidad el servicio médico, para el cual si existe un mercado. Cabe aclarar que el servicio médico no provee de mejora en la salud, sino provee de diagnósticos, procedimientos y recomendaciones que pueden propiciar la obtención de la mejora en la salud del paciente con un nivel de probabilidad.

<sup>65</sup> La premisa que “la mejora en la salud del paciente” genera un impacto positivo en la esperanza de vida se sostiene

evidenciamos que la familia sí presentará una valoración objetiva por la mejora en la salud, ya que gracias a ello el paciente seguirá proveyendo un ingreso mensual por medio de la pensión de jubilación que recibirá del sistema previsional al cual esté afiliado, la cual seguirá haciéndose efectiva durante el tiempo de vida adicional que pueda obtener el paciente a consecuencia de las mejoras en el PADOMI. De esta forma la valoración mínima estará definida por el valor monetario de la pensión que recibe el paciente de forma mensual.

Adicionalmente a lo anterior, debemos de considerar que, además de los pacientes actualmente afiliados al PADOMI, los afiliados a Essalud en condición de jubilado también tendrán una valoración por “la mejora en salud del paciente”, ya que eventualmente también podrán solicitar su inscripción en el PADOMI en el momento en que por su condición de salud lo requieran (cuando cumplan los requisitos necesarios), por lo cual tendrán la expectativa de obtener los beneficios de “la mejora en salud del paciente” en un futuro. Esto genera que el incremento en la EV afecte tanto al afiliado a Essalud que actualmente está afiliado al PADOMI (año 2016) así como a aquel que sería inscrito en el programa dentro de 5, 10 o más años.

Para determinar el incremento en la EV es necesario evaluar las estadísticas nacionales. Actualmente, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la EV promedio nacional para los hombres es de 72 años y para las mujeres es 77.3 años, resultando un promedio nacional general de 74.6 años<sup>66</sup>; sin embargo, es previsible que la esperanza de vida de los jubilados afiliados a Essalud sea mayor. Al respecto nos remitiremos a los valores estimados de EV que calculó y pre publicó la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's (SBS)<sup>67</sup>, según los cuales, la EV de los jubilados hombres es 87 años y para las mujeres es 90 años. Debido a esto tomaremos como punto de partida que la EV para un jubilado afiliado a Essalud es de 88 años, tomando en consideración la mayor proporción de hombres.

A partir de lo anterior podemos evidenciar que el incremento en la esperanza de vida por encontrarse en Essalud es aproximado a 13.4 años<sup>68</sup>, lo cual evidencia que tener acceso a

---

en que el acceso a la salud en general genera dicho efecto, lo cual se sostiene ampliamente en múltiples estudios. Esto será desarrollado de forma intuitiva párrafos adelante.

<sup>66</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (Noviembre 2015). *Nota de Prensa N° 188-10 de noviembre 2015*. Recuperado de: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n188-2015-inei.pdf>

<sup>67</sup> Hemos tomado las Tablas de Mortalidad pre publicadas en octubre de 2015 por la SBS, debido a que estas fueron objeto de un estudio técnico. Resulta no relevante que por aspectos políticos no fueron implementadas. Recuperado de: <http://gestion2.e3.pe/doc/0/0/1/1/7/117866.pdf>

<sup>68</sup> Considerando que el valor promedio nacional de la esperanza de vida incluye a afiliados y no afiliados a Essalud, podemos deducir que al desagregar la esperanza de vida quienes están afiliados a Essalud tendrá una esperanza de vida superior al promedio nacional y quienes no lo estén tendrán una esperanza de vida por debajo del promedio nacional,

la salud por medio del seguro de Essalud tiene un impacto positivo en la EV de los afiliados, con lo cual podemos reforzar la inferencia de un efecto positivo en la EV como resultado de “la mejora en salud del paciente” por la implementación de las mejoras propuestas en el PADOMI. Sin embargo, la determinación de la magnitud que tendría dicho incremento en la EV, medido en meses o años, es un análisis que, por su nivel de complejidad, deberá ser materia de un nuevo estudio.

No obstante, para efectuar los fines de los cálculos, hemos asumido que el incremento en la EV será como mínimo de 12 meses, trabajando bajo un escenario pesimista respecto al resultado que podría obtenerse al estimar dicho incremento.

Metodológicamente aplicaremos la técnica de valor presente (VP) a los ingresos adicionales que recibirán las familias durante 12 meses por la pensión de jubilación, que son los meses en los cuales se incrementará como mínimo la EV del jubilado afiliado a Essalud. Al respecto, hemos advertido que para este cálculo debemos determinar cuál es la cantidad de años que le falta a cada afiliado para obtener dichos ingresos adicionales, ya que el VP de la valoración mínima de “la mejora en salud del paciente” necesariamente será diferente para los jubilados que tienen 65 años (recién jubilados), para quienes tienen 75 años (edad mínimo para estar inscrito en el PADOMI) o para quienes tengan 88 años (edad similar a la EV para un jubilado afiliado), luego de lo cual se puede obtener la sumatoria del VP de cada afiliado. Sin embargo, para determinar la cantidad de años que le falta a cada jubilado afiliado para obtener dichos ingresos se requiere no solo su edad sino también su esperanza de vida, lo cual no es posible determinar.

Dado lo anterior estamos optando por trabajar en términos agregados, lo cual nos permitirá obtener el mismo resultado. De este modo, se determinará la diferencia promedio entre la edad del jubilado afiliado a Essalud y su EV que tienen, que equivale al promedio de años que le falta a los jubilados afiliados para obtener los ingresos adicionales.

El cálculo señalado lo hemos realizado según lo descrito en la siguiente tabla:

---

tomando en consideración que la gran mayoría de quienes no estén afiliados a Essalud no tendrán un seguro de salud o lo tendrán por medio del Seguro Integral de Salud (SIS).



**Tabla 15: Jubilados afiliados a Essalud por rangos de edad**

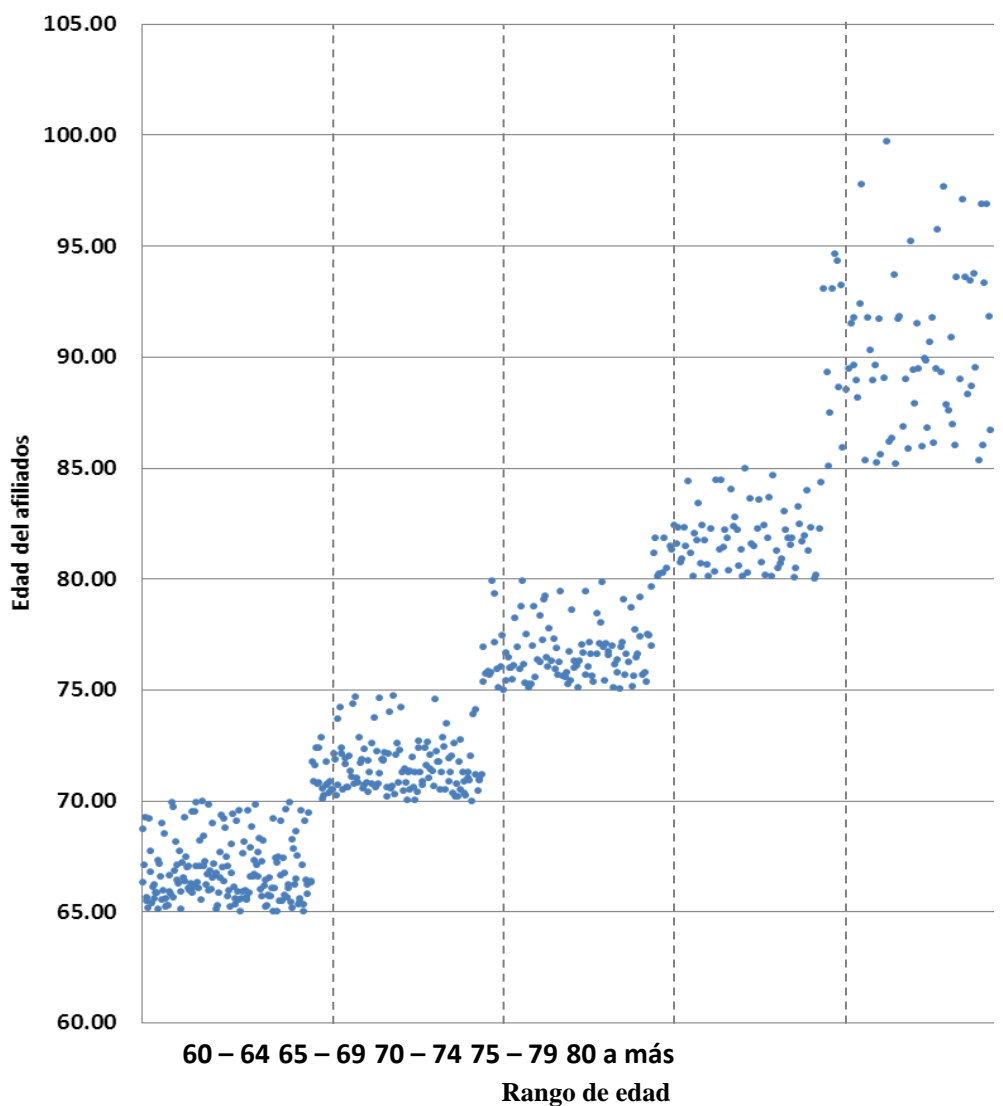
Rango de edad	Población afiliada a Essalud, año 2016 (estimada)	Edad promedio (años) (estimada)
65-69	178,850.76	66.84
70-74	137,757.20	71.87
75-79	109,134.80	76.90
80-84	79,287.48	81.77
85 a más (*)	74,548.00	90.59

\*Se asume una edad máxima de 100 años.

Elaboración: Propia

En la siguiente imagen vemos la dispersión de los afiliados dentro de cada rango de edades, donde para cada rango corresponde una edad promedio.

**Gráfico 16: Dispersión de la población afiliada a Essalud, año 2016 (estimada)**



Elaboración: Propia

A partir de los datos poblacionales de las edades obtenemos la edad promedio de los afiliados, con lo cual se puede determinar el valor promedio de la diferencia que existe entre la edad de cada jubilado y la EV que tiene. Los resultados se exponen en la siguiente tabla.

**Tabla N°16: Promedio de años para que el afiliado llegue a la edad de su EV**

Edad promedio de los jubilados afiliados (estimada)	Esperanza de vida del afiliado en años (*)	Diferencia promedio entre la edad del jubilado afiliado a Essalud y su EV
74.65	88.00	13.35

\*Estimado según datos de la SBS.

Elaboración: Propia

Además, es necesario determinar el valor promedio de las pensiones de los jubilados afiliados a Essalud, para lo cual se ha tomado información de la Asociación de AFP's del Perú<sup>69</sup> obteniéndose los resultados de las siguientes tablas.

**Tabla N° 17: Pensiones por Sistema Previsional**

Sistema previsional	Número de pensionistas	Monto de la pensión por jubilación
AFP	164,438	1,087
ONP	551,790	687

Elaboración: Propia

**Tabla N°18: Pensión promedio**

Pensión promedio (octubre 2016)
S/ 778.84

Elaboración: Propia

Para descontar los flujos nominales se ha tomado la tasa de descuento social (TDS) que define el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la cual se ha ajustado por inflación, donde se ha tomado como inflación de largo plazo la cota superior del rango de la meta de inflación que define el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP)<sup>70</sup>.

**Tabla N°19: Tasa Social de Descuento (TDS)**

TDS real anual (A)	Inflación máxima de largo plazo (B)	TDS nominal anual (A+B)	TDS nominal mensual <sup>71</sup>
9.12%	3.00%	12.12%	0.73%

Elaboración: Propia

<sup>69</sup> Asociación de AFP's del Perú (Octubre, 2016). *Resumen Ejecutivo del Sistema Privado de Pensiones al 28 de octubre del 2016*. Recuperado de: [http://www.asociacionafp.com.pe/wp-content/uploads/RREE\\_SPP-SNP\\_28102016.pdf](http://www.asociacionafp.com.pe/wp-content/uploads/RREE_SPP-SNP_28102016.pdf)

<sup>70</sup>Banco Central de Reserva del Perú (Junio, 2016). *Reporte de Inflación - Junio 2016: Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2016-2018*. Recuperado de: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2016/junio/reporte-de-inflacion-junio-2016.pdf>

<sup>71</sup>Calculado según la siguiente fórmula financiera:  $i_{mensual} = \left[ (1 + i_{anual})^{1/12} \right] - 1$

Donde:

- i: tasa de descuento social

A partir de la determinación de la TSD nominal mensual ya contamos con todos los datos necesarios para realizar nuestro cálculo de interés.

Finalmente efectuamos el cálculo del VP mínimo de los ingresos adicionales que obtendrá en promedio una familia por la “mejora en la salud del paciente” por la implementación de las mejoras propuestas en el PADOMI que hacemos en la presente investigación.

Para esto descontamos los flujos monetarios de dichos ingresos adicionales al periodo en el cual el jubilado afiliado a Essalud empieza a recibirlos, para luego traer a VP el monto resultante.

**Tabla N°20: Descuento<sup>72</sup> de ingresos adicionales por pensión del jubilado afiliado a Essalud al periodo inicial en que empieza a recibirlos**

TDS nominal mensual	Pensión promedio (octubre 2016)	Número de meses adicionales que recibirá la pensión	VP al periodo en que empiezan los 12 meses de EV adicional
0.73%	S/ 778.84	12	S/ 8,917.28

Elaboración: Propia

**Tabla N°21: Valor Presente<sup>8</sup> mínimo de la “mejora en la salud del paciente” para un jubilado afiliado a Essalud promedio**

TDS nominal anual	VP al periodo en que empiezan los 12 meses de EV adicional	Diferencia promedio entre la edad del jubilado afiliado/a Essalud y su EV	VP al 2016
12.12%	S/ 8,917.28	13.35	S/ 1,936.03

Elaboración: Propia

De este modo, bajo las consideraciones expuestas previamente, se estima que un jubilado afiliado a Essalud valorará la “mejora en la salud del paciente” por la implementación de las mejoras propuestas en el PADOMI en un monto aproximado mínimo de 1,936.03 soles.

Por último, del nivel individual estimamos el valor agregado del beneficio mínimo de “mejora en la salud del paciente”, el cual resulta ser un valor esperado de 50.257 millones de soles, el cual es el beneficio neto que obtendría el paciente afiliado al PADOMI.

<sup>72</sup>Calculado según la siguiente fórmula financiera:

$$VP = F * \left[ \frac{(1+i)^n - 1}{i * (1+i)^n} \right]$$

Donde:

- VP: valor presente del flujo mensual
- F: flujo monetario mensual constante
- i: tasa de descuento social nominal mensual
- n: número de meses

**Tabla N°22: Beneficio total mínimo de la “mejora en la salud del paciente”**

Número de afiliados a Essalud, año 2016 (estimado)	Porcentaje de afiliados al PADOMI respecto al total de jubilados afiliados a Essalud	VP mínimo agregado de todos los afiliados a Essalud (valor esperado)
579,578.24	4.48 %	S/. 50,257,367.23

Elaboración: Propia

- **ACB DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO**

Antes de continuar con el análisis calculamos el ingreso salarial por hora de cada agente que participa en los procesos del PADOMI, los cuales se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 23: Ingreso Diario por periodo según agente**

Agente	Mensual (soles)	Diario (soles)	Por hora (soles)
Familiar	850.00	36.96	4.62
Médico	11,031.22	479.62	59.95
Enfermeras	8,603.10	374.05	46.76
Administrativo	4,000.00	173.91	21.74

Elaboración: Propia

Estos salarios por hora servirán para hacer los cálculos que efectuaremos en adelante.

**(5) Ahorro de tiempo por inscripción de oficio**

Previamente determinamos que el número esperado de inscripciones será de 5,948 al año.

**Tabla 24: Número de Inscripciones en el PADOMI por año**

	2011	2012	2013	2014	2015	Promedio esperado
Inscripciones en el PADOMI al año	6,062	5,257	6,202	6,257	5,964	5,948

Elaboración: Propia

La implementación de una nueva modalidad de inscripción al PADOMI, la cual será de oficio, permitirá que al menos la mitad de inscripciones se realice por medio de esta modalidad, teniendo como resultado que el trámite se reduzca, pasando de 2 a 1 día.

Esto generará un beneficio de S/ 41,218.53, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 25: Análisis según Modalidad de inscripción**

Situación Actual	Nº de días	Nº de horas	Nº total de horas	Salario mínimo por hora del familiar	Salarios consumidos en el proceso	Nº de inscripciones al año	Costo
Sin inscripción de oficio	2	3	6	S/4.62	S/ 27.72	2974	S/ 82,437.07
Con inscripción de oficio	1	3	3	S/4.62	S/13.86	2974	S/ 41,218.53

Elaboración: Propia

### (12) Ahorro del costo del traslado de los pacientes al IPRESS por convenios

Previamente determinamos el número de emergencias de paciente de 80 años a más, obteniendo un total de 21,199 casos al año.

**Tabla 26: Población que acude a los Establecimientos de salud por grupo de edad según tipo de atención**

Tipo de Atención	65-69	70-74	75-79	80-84	85 amás	Año 2015	Año 2015 (80 a más años)
Consulta externa	31,355	29,535	26,310	18,861	12,329	118,390	31,190
Emergencia	15,000	13,779	13,311	11,081	10,118	63,289	21,199
Hospitalización	4,802	4,593	4,414	3,606	3,355	20,770	6,961

Elaboración: Propia

Adicionalmente debemos tomar en cuenta que solo el 16.87% de los afiliados a Essalud con más de 80 años pertenecen al PADOMI, dando un total de 3,577 casos al año.

La implementación de convenios para el traslado de paciente del PADOMI cuando presenten casos de emergencia que obligue a que sean trasladados a IPRESS más cercano, permitirá que al menos en la mitad de casos la familia ahorre el costo del traslado, teniendo como resultado un beneficio de S/ 17,889.15, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 27: Análisis de costos por traslado - situación actual**

Situación actual	Costo en el traslado	Número de casos al año	Costo Total en Traslado
Con transporte conseguido por el familiar	S/ 10.00	3,577	S/35,772.30

Elaboración: Propia

**Tabla 28: Análisis de costos por traslado - situación optimizada**

Situación optimizada	Costo en el traslado	Número de casos al año	Costo Total en Traslado
Con transporte mediante convenio	S/ 10.00	1,789	S/17,886.15

Elaboración: Propia

### (13) Ahorro del tiempo de atención y trámite del familiar, por distribución de médicos del complejo Arenales a las IPRESS

Previamente determinamos el número de ayudas diagnósticas de paciente del PADOMI, obteniendo los siguientes valores esperados.

**Tabla 29: Número de atenciones por año según tipo de ayuda diagnóstica**

Tipo de ayuda diagnóstica	2012	2013	2014	2015	Promedio esperado
Laboratorio	313,142	412,349	459,258	448,315	408,266
Radiología	9,990	11,324	12,343	15,204	12,215
Procedimientos médicos	5,419	4,881	4,610	6,012	5,230

Elaboración: Propia

La distribución de los médicos encargados de efectuar las ayudas diagnósticas, desde la sede de la av. Arenales a las IPRESS y la reducción de casos en que se tenía que regresar un segundo día para la atención, estimado de 25% a 10% de casos, permitirá que el tiempo que gasta la familia en trasladarse hasta el centro de atención se reduzca considerablemente, teniendo como resultado un beneficio de S/. 4'189,895.30, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 30: Análisis de tiempos y costos producto de la ejecución de trámites – Situación actual**

Situación Actual	Nº de días	Nº de horas (aprox.)	Nº total de horas	Salario mínimo por hora del familiar	Salarios consumidos en el proceso	Número de casos al año	Costo
Laboratorio	1.25	2.5	3.125	S/ 4.62	S/ 14.44	408,266	S/5,893,785.67
Radiología	1.25	5	6.25	S/ 4.62	S/ 28.87	12,215	S/352,682.15
Procedimientos médicos	1.25	5	6.25	S/ 4.62	S/ 28.87	5,230	S/151,016.47

Elaboración: Propia

**Tabla 31: Análisis de tiempos y costos producto de la ejecución de trámites – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de días	Nº de horas (aprox.)	Nº total de horas	Salario mínimo por hora del familiar	Salarios consumidos en el proceso	Número de casos al año	Costo
Laboratorio	1.1	1	1.1	S/ 4.62	S/ 5.08	408,266	S/ 2,074,612.55
Radiología	1.1	1.5	1.65	S/ 4.62	S/ 7.62	12,215	S/ 93,108.09
Procedimientos médicos	1.1	1.5	1.65	S/ 4.62	S/ 7.62	5,230	S/39,868.35

Elaboración: Propia

**(14) Ahorro de tiempo en traslado a recoger medicamentos, por cambio del complejo Arenales a las farmacias inclusivas**

Previamente determinamos el número de recetas despachadas a los pacientes del PADOMI, obteniendo el siguiente valor esperado.

**Tabla 32: Número de recetas despachadas por año**

Tipo de ayuda diagnóstica	2012	2013	2014	2015	Promedio esperado
Recetas despachadas	2'247,671	2'451,139	2'463,393	2'433,898	2'399,025

Elaboración: Propia

El cambio en la entrega de los medicamentos, que pasaría de la sede de la av. Arenales a las farmacias de las IPRESS y la reducción de casos en que se tenía que regresar un segundo día por la no disponibilidad de todos los medicamentos, estimado de 50% a 10% de casos, permitirá que el tiempo que gasta la familia en trasladarse hasta el centro de entrega de los medicamentos se reduzca fuertemente, siendo este el principal problema que actualmente afecta a los familiares, quienes pierden innumerable horas laborales para obtener los medicamentos; esto tendrá como resultado un beneficio de S/. 37'680,342.24, cuyos cálculos respectivos se detallan a continuación.

**Tabla 33: Análisis de costos por traslado para recojo de medicamentos - Completo Arenales**

Situación Actual	Nº de días	Nº de horas	Nº total de horas	Salario mínimo por hora del familiar	Salarios consumidos en el proceso	Nº de despachos al año	Costo
Traslado hasta el Complejo Arenales	1.5	3	4.5	S/. 4.62	S/. 20.79	2'399,025	S/ 49,871,041.20

Elaboración: Propia

**Tabla 34: Análisis de costos por traslado para recojo de medicamentos en IPRESS**

Situación Optimizada	Nº de días	Nº de horas	Nº total de horas	Salario mínimo por hora del familiar	Salarios consumidos en el proceso	Nº de despachos al año	Costo
Traslado hasta Farmacias de las IPRESS	1.1	1	1.1	S/ 4.62	S/ 5.08	2'399,025	S/ 12,190,698.96

Elaboración: Propia

Como resultado de estos 4 cambios positivos la familia del afiliado al PADOMI obtendría un beneficio neto de S/ 41'929,342.22.

- **ACB DEL "ATENCIÓN DOMICILIARIA E ITINERANTE DE SALUD" (ADIS)**

Al referirnos al ADIS hacemos referencia a las 03 unidades orgánica encargadas de garantizar la cobertura de atención domiciliar que forman parte de las 03 Gerencias de Red Desconcentrada de Lima y Callao, de Essalud. Este actor involucrado se ve afectado de forma positiva y negativa por diversos cambios, los cuales se detallan en adelante.

**(2) Se transferirá presupuesto, por la desconcentración de los procesos de ADIS a IPRESS**

En este punto, tomamos en consideración que el ADIS tendrá un beneficio presupuestal que constituirá el ahorro presupuestal resultante de no realizar diversas actividades por la desconcentración de procesos, sin embargo, dicho ahorro será transferido a las IPRESS, ya que estas asumirán dichas actividades desconcentradas. Eso tendrá como resultado un beneficio neto nulo para el actor involucrado.

**(4) Mayor costo por ampliación del horario de atención**

Actualmente el horario de atención tiene un horario de 8:00 am a 12:00 m, de lunes a viernes, por lo cual se ampliaría por medio de un horario adicional de 2:00 pm a 4:00 pm; esto tendría como efecto un incremento en el costo de S/ 11,335.40, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 35: Análisis de costos por ampliación de horarios de atención – Situación actual**

Situación Actual	Nº de administrativos que atienden	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de días de atención al año	Costo
Horario de 8am a 12m	1	4	S/ 21.74	S/ 86.96	261	S/ 22,670.81

Elaboración: Propia

**Tabla 36: Análisis de costos por ampliación de horarios de atención- Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de administrativos que	Nº total	Salario por	Salarios consumidos en el	Nº de días de atención	Costo
----------------------	---------------------------	----------	-------------	---------------------------	------------------------	-------



	atienden	de ho- ras	hora del admi- nistrativo	proceso	al año	
Horario de 8am a 12m y de 2pm a 4pm	1	6	S/ 21.74	S/ 130.43	261	S/ 34,006.21

Elaboración: Propia

#### (5) Ahorro de tiempo por inscripción de oficio

La implementación de una nueva modalidad de inscripción al PADOMI, la cual será de oficio, permitirá que al menos la mitad de inscripciones se realice por medio de esta modalidad, teniendo como resultado que se reduzca el costo del trámite, generando un beneficio de S/ 96,984.78, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 37: Análisis de ahorro por inscripciones de oficio - Situación actual**

Situación Actual	Nº de días	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de inscripciones al año	Costo
Sin inscripción de oficio	2	1	2	S/ 21.74	S/ 43.48	2974.2	S/ 129,313.04

Elaboración: Propia

**Tabla 38: Análisis de ahorro por inscripciones de oficio - Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de días	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de inscripciones al año	Costo
Con inscripción de oficio	1	0.5	0.5	S/21.74	S/10.87	2974	S/ 32,328.26

Elaboración: Propia

#### (6) Incremento del tiempo de programación por mayores coordinaciones

La implementación de la desconcentración de actividades a las IPRESS hace necesaria la mayor coordinación de las actividades que realizan los médicos que partirán desde las IPRESS hacia los domicilios de los afiliados al PADOMI, con dicha finalidad se pasará de tener 2 trabajadores administrativos en la sede del complejo Arenales realizando dicha labor a 6, distribuyéndose en 2 por cada Red Desconcentrada, quienes dentro de estas actividades también realizarán las llamadas de confirmación con los familiares del beneficiario del programa.

Esto generará un costo de S/ 317,391.30, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 38: Análisis de ahorro sin traslado de médicos - Situación actual**

Situación Actual	Nº de administrativos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de días de atención al año	Costo
Sin traslado de médicos a IPRESS	2	8	16	S/ 21.74	S/. 347.83	261	S/. 90,683.23

Elaboración: Propia

**Tabla 39: Análisis de ahorro con traslado de médicos - Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de administrativos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de días de atención al año	Costo
Con traslado de médicos a IPRESS	6	12	72	S/ 21.74	S/ 1,565.22	261	S/ 408,074.53

Elaboración: Propia

**(7) Incremento del tiempo en acciones de monitoreo**

La implementación de la propuesta de realizar visitas inopinadas de verificación de asistencia del personal programado, que estará a cargo de la Oficina de Recursos Humanos, generará que se destine a un trabajador administrativos que la realice, quien hará el monitoreo a los médicos de las 3 Redes Desconcentradas en sus atenciones domiciliarias; dentro de sus actividades el trabajador administrativo reportará los resultados de cómo mínimo 15 visitas, haciendo un informe que permitirá una mejor programación y/o el inicio de procesos administrativos disciplinarios en los casos que corresponda.

Esto generará un costo de S/. 45,341.61, según los cálculos que se detallan a continuación; cabe aclarar que solo se presenta la situación optimizada por ser una nueva actividad.

**Tabla 40: Análisis de costos de las acciones de monitoreo – situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de administrativos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de días de atención al año	Costo
Tiempo en monitoreo	1	8	8	S/ 21.74	S/ 173.91	261	S/ 45,341.61

Elaboración: Propia

**(8) Reducción del tiempo de traslado del médico, por distribución del personal a las IPRESS3**

Previamente determinamos el número de visitas domiciliarias a los pacientes del PA-DOMI, obteniendo el siguiente valor esperado.

**Tabla 41: Número de visitas domiciliarias por año**

	2012	2013	2014	2015	Promedio esperado
Visitas domiciliarias	331,362	338,355	331,492	354,049	338,815

Elaboración: Propia

Adicionalmente, debemos tomar en cuenta que en cada traslado hasta la zona donde realizarán las atenciones, se llevan a cabo 10 visitas domiciliarias.

La implementación de la desconcentración de actividades a las IPRESS generará que los médicos ya tengan que trasladarse desde la sede del complejo Arenales hasta la zona en la que realizará sus visitas domiciliarias, lo cual genera pérdidas por las horas muertas del médico mientras se traslada, ya que durante ese tiempo se le está remunerando el alto salario que tiene asignado.

Esto generará un beneficio de S/ 2'031,269.50, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 42: Análisis de los costos por desplazamiento de los médicos – Situación actual**

Situación Actual	Nº de médicos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del médico	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Traslado desde Arenales	1	2	2	S/ 59.95	S/ 119.90	33881.45	S/ 4,062,539.00

Elaboración: Propia

**Tabla 43: Análisis de los costos por desplazamiento de los médicos – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de médicos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del médico	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Traslado desde IPRESS	1	1	1	S/ 59.95	S/ 59.95	33881.45	S/ 2,031,269.50

Elaboración: Propia

**(9) Reducción del tiempo perdido en visitas no exitosas, por la confirmación previa con la familia**

Se estima que el 10% de las visitas domiciliarias resultan ser no exitosas debido a la falta de coordinación previa con la familia sobre el día y hora de la visita del médico, sin embargo, esto se verá reducido a un 1% por las mayores coordinaciones vía telefónica ya mencionadas.

Previamente determinamos el número de visitas domiciliarias a los pacientes del PADOMI, obteniendo el siguiente valor esperado.

**Tabla 44: Número de visitas domiciliarias no exitosas por año**

	2012	2013	2014	2015	Promedio esperado
Visitas no exitosas	33,136	33,836	33,149	35,405	33,881

Elaboración: Propia

La reducción de visitas domiciliarias no exitosas generará un beneficio de S/ 1'096,885.53, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 45: Análisis de los costos de las visitas exitosas- Situación actual**

Situación Actual	Nº de médicos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del médico	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Con confirmación telefónica	1	0.6	0.6	S/ 59.95	S/ 35.97	33,881	S/ 1'218,761.70

Elaboración: Propia

**Tabla 46: Análisis de los costos de las visitas exitosas – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de médicos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del médico	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Con confirmación telefónica	1	0.6	0.6	S/ 59.95	S/ 35.97	3388	S/ 121,876.17

Elaboración: Propia

**(11) Se incrementará el número de médicos en cada turno de atención no domiciliaria al día y el horario diario de atención de 12 a 24 horas**

La propuesta de implementar la atención no domiciliaria durante las 24 horas con más médicos en servicio, implicará que se pase de 2 turnos con 1 médico por cada uno a 4 turnos con 2 médicos en cada uno, gracias a lo cual muchos afiliados al PADOMI no deberán recurrir a emergencia para ser atendidos o en su defecto tener que superar su emergencia o urgencia sin acceder a la atención médica necesaria.

Esto generará un costo de S/ 787,772.70, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 47: Análisis de los costos por incremento de médicos para la atención – Situación actual**

Situación Actual	Nº de médicos	Nº de horas x turno	Nº total de horas	Salario por hora del médico	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Atención actual	2	6	12	S/ 59.95	S/ 719.43	365	S/ 262,590.90

Elaboración: Propia

**Tabla 48: Análisis de los costos por incremento de médicos para la atención – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de médicos	Nº de horas x turno	Nº total de horas	Salario por hora del médico	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Con mayor atención	8	6	48	S/ 59.95	S/ 2,877.71	365	S/ 1,050,363.59

Elaboración: Propia

#### (15) Ahorro de tiempo por correcto uso del registro de atenciones ejecutadas

La propuesta de asegurar que los médicos realicen el correcto registro de las atenciones por medio de los dispositivos móviles, pasando de un 50% al 95% de atenciones domiciliarias, permitirá ahorrar el tiempo que se emplea actualmente en registrar las atenciones médicas en la sede por medio de los trabajadores administrativos.

Esto generará un costo de S/ 662,897.93, según los cálculos que se detallan a continuación.

**Tabla 49: Análisis de los costos por el uso de dispositivos móviles – Situación actual**

Situación Actual	Nº de administrativos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Bajo uso de dispositivos móviles	1	0.2	0.2	S/ 21.74	S/ 4.35	16,9407	S/ 736,553.26

Elaboración: Propia

**Tabla 50: Análisis de los costos por el uso de dispositivos móviles – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de administrativos	Nº de horas	Nº total de horas	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Alto uso de dispositivos móviles	1	0.2	0.2	S/ 21.74	S/ 4.35	16,941	S/ 73,655.33

Elaboración: Propia

**(16) Se incrementará el tiempo por la implementación de encuesta telefónica a pacientes**

La implementación de la propuesta de realizar encuestas telefónicas a los pacientes de atenciones domiciliarias generará que se destinen a trabajadores administrativos a su realización; dichas encuestas se realizarán según las técnicas estadísticas, por lo cual se aplicarán a una muestra que como máximo será el 5% del total de visitas domiciliarias.

Esto generará un costo de S/ 73,655.33, según los cálculos que se detallan a continuación; cabe aclarar que solo se presenta la situación optimizada por ser una nueva actividad.

**Tabla 51: Análisis de los costos por aplicación de encuesta de satisfacción post atención – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de administrativos	Nº de horas por encuesta	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Realización de encuestas	1	0.2	S/ 21.74	S/ 4.35	16,941	S/ 73,655.33

Elaboración: Propia

**(17) Se incrementará el costo de las coordinaciones en citas, interconsultas, ayudas diagnósticas y similares.**

La implementación del nuevo proceso denominado “Gestión de citas” generará que se disponga de trabajadores administrativos que realicen estas coordinaciones para que los afiliados al PADOMI eviten realizar consultas de forma presencial y/o eviten acercarse hasta el local de atención cuando no está disponible la atención que requiere. Se calcula que este servicio será utilizado en el 25% de casos de ayuda médica (laboratorio, radiología y procedimientos médicos) y servicio de atención domiciliaria.

Esto generará un costo de S/ 831,006.79, según los cálculos que se detallan a continuación; cabe aclarar que solo se presenta la situación optimizada por ser una nueva actividad.

**Tabla 52: Análisis de los costos por mayores coordinaciones – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de administrativos	Nº de horas por encuesta	Salario por hora del administrativo	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Mayores coordinaciones	1	0.2	S/ 21.74	S/ 4.35	191132	S/ 831,006.79

Elaboración: Propia

**(18) Se incrementará el costo en capacitaciones**

La implementación del nuevo proceso denominado “Capacitación al familiar” generara que se disponga de 03 enfermeras que realicen dichas capacitaciones, las cuales prevemos que se realizarían de forma semanal, en la cual se deberían registrar los nuevos afiliados al PADOMI; adicionalmente, para dar mayor facilidades se plantea que se de una capacitación en la mañana y otra en la tarde.

Esto generará un costo de S/ 20,403.73, según los cálculos que se detallan a continuación; cabe aclarar que solo se presenta la situación optimizada por ser una nueva actividad.

**Tabla 53: Análisis de los costos por desarrollo de capacidades – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Nº de enfermeras	Nº de horas por capacitación	Nº total de horas	Salario por hora de enfermeras	Salarios consumidos en el proceso	Nº de casos al año	Costo
Realización de capacitaciones	1	0.2	0.2	S/ 21.74	S/ 4.35	16,941	S/. 20,403.73

Elaboración: Propia

- Como resultado de estos 13 cambios, de los cuales 5 fueron positivos y 8 negativos, el ADIS obtendría un beneficio neto de S/ 1'801,130.88.
- 
- ACB DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD(IPRESS)

**(2) Se recibirá presupuesto, por la desconcentración de los procesos de ADIS a IPRESS**

En este punto, tomamos en consideración que las IPRESS tendrán un beneficio presupuestal por la transferencia presupuestal que realizará el ADIS para que realice las actividades desconcentradas, sin embargo, dichos ingresos serán destinados al cumplimiento de dichas actividades, por lo cual se obtendrá como resultado un beneficio neto nulo para este actor involucrado.

- ACB DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA

**(10) Ahorro de los costos de hospitalización, de emergencia y de consulta por la mejora del paciente**

Como resultado de los diversos cambios antes planteados, de los cuales hemos estimado los beneficios y costos, se obtiene un beneficio indirecto debido a que la mejora en la atención del afiliado al PADOMI y, en general, de la mejora de la salud del afiliado al programa, permitirá que exista menos incidencia de casos de consulta externa, emergencia y hospitalización, que permitirá la reducción de los costos que implica cada

uno de estos servicios médicos.

Para hacer esta estimación debemos tomar en consideración los costos promedio de cada uno de estos servicios médicos a cargo de la Red Desconcentrada, que son los siguientes.

**Tabla 54: Costos promedio por tipo de prestación**

	Consulta externa	Emergencia	Hospitalización
Costo Promedio (S/)	93.02	210.24	3,399

**Elaboración:** Propia

Adicionalmente se estima que el porcentaje de atenciones de beneficiarios del programa mantiene la misma proporción del número de afiliados al PADOMI del total de afiliados a Essalud de 80 años a más, que es de 16.87%, tal como ya lo hemos señalado. Sobre este número de número de casos de afiliados al PADOMI se espera que reduzcan en un 75% el número atenciones.

A partir de lo anterior se generará un beneficio de S/ 23'263,957.92, el cual es el beneficio neto que obtendría la Gerencia de Red Desconcentrada.

Los cálculos realizados se detallan a continuación en las siguientes tablas.

**Tabla 55: Análisis de costos de las prestaciones – Situación actual**

Situación Actual	Salarios consumidos en el proceso	Número de casos al año	Costo
Consulta externa	S/ 93.02	31,190	S/ 2'901,293.80
Emergencia	S/ 210.24	21,199	S/ 4'456,877.76
Hospitalización	S/ 3,399.00	6,961	S/ 23'660,439.00

**Elaboración:** Propia

**Tabla 56: Análisis de costos de las prestaciones – Situación optimizada**

Situación Optimizada	Salarios consumidos en el proceso	Número de casos al año	Costo
Consulta externa	S/ 93.02	7,797.5	S/ 725,323.45
Emergencia	S/ 210.24	5,299.75	S/ 1'114,219.44
Hospitalización	S/ 3,399.00	1,740.25	S/ 5'915,109.75

**Elaboración:** Propia

- **ACB DE LAS EMPRESAS PROVEEDORAS**



**(3) Se reordenarán los gastos en proveedores, por mayor compra de medicamentos y otros insumos con ahorro de otros procesos.**

Como resultado de los diversos cambios antes planteados, habrá un reordenamiento de los gastos en adquisición de insumos y gastos en medicinas para el normal funcionamiento y atención del programa. Si bien se van a reducir los gastos en insumos en algunos procesos, planteamos que los ahorros generados tengan como destino mejorar el abastecimiento de medicamentos, incrementar la cantidad de insumos y productos y optimizar la calidad de la atención a los asegurados, por lo cual se obtendrá como resultado un beneficio neto nulo para este actor involucrado.

**1.**

## Conclusiones y Recomendaciones

### 1. Conclusiones

- El modelo de organización del PADOMI de EsSalud es centralizado, su dependencia de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria de la Gerencia de Oferta Flexible así como su ubicación en el Complejo Arenales dificulta el acceso de los adultos mayores incapacitados a los servicios que brinda, en especial de aquellos cuyos domicilios se encuentran distantes de dicha sede, situación que obliga a los familiares cuidadores apersonarse constantemente para gestionar sus trámites y atenciones.
- El PADOMI ofrece a sus afiliados diversos servicios como la atención médica programada, atención de urgencias, hospital en casa, servicios de enfermería, terapia física, ayuda al diagnóstico, farmacia, oxígeno terapia y psicología, los cuales se ofertan sin contar con la infraestructura adecuada, equipamiento, insumos y personal de salud requerido para su otorgamiento.
- Los procesos del PADOMI no se encuentran documentados, no se evidenció articulación entre los procesos de soporte y misionales, carecen de procesos estratégicos que orienten la prestación del servicio. Los procesos misionales de atención programada y de urgencia son complejos y se ejecutan con un enfoque centrado en la oferta disponible, siendo los tiempos para su ejecución excesivos.
- El PADOMI carece de un enfoque centrado en el asegurado, los procesos no responden a las necesidades de salud del adulto mayor, quienes demandan la prestación de un servicio de calidad y oportuno, así como el cumplimiento de las citas programadas, buen trato del personal de salud, dispensación completa de medicinas y adquisición de equipos de ayuda diagnóstica portátiles para una atención integral. No se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los usuarios.
- La implementación de nuestra propuesta de optimización en los procesos del PADOMI genera un Beneficio Neto Total de S/ 116'730,439.08, recursos que serán reorientados para mejorar la calidad del servicio.

## **2. Recomendación**

Adecuar los procesos del PADOMI a las necesidades de los adultos mayores, considerando el nuevo modelo de gestión desconcentrada que viene implementado EsSalud a efectos de facilitar el acceso a la atención domiciliaria brindando servicios oportunos y de calidad.

## Bibliografía

- CaldenteyTous, M.; Roca Casas, A.; Gorreto López, L.; y LloberaCánaves, J. (2008). “Los maletines domiciliarios de los médicos de familia”. [En línea]. *Elsevier*, vol. 40, N° 07, julio 2008. Fecha de consulta: 23/04/2016. Disponible en: <<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-los-maletines-domiciliarios-los-medicos-13124134>>
- CaldenteyTous, M.; Roca Casas, A.; Gorreto López, L.; y LloberaCánaves, J. (2006). “Los maletines de emergencia de los Centros de Salud de un área sanitaria”. *Elsevier*. Año 2006. Fecha de consulta: 23/04/2016. Disponible en: <<http://goo.gl/CeJpkK>>.
- CEPAL (2011). *Envejecimiento poblacional*. Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe, N° 12, Octubre 2011. Disponible en: <<http://goo.gl/wEne2a>>
- Decreto Legislativo N° 1165. Decreto que establece el mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para mejorar el acceso de medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS). Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 7 de diciembre de 2013.
- Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2011, “Normativa para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud”.
- Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2000 “Normas para las Prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en ESSALUD”; Resolución de Gerencia General N° 1048-GG-ESSALUD-2000. Numerales 6.1 y 6.8. Concepto de Paciente de la Atención Domiciliaria.
- D.S N° 004-2013-PCM. Principios orientadores de la política de modernización, Numeral 2.4.
- D.S. N° 007-2011-PCM. Metodología para la simplificación administrativa.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA (2015). *Estado de la Población Mundial 2015*. Fecha de consulta: 11/02/2016. Disponible en: <[http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State\\_of\\_World\\_Population\\_2015\\_SP.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State_of_World_Population_2015_SP.pdf)>
- Francés, Antonio (2006). *Estrategia y planes para la empresa con el cuadro de mando integral*. Primera edición. México: Pearson Prentice Hall.
- Fundación Vodafone España (2006). *Innovación TIC para las personas mayores situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia*. Madrid. Enero 2006. Disponible en: <[http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/165/innovacion\\_TIC\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/165/innovacion_TIC_para_personas_mayores.pdf)>
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; y Baptista Lucio, Pilar (2010). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Mc Graw-Hill, Interamericana.
- Huenchuan, Sandra (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. En: <[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P\\_es.pdf;jsessionid=4E0EE4A2C77722DFB4C41F8A4FDE5AA0?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P_es.pdf;jsessionid=4E0EE4A2C77722DFB4C41F8A4FDE5AA0?sequence=1)>
- INEI (2009). “Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y

- Grupos Quinquenales de Edad 1995-2025”. *Boletín de Análisis Demográfico* N° 37. <<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Bol37-Estimaciones-Proyecciones-1995-2025.pdf>>
- Krajewsky/Ritzman/Malhotra (2008). *Administración de operaciones, procesos y cadena de valor*. Octava edición. México: Pearson Prentice Hall.
  - Ley N°2915. Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 19 de diciembre de 2007.
  - MayánConesa, Plácido; Vidal Regueira, Mónica; y Martínez Calvo, Laura (2013). *ABCDE en urgencias extrahospitalarias*. [En línea]. Octubre 2013. Fecha de consulta: 20/03/2016. Disponible en: <[http://pasi.i234.me/ABCDE/adulto/www.mircoruna.es/mediapool/118/1189559/data/4\\_MALETIN\\_URGENCIAS\\_02\\_FINAL.pdf](http://pasi.i234.me/ABCDE/adulto/www.mircoruna.es/mediapool/118/1189559/data/4_MALETIN_URGENCIAS_02_FINAL.pdf)>
  - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). “PLANPAM 2013-2017 promoviendo el envejecimiento activo y saludable”. *Cuadernos sobre poblaciones vulnerables* N° 5, año 1-2013. Fecha de consulta 11/04/2016. Disponible en: <[http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf)>
  - Ministerio de Salud de Colombia (2014). *Política colombiana de envejecimiento y vejez 2014-2024*. Diciembre 2014. Consultado el 12/04/ 2016. En: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>>
  - Ministerio de Salud (2006). Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA de fecha 5 de junio de 2006. Norma Técnica de Salud N° 043-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores”. Disponible en: <<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/RM529-2006.pdf>>
  - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid*. Noviembre 2013. Disponible en:<<http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/03/Estrategia-de-pacientes-cronicos-comunidad-de-madrid-ASACO-cancer-ovario-marzo-2014-texto.pdf>>
  - Nuño Solinís, Roberto (2007). “Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente”. *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen 5, Número 2. Abril 2007. Fecha de consulta: 23/02/2016. Disponible en: <<http://goo.gl/OKS4Mc>>
  - Olaya Escobar, Erika Sofía; Cortés Rodríguez, Carlos Julio; Duarte Velasco, Óscar Germán (2005). “Despliegue de la función calidad QFD: beneficios y limitaciones detectados en su aplicación al diseño de prótesis microeléctrica de mano”. *Revista Ingeniería e Investigación* N° 57. Fecha de publicación: 25/04/2005. Fecha de consulta: 04/04/2016. Disponible en: <<http://www.bdigital.unal.edu.co/18717/1/14618-57020-1-PB.pdf>>
  - Organización Internacional del Trabajo – OIT (2012). *Estudio Financiero Actuarial del Seguro Social de Salud*. Lima: Oficina de la OIT para los países andinos.

- Organización Mundial de la Salud – OMS (2015a). *Envejecimiento y salud* [En línea]. Centro de prensa. Nota descriptiva N° 404. Septiembre 2015. Fecha de consulta: 10/04/2016. En: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2015b). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Año 2015. Fecha de consulta: 25/11/2015. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2012). *La buena salud añade vida a los años. Información general para el Día Mundial de la Salud*. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf)>.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de asistencia de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Año 2013. Disponible en: <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=22257&Itemid=99](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257&Itemid=99)>
- Presidencia del Consejo de Ministros (2013). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública*. [En línea]. Secretaría de Gestión Pública. Enero de 2013. Fecha de consulta: 20/03/2016. Disponible en: <<http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf>>
- Rico-Blázquez, Milagros; Sánchez Gómez, Sheila; y Fuentelsaz Gallego, Carmen (2014). “El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos”. *Enfermería Clínica*. 24(1), Elsevier. Enero-Febrero 2014. p.44-50. Disponible en: <<http://goo.gl/qTjqJr>>
- Safe Streets for Seniors – SAGE (2010). *Estudio sobre el Envejecimiento y la salud de los adultos en el mundo*. Primera Ronda 2007-2010. Disponible en: <<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>>
- Seguro Social de Salud – EsSalud (2016a). *Guía N° 2 Gestión Estratégica de Procesos*. Resolución de Gerencia General N° 084-GG-ESSALUD-2016. Fecha de publicación: 25 de enero de 2016. Fecha de consulta 20/03/2016. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RESOLUCION\\_084\\_GG\\_ESSALUD\\_2016.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RESOLUCION_084_GG_ESSALUD_2016.pdf)>
- Seguro Social de Salud – EsSalud (2016b). *Portal del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)*. Fecha de consulta: 18/02/2016. Disponible en: <<http://goo.gl/pGD4Qm>>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor – SENAMA (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Chile. Año 2009. Disponible en: <[http://www.senama.cl/file-sapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/file-sapp/Estudio_dependencia.pdf)>
- Sociedad Española de Medicina Interna - SEMI, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria - semFYC y Federación de Asociaciones de Enfermería, Comunitaria y Atención Primaria – FAECAP (2013). *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Pacientes con*

*Comorbilidad y Pluripatología*. Documento de trabajo. Madrid. Abril 2013. Disponible en: <[http://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/biblioteca/\\_DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf](http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/biblioteca/_DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf)>

- Suárez Cuba, Miguel Ángel (2012). “Atención integral a domicilio”. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 52-58. Recuperado: 16/05/2016. Disponible en: <[http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es&tlng=es)>.
- Suárez Dono, Francisco Javier (2015). *Cronigal: Un nuevo índice pronóstico para cronigos y pluripatológicos*. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela. Introducción, p. 45.
- Summers, Donna C. S. (2006). *Administración de la calidad*. Primera edición. México: Pearson Prentice Hall.
- Survey of Health, Ageing and Retirement in Europa – SHARE (2011). *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa*. Años 2010-2011. Cuarta Ronda. Disponible en: <<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>>
- Tamayo Enríquez, Francisco y González Bosh, Verónica (2004). *¿Qué es el QFD? Descifrando el Despliegue de la Función de Calidad*. Asociación Latinoamericana de QFD. Fecha de consulta 05/04/2016. Disponible en: <<http://www.qfdlat.com/Imagenes/QFD.pdf>>.
- United Nations (2015). *World Population Prospects. The 2015 Revision*. Disponible en: <[http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf)>
- Vassallo, C. y Sellanes, M. (2000). *La salud en la tercera edad*. Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social. Buenos Aires. Disponible en: <<http://docplayer.es/1221890-La-salud-en-la-tercera-edad.html>>
- World Health Organization - WHO (2015). *Global strategy on people-centred and integrated health services*. Marzo 2015. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1)>

## **Anexos**



### Anexo 1. Lista de entrevistados

En el desarrollo de la presente investigación se aplicaron entrevistas no estructuradas, para tomar conocimiento de la operatividad del PADOMI, así como de su problemática, siendo entrevistados los funcionarios y servidores que se detallan a continuación:

Nombre	Perfil del puesto	Información recogida
Dr. Luis Aguilar Torres	Gerente Central de Operaciones de ESSALUD	Problemática del PADOMI percibida desde el alto nivel organizacional. Acreditación para ingresar a las instalaciones del PADOMI.
Dr. Gunder Quinteros Hajar	Ex Gerente de la Gerencia de Oferta Flexible	Problemática del PADOMI identificada por el Órgano desconcentrado. Autorizaciones para el desarrollo de entrevistas
Dra. Martha Villarrubia Salvador	Subgerente de Atención Domiciliaria	Descripción de los servicios que brinda el PADOMI, de las gestiones administrativas para su operatividad organización, recursos disponibles y necesidades.
Dr. Gustavo Casas Sánchez	Director de Atención Programada	Descripción de los procesos y procedimientos relacionados con la atención domiciliaria programada, médicos de cabecera y de especialistas.
Dr. José Carrera Rivas	Director de Atención No Programada	Descripción de los procesos de atención de urgencias que incluye el hospital en casa; así como sobre el funcionamiento de los servicios de apoyo al diagnóstico y farmacia.
Dr. Paco Castillo	Médico encargado de las referencias	Información sobre el acceso de los pacientes al PADOMI, procedimientos para la aceptación de las referencias.
Dra. Flora Lagones Cárdenas	Médico de cabecera	Procedimiento de atención médica domiciliaria, se realizó visitas conjuntas a pacientes del cono norte de Lima, para observar cómo se brinda el programa. Se visitaron 10 pacientes durante el día, entre las 8:00 horas y las 14:00 horas.
Dra. Marcela Lujan Fuentes	Coordinador de médicos de cabecera	Información sobre la elaboración de la programación asistencial
Yesica Vásquez	Técnico de programación	Registro de programación asistencial y distribución de las citas a los pacientes del PADOMI
Omar Paz	Encargado de Admisión	Proceso de inscripción al PADOMI, acreditación, otorgamiento de primera visita y taller de inducción
Gabriel Contreras	Encargado de Farmacia	Proceso de Dispensación de medicamentos, problemas y limitaciones para su entrega.
Sra. Zaida Mendoza	Encargada de la digitación de partes de atención	Gestión de la información estadística y de producción del PADOMI
Sra. Mary Apaza	Encargada del archivo de HC	Manejo de la historia clínica del paciente de PADOMI
Fra. Vilma Siu Delgado	Encargada del COPHOES	Información de atención domiciliaria post alta de hospitalización
Moisés Guzmán Chávez	Técnico de admisión	Procedimiento para cambios de domicilio.
Ítalo Semurile	Informática	Bases de datos del PADOMI, programación asistencial, producción anual, del sistema de información.

### Anexo 2. Mapa de Macroprocesos de EsSalud



Fuente: Resolución de Gerencia General N°127-GG-ESSALUD-2016.

**Anexo 3. Ficha de proceso Nivel 0 - Seguro Social – EsSalud**

**Ficha de proceso Nivel 0 MACROPROCESO**

<b>Código</b>	M06	<b>Clasificación / Tipo</b>		Misional		
<b>Nombre</b>	Prestaciones de Salud					
<b>Objetivo</b>	Procesos orientados a brindar una atención integral de salud, continuada y de calidad, mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Comprende los procesos relacionados con consulta externa, hospitalización, emergencia, ayuda al diagnóstico y al tratamiento, atención quirúrgica en los Establecimientos de Salud, así como investigación en salud					
<b>Responsable</b>	Gerencia Central de Operaciones					
<b>Alcance</b>	Redes Asistenciales y Redes Desconcentradas de ESSALUD					
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Listado de Procesos Nivel 1</b>	<b>Código de Procesos Nivel 1</b>	<b>Responsable de Proceso Nivel 1</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios/clientes</b>
(...)	(...)	(...)	(...)			
Asegurados, Entidades y Sociedad	Necesidades de atención de salud Riesgos laborales, salud ocupacional Requerimientos para atención de emergencias y desastres	Oferta Flexible	M06.01	Gerente Central de Operaciones	Pacientes atendidos	Asegurados adultos mayores Empresas
(...)						

**Anexo 4. Ficha de proceso Nivel 1:**

**OFERTA FLEXIBLE**

<b>Código</b>	M06.01	<b>Clasificación / Tipo</b>		Misional		
<b>Nombre</b>	Oferta Flexible					
<b>Objetivo</b>	Otorgar prestaciones asistenciales, educativas, preventivas, recuperativas integrales y de soporte a los asegurados en el ámbito pre y post hospitalario que se requieran en el domicilio, atenciones de urgencia, apoyo contingencial a las Redes Asistenciales, así como servicios de prevención y promoción en salud ocupacional.					
<b>Responsable</b>	Gerente de Oferta Flexible					
<b>Alcance</b>	Nacional y local para Atención Domiciliaria en Lima y Callao					
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Listado de Procesos Nivel 2</b>	<b>Código de Procesos Nivel 2</b>	<b>Responsable de Proceso Nivel 2</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios/clientes</b>
Asegurados	Necesidades de salud	Atención Domiciliaria	M06.01.01	Sub Gerente de Atención Domiciliaria	Paciente atendido integralmente	Asegurados adultos mayores e incapacitados
Asegurados	Necesidades de salud atención pre hospitalaria	Transporte asistido de emergencia	M06.01.02	Sub Gerente de STAE	Paciente estabilizado en su salud	Adulto mayor atendido con oportunidad y calidad
Asegurados, Entidades y Sociedad	Necesidades de salud	Gestión de Operativos	M06.01.03	Sub Gerente de Proyectos Especiales	Paciente atendido oportunamente	Adulto mayor atendido con oportunidad y calidad
Asegurados, Entidades y Sociedad	Necesidades de salud	Gestión de programas especiales	M06.01.04	Sub Gerente de Proyectos Especiales	Paciente atendido oportunamente	Adulto mayor atendido con oportunidad y calidad
Asegurados, Entidades	Necesidades de salud	Gestión de la atención de emergencias y desastres	M06.01.05	Sub Gerente de Escuela de Emergencia	Paciente atendido oportunamente	Atención de los ciudadanos afectados

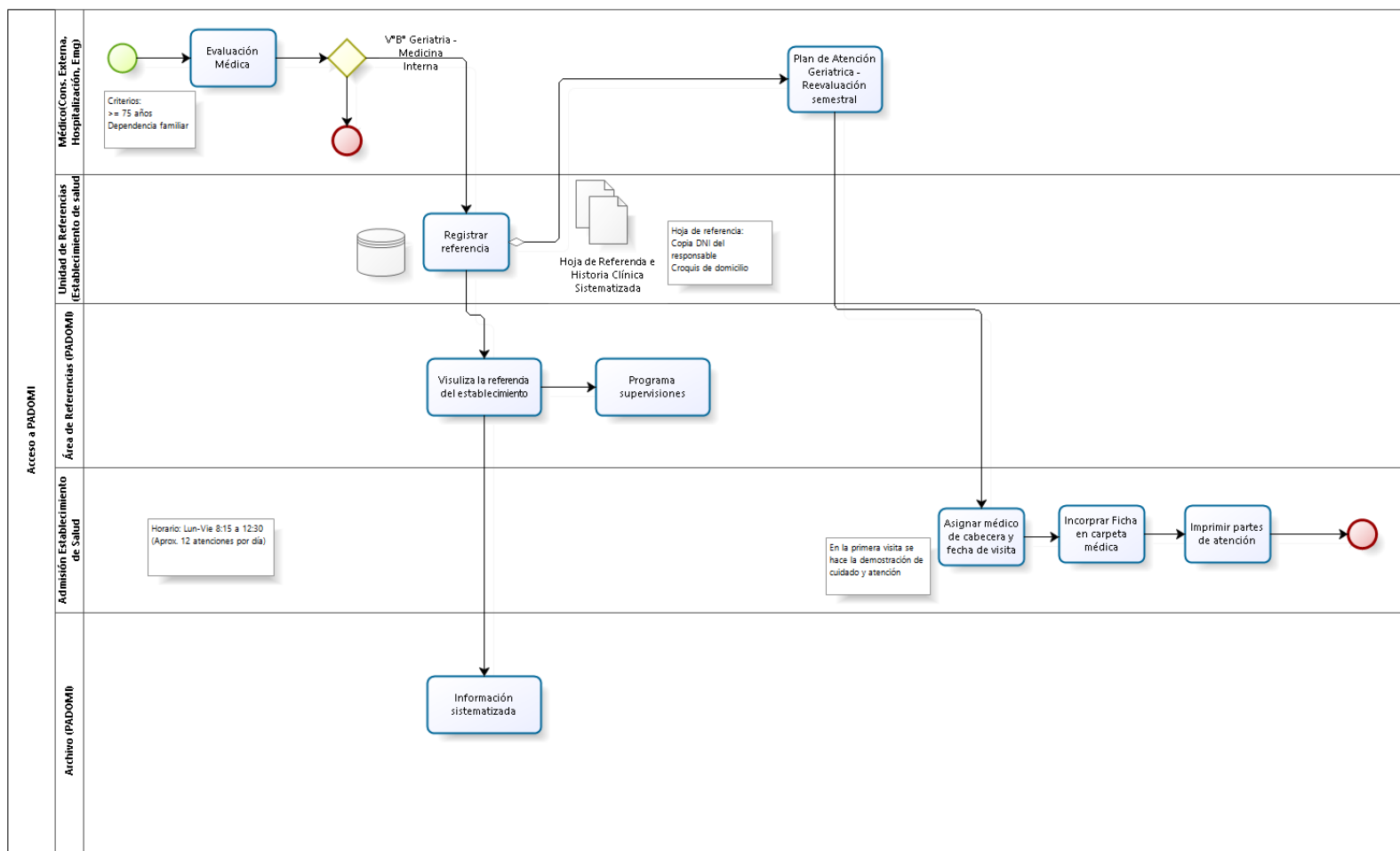
**Anexo 5. Ficha de proceso Nivel 2**

**ATENCIÓN DOMICILIARIA**

<b>Código</b>	M06.01.01	<b>Clasificación / Tipo</b>	Misional			
<b>Nombre</b>	Atención Domiciliaria					
<b>Objetivo</b>	Brindar atención domiciliaria de forma integral					
<b>Responsable</b>	Sub Gerente de Atención Domiciliaria					
<b>Alcance</b>	Inscripción y Atención Domiciliaria de los pacientes que provienen de las Redes Asistenciales de Lima					
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Listado de Procesos Nivel 3</b>	<b>Código de Procesos Nivel 3</b>	<b>Responsable de Proceso Nivel 3</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios/clientes</b>
Asegurados, familiares	-Hoja de referencia -Copia de DNI del paciente -Copia del DNI del responsable (apoderado) -Copia de boleta de pago del pensionista o titular -Croquis del domicilio del paciente -Compromiso de familiar cuidador (DJ)	Inscripción	M06.01.01.01	Sub Gerente de Atención Domiciliaria	-Ficha de inscripción -Historia Clínica domiciliaria -Programación de Primera visita	Adultos mayores frágiles o incapacitados
Coordinadores médicos Unidad de admisión Área de programación de citas	Registro de pacientes del PADOMI Recursos humanos disponibles Horas extras Densidad de pacientes por zona Sistema georreferencial	Programación Asistencial	M06.01.01.02	Sub Gerente de Atención Domiciliaria	Programación del personal del PADOMI	Profesionales de la salud, personal de programación de citas y pacientes del PADOMI
		Atención programada	M06.01.01.03	Jefe de Atención Programada		
		Atención no programada	M06.01.01.04	Jefe de Atención No Programada		
		Atención de Ayuda diagnóstica	M06.01.01.05	Jefe de Atención No Programada		
		Dispensación de medicamentos y material médico	M06.01.01.06	Jefe de Atención No Programada		
		Gestión de registro e información	M06.01.01.07	Sub Gerente de Atención Domiciliaria		

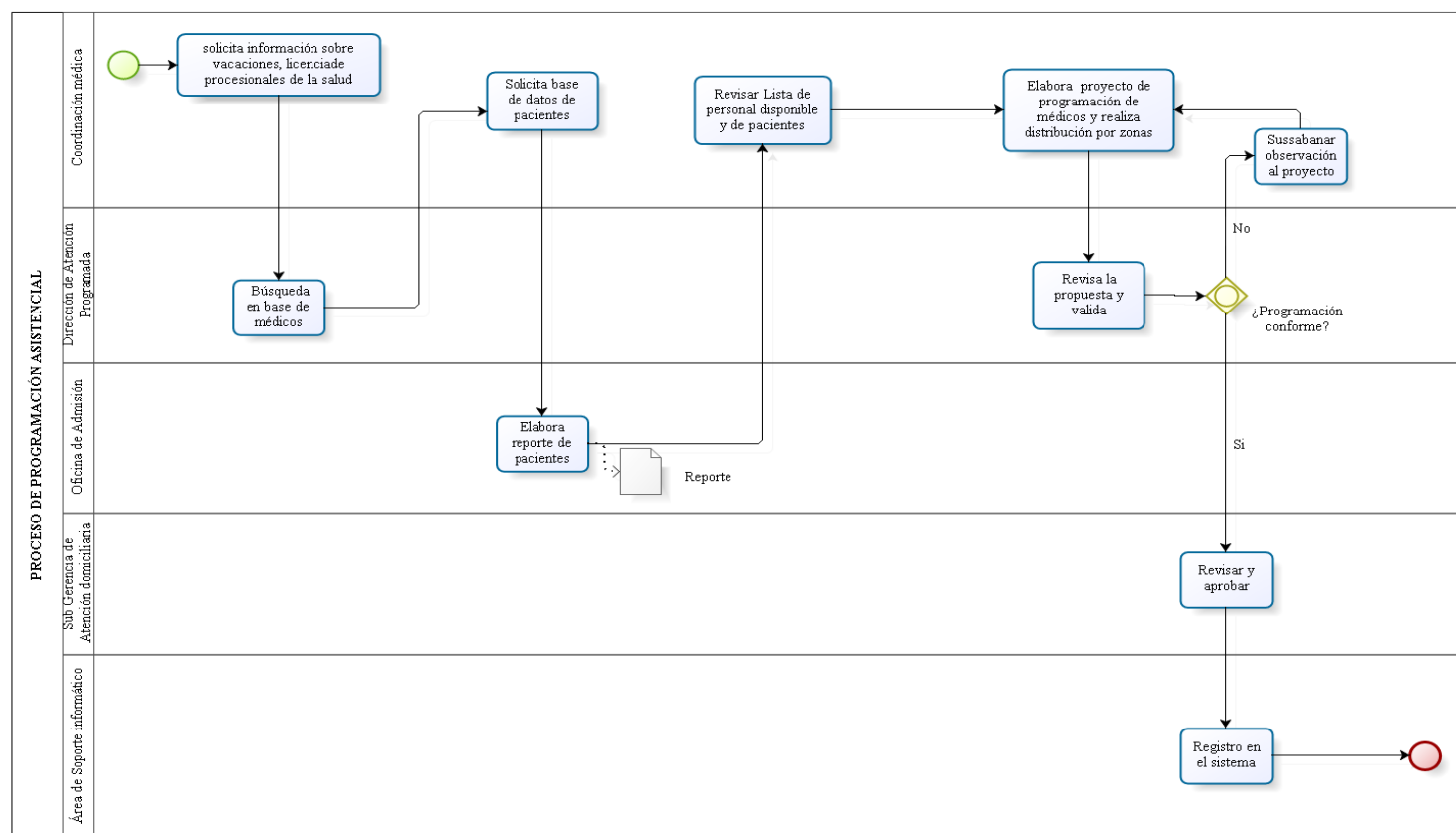
### Anexo 6. Ficha de proceso Nivel 3: INSCRIPCIÓN

<b>Nombre</b>	Inscripción	<b>Código</b>	M06.01.01.01	
<b>Objetivo</b>	Facilitar el acceso de los asegurados adultos mayores al PADOMI			
<b>Indicador</b>	Numero anual de afiliados			
<b>Responsable</b>	Sub Gerente de Atención Domiciliaria			
<b>Alcance</b>	Desde la evaluación médica hasta la emisión de la ficha de inscripción del paciente en el PADOMI y entrega de materiales			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>	
Asegurados, familiares	-Hoja de referencia -Copia de DNI del paciente -Copia del DNI del responsable (apoderado) -Copia de boleta de pago del pensionista o titular -Croquis del domicilio del paciente -Compromiso de familiar cuidador (DJ)	-Ficha de inscripción -Historia Clínica domiciliaria -Programación de Primera visita	Asegurado adulto mayor	
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Evaluación médica y determinación de criterios de acceso	1	Médico de EESS	Hoja de referencia	Asegurado adulto mayor
Evaluar y visar hoja de referencia	2	Médico encargado -PADOMI	Referencia visada	EESS de origen
Bloqueo de atenciones ambulatorias en EESS	3	Técnico de admisión del EESS	Registro de paciente bloqueado	Oficina de Admisión
Comunicar aceptación de referencia a familiar	4	Técnico de admisión del EESS	Referencia aceptada	Familiar cuidador
Recepcionar, verificar requisitos y acreditar	5	Técnico de admisión de PADOMI	Paciente acreditado	Oficina de Admisión
Registrar datos del paciente en sistema	6	Técnico de admisión de PADOMI	Ficha de inscripción Historia clínica domiciliaria	Dirección de Atención Programada
Gestionar firma de compromiso como familiar cuidador	7	Técnico de admisión de PADOMI	Declaración jurada suscrita	Dirección de Atención Programada
Asignar médico de cabecera y fecha de primera visita	8	Técnico de admisión de PADOMI	Cita	Asegurado Dirección de Atención Programada Archivo
Realizar taller de inducción	9	Profesionales de la salud del PADOMI	Taller	Familiar cuidador
Entregar cuaderno de asistencia de profesionales de la salud	10	Técnico de admisión de PADOMI	Cuaderno de asistencia	Familiar cuidador



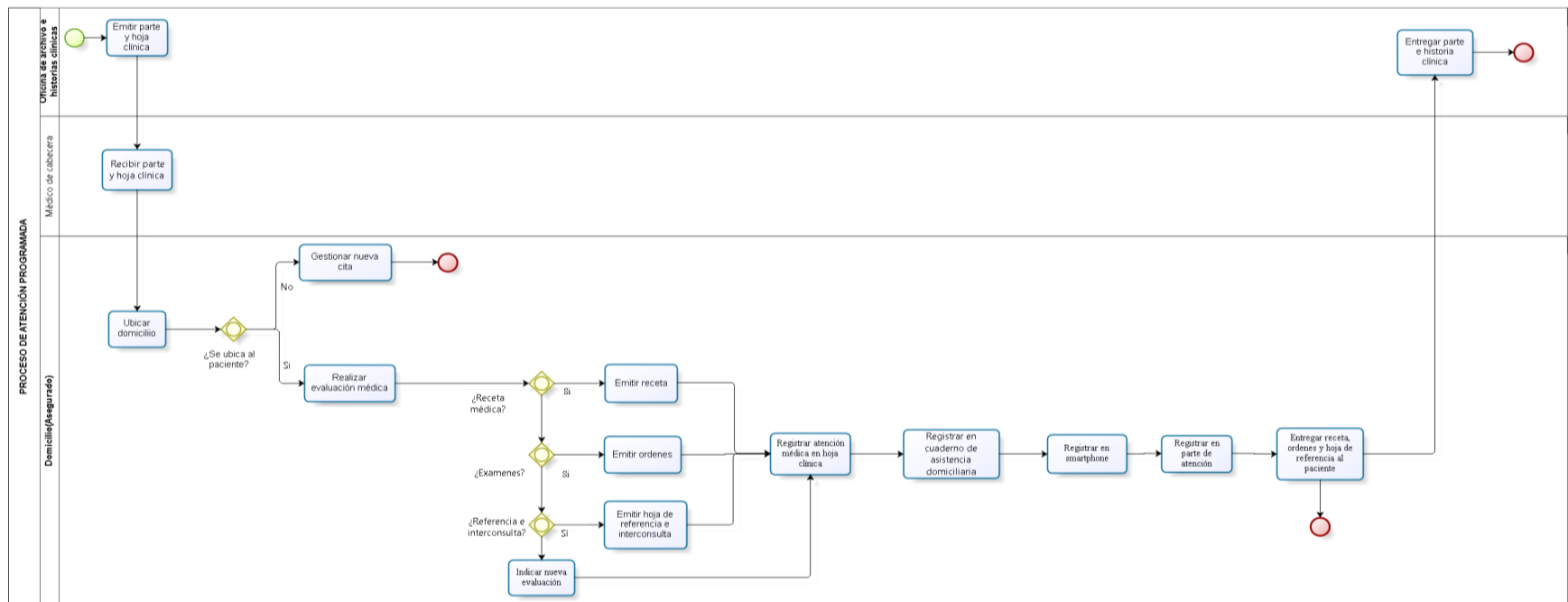
### Anexo 7. Ficha de proceso Nivel 3: PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL

<b>Nombre</b>	Programación Asistencial	<b>Código</b>	M06.01.01.02	
<b>Objetivo</b>	Elaborar la programación de los profesionales de la salud del PADOMI			
<b>Indicador</b>	Número de horas de atención programadas por mes			
<b>Responsable</b>	Sub Gerente de Atención Domiciliaria			
<b>Alcance</b>	Desde la programación tentativa presentada por el médico coordinador hasta su registro en el sistema			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>	
Profesionales de la salud	Registro de pacientes inscritos al PADOMI -Número de horas regulares disponibles -Número de horas extras disponibles -programación de vacaciones, descansos médicos, licencias	-Programación mensual	área de soporte informático y área de programación de citas	
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Solicitar programación de vacaciones, descansos médicos y licencias de los profesionales de la salud	1	Médico coordinador	Carta	Dirección de Atención Programada
Busqueda de información de personal asistencial disponible	2	Tecnico	Carta	Coordinación médica
Solicitar el registro de pacientes inscritos, nuevos y continuadores	3	Médico coordinador	Carta	Oficina de Admisión
Elaboración de reporte de pacientes	4	Tecnico	Lista de pacientes inscritos	Coordinación médica
Revisión del listado de personal disponibles y de pacientes para su distribución por zonas	5	Médico coordinador	Número de horas disponibles	Dirección de Atención Programada
Elaborar programación de los profesionales de la salud, distribución por zonas	6	Médico coordinador	Proyecto de programación	Dirección de Atención Programada
Remitir programación para aprobación	7	Director de Atención Programada	Carta	Sub Gerencia de Atención Domiciliaria
Remitir programación aprobada para su registro	8	Sub Gerente de Atención Domiciliaria	Programación aprobada	área de soporte informático y de programación
Registrar programación en sistema	9	Técnico administrativo	Programación registrada	área de programación
Difusión de la programación	10	Medico coordinador	Programación difundida	Profesionales de la salud



### Anexo 8. Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN PROGRAMADA

<b>Nombre</b>	Atención Programada	<b>Código</b>	M06.01.01.03	
<b>Objetivo</b>	Brindar atención médica regular a los asegurados en sus domicilios			
<b>Indicador</b>	Número de asegurados atendidos en el mes / número de asegurados programados en el mes			
<b>Responsable</b>	Director de Atenciones Programadas			
<b>Alcance</b>	Desde la primera visita médica al domicilio del paciente hasta la emisión de la interconsulta u hojas de referencia al establecimiento de salud			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>	
Profesionales de la salud, familiares,	-Registro de programación asistencial -Registro de interconsultas -Hojas de referencias -Historias clínicas de pacientes	-Emisión de prescripción médica y solicitud de exámenes. -Receta médica -Hoja de referencia -Llenado del parte de visita domiciliaria. -Registro de información en la historia clínica domiciliaria	Asegurado adulto mayor	
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Emitir parte de atención	1	Técnico de programación-PADOMI	Registro del parte de atención	Médico encargado- PADOMI
Recibir parte de atención y hoja clínica	2	Médico encargado -PADOMI	Dirección domiciliaria	Asegurado adulto mayor Médico encargado- PADOMI
Ubicar domicilio del paciente	3	Médico encargado -PADOMI	Visita realizada	Asegurado adulto mayor
Emitir receta médica de acuerdo al Dx	4	Médico encargado -PADOMI	Receta médica emitida	Asegurado adulto mayor
Emitir órdenes de Ayuda Diagnóstica (exámenes médicos)	5	Médico encargado -PADOMI	orden emitida	Asegurado adulto mayor
Emitir hoja de referencia o interconsulta de acuerdo al Dx	6	Médico encargado -PADOMI	Referencia aceptada o interconsulta realizada	Asegurado adulto mayor Oficina de Referencia
Registrar atención médica en hoja clínica	7	Médico encargado -PADOMI	Hoja clínica registrada	Asegurado adulto mayor
Registrar atención en cuaderno de asistencia domiciliaria	8	Médico encargado -PADOMI	Cuaderno actualizado	Asegurado adulto mayor
Registrar atención en Smartphones	9	Médico encargado -PADOMI	Smartphones actualizados	Archivo e historias clínicas
Registrar en parte de atención	10	Médico encargado -PADOMI	Parte entregado	Archivo e historias clínicas
Entregar ordenes al familiar	11	Médico encargado -PADOMI	Registro de ordenes	Asegurado adulto mayor
Entregar parte e historia clínica	12	Médico encargado -PADOMI	Parte entregado	Archivo e historias clínicas

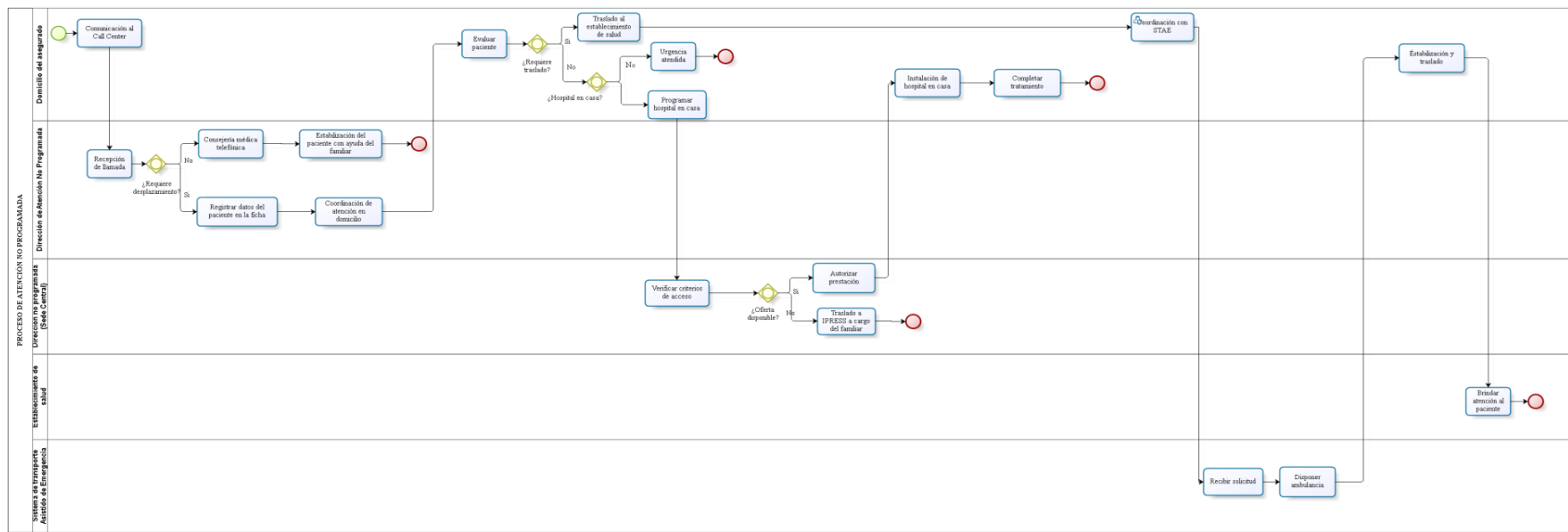


### Anexo 9. Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN NO PROGRAMADA

<b>Nombre</b>	Atención de Urgencia y Emergencia	<b>Código</b>	M06.01.01.04
<b>Objetivo</b>	Brindar atención de urgencia y emergencia a los pacientes inscritos al PADOMI		
<b>Indicador</b>	Número de urgencias atendidos antes de las 24 horas (oportunamente)		
<b>Responsable</b>	Director de Atención No programada		
<b>Alcance</b>	Desde la atención de la llamada al Call Center hasta el traslado al establecimiento de salud o el control médico en domicilio		
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>
Profesionales de la salud		-Registro de Call Center -Número de vehículos en funcionamiento -Número de equipos médicos disponibles para traslado Número de médicos en Unidad Móvil	-Paciente hospitalizado en establecimiento de salud -Control en Hospital en casa
			-Asegurado Adulto Mayor - Área de Call Center -Área de soporte informático -Transporte Asistido de Emergencias- STAE
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>
Llamar al 117 y reportar urgencia	1	Familiar	Comunicación atendida
Recibir llamada y registrar incidente	2	Operador del Call center	Registro de la llamada de urgencia
Derivar llamada a médico de guardia	3	Operador del Call center	Orientación telefónica
Atender llamada y solicitar datos clínicos	4	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Triaje en línea
Movilizar recursos	5	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Dispone recursos para la visita
Asistencia telefónica	6	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Diagnóstico de paciente
Solicitar ambulancia	7	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Llamada de coordinación
Desplazar ambulancia de base cercana	8	Sistema de Transporte Asistido de Emergencia - STAE	Aceptación de paciente
Brindar atención pre hospitalaria	9	Domicilio de paciente	Unidad movil
Requiere traslado a IPRESS	10	Domicilio de paciente	Paciente estable
Coordinar con Servicio de Emergencia de IPRESS	11	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Traslado
Recibir y atender a paciente	10	Familiar cuidador	Paciente estable
			Asegurado adulto mayor

### Anexo 10. Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN NO PROGRAMADA - A

<b>Nombre</b>	Atención No Programada- A	<b>Código</b>	M06.01.01.04
<b>Objetivo</b>	Brindar atención de urgencia a los pacientes inscritos al PADOMI		
<b>Indicador</b>	Número de urgencias atendidos antes de las 24 horas (oportunamente)		
<b>Responsable</b>	Director de Atención No programada		
<b>Alcance</b>	Desde la atención de la llamada al Call Center hasta el traslado al establecimiento de salud o el control médico en domicilio		
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>
Profesionales de la salud		-Registro de Call Center -Número de vehículos en funcionamiento -Número de equipos médicos disponibles para traslado Número de médicos en Unidad Móvil	-Paciente hospitalizado en establecimiento de salud -Control en Hospital en casa
			-Asegurado Adulto Mayor - Área de Call Center -Área de soporte informático -Transporte Asistido de Emergencias- STAE
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>
Comunicar mediante call center descompensación de paciente	1	Familiar	Comunicación atendida
Recepcionar la llamada de urgencia	2	Operador del Call center	Registro de la llamada de urgencia
Determinar si la atención se realiza por consejería médica telefónica o en domicilio	3	Médico de triaje	Orientación telefónica
Registrar datos en ficha del paciente	4	Médico de urgencias	Triaje en línea
Coordinación de atención en domicilio	5	Jefe de guardia	Dispone recursos para la visita
Evaluar paciente en domicilio	6	Médico de emergencia	Diagnóstico de paciente
Determinar si el paciente debe ser atendido en Hospital en casa	7	Médico de urgencia	Llamada de coordinación
Verificar criterios de acceso	8	Director de Atención No Programada	Paciente aceptado
Autorizar desplazamiento de profesionales de la salud	9	Director de Atención No Programada	Unidad movil equipada
Instalar hospital en casa	10	Médico de urgencias	Hospital domiciliario
Completar tratamiento	11	Médico de urgencias	Paciente aceptado
			Asegurado adulto mayor



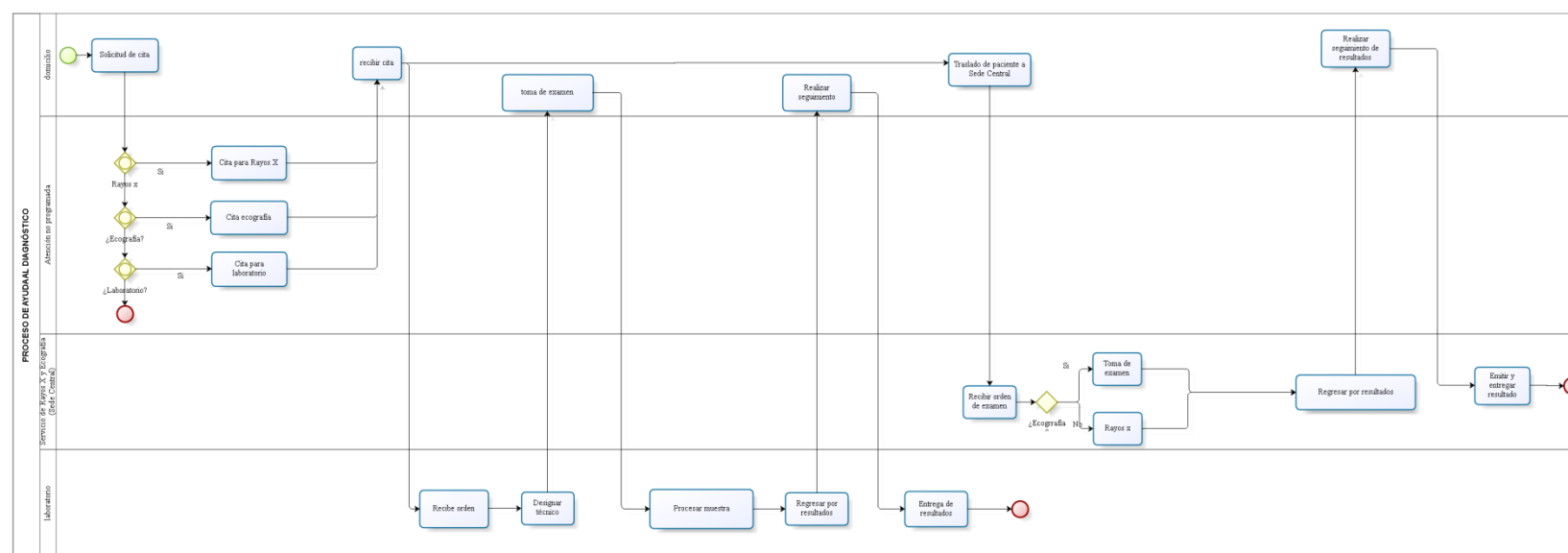
**Anexo 11. Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN DE AYUDA DIAGNÓSTICA**

<b>Nombre</b>	Atención de Ayuda Diagnóstica	<b>Código</b>	M06.01.01.05
<b>Objetivo</b>	Contribuir a la precisión del diagnóstico de los pacientes, para el tratamiento médico		
<b>Indicador</b>	Número de exámenes médicos con resultado / Número de exámenes médicos solicitados. (Mensual)		
<b>Responsable</b>	Director de Atención de No programada		
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la orden de ayuda diagnóstica correspondiente hasta que se obtienen los resultados de las pruebas solicitadas		
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>
Profesionales de la salud	- Orden médica del examen - Registro de muestras médicas - Registro de citas	Asegurado con resultado del examen médico	Asegurado adulto mayor
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Solicitar cita para servicio de rayos x o ecografía	1	Familiar	Asegurado adulto mayor
Trasladar paciente a Sede Cental para evaluación	2	Familiar	Servicio de rayos x y ecografía
Recibir orden de examen	3	Técnico	Servicio de rayos x y ecografía
Designar técnico o médico para realizar examen	4	Técnico o médico, radiólogo	Servicio de ecografía y rayos X
Realiza examen de ecografía	5	Técnico o médico	Asegurado adulto mayor Servicio de Ecografía y Rayos X
Realizar examen de rayos X	6	Radiólogo	Asegurado adulto mayor Servicio de Ecografía y Rayos X
Realizar seguimiento de resultados	7	Familiar	Asegurado adulto mayor médico de cabecera
Entregar resultados	8	Familiar	Asegurado adulto mayor



**Anexo 12. Ficha de proceso Nivel 3: ATENCIÓN DE AYUDA DIAGNÓSTICA - A**

<b>Nombre</b>	Atención de Ayuda Diagnóstica- A		<b>Código</b>	M06.01.01.05
<b>Objetivo</b>	Contribuir a la precisión del diagnóstico de los pacientes para el tratamiento médico			
<b>Indicador</b>	Número de exámenes médicos con resultado / Número de exámenes médicos solicitados (Mensual)			
<b>Responsable</b>	Director de Atención de No programada			
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la orden de ayuda diagnóstica correspondiente hasta que se obtienen los resultados de las pruebas solicitadas			
Proveedores		Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Profesionales de la salud		- Orden médica del examen - Registro de muestras médicas - Registro de citas	Asegurado con resultado del examen médico	Asegurado adulto mayor
Nombre de las actividades	Código de la actividad	Nombre del puesto ejecutor	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Solicitar cita para servicio de laboratorio	1	Familiar	Cita programada	Asegurado adulto mayor
Recibir orden de examen	2	Técnico	Orden aceptada	Servicio de laboratorio
Designar técnico para toma de examen	3	Técnico	Muestra médica	Servicio de laboratorio
Tomar examen	4	Técnico	Paciente atendido	Asegurado adulto mayor Servicio de laboratorio
Procesar muestra	5	Médico	Muestra procesada	Asegurado adulto mayor médico de cabecera
Realizar seguimiento a los resultados	6	Familiar	Fecha de entrega de los resultados	Asegurado adulto mayor
Entregar resultados	7	Técnico	Resultado entregado	Asegurado adulto mayor



**Anexo 13. Ficha de proceso Nivel 3: DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**

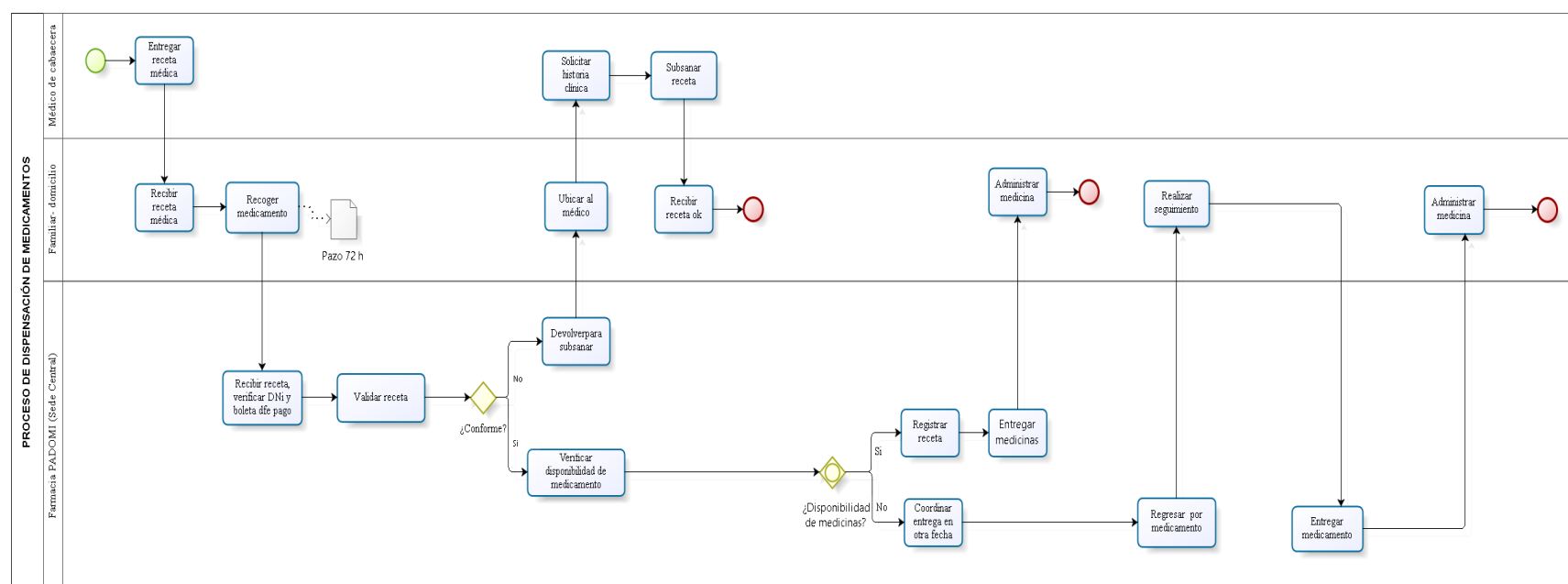
<b>Nombre</b>	Dispensación de medicamentos y material médico		<b>Código</b>	M06.01.01.06
<b>Objetivo</b>	Entregar medicamentos a los pacientes y material médico a los profesionales de la salud			
<b>Indicador</b>	Número de recetas atendidas / Número de solicitudes de recetas médicas (mensual)			
<b>Responsable</b>	Gerente de Atención No programada			
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la receta médica al paciente hasta la recepción del medicamento por el familiar a cargo y la recepción de equipos por el médico encargado- PADOMI			
Proveedores		Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Profesionales de la salud Servicio de farmacia		-Base de datos de medicamentos disponibles -Receta médica -Registro de recojo de medicamentos	Medicamentos entregados	Asegurado adulto mayor
Nombre de las actividades	Código de la actividad	Nombre del puesto ejecutor	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Entregar receta médica a familiar encargado en domicilio	1	Médico encargado - PADOMI	Receta médica	Asegurado adulto mayor
Recoger medicamento	2	Familiar	Registrar pedido	Servicio de farmacia
Recibir receta médica	3	Técnico de Farmacia	Registrar receta	Servicio de farmacia
Verificar datos DNI y boleta de pago	4	Técnico de Farmacia	Datos verificados	Servicio de farmacia
Validar receta médica	5	Técnico de Farmacia	Receta validada	Servicio de farmacia
Verificar disponibilidad de Medicamentos en stock	6	Técnico de Farmacia	Disponibilidad	Servicio de farmacia
Entregar medicinas	7	Técnico de Farmacia	Medicamento entregado	Servicio de farmacia
Medicar al paciente	8	Familiar	Suministro	Asegurado adulto mayor

**Anexo 14. Ficha de proceso Nivel 3: DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS – A**

<b>Nombre</b>	Dispensación de medicamentos y material médico- A	<b>Código</b>	M06.01.01.06
<b>Objetivo</b>	Entregar medicamentos a los pacientes y material médico a los profesionales de la salud		
<b>Indicador</b>	Número de recetas atendidas / Número de solicitudes de recetas médicas (mensual)		
<b>Responsable</b>	Gerente de Atención No programada		
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la receta médica al paciente hasta la recepción del medicamento por el familiar a cargo y la recepción de equipos por el médico encargado- PADOMI		
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>
Profesionales de la salud Servicio de farmacia		-Base de datos de medicamentos disponibles -Receta médica -Registro de recojo de medicamentos	Medicamentos entregados
<b>Nombre de las actividades</b>		<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>
Entregar receta médica a familiar encargado en domicilio		1	Médico encargado -PADOMI
Recoger medicamento		2	Familiar
Recibir receta médica		3	Técnico de Farmacia
Verificar datos, DNI y boleta de pago		4	Técnico de Farmacia
Validar receta médica		5	Técnico de Farmacia
Devolver para subsanar receta		6	Técnico de Farmacia
Ubicar al médico encargado- PADOMI		7	Familiar
Solicitar historia clínica del paciente		8	Médico encargado -PADOMI
Subsanar receta médica		9	Médico encargado -PADOMI
Entregar receta médica a familiar encargado		10	Médico encargado -PADOMI
			<b>Salidas</b>
			Receta médica
			Registrar pedido
			Registrar receta
			Datos verificados
			Receta errada
			Entrega de receta
			Receta
			Historia ubicada
			Subsanación de error
			Receta médica corregida
			<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
			Asegurado adulto mayor
			Servicio de farmacia
			Servicio de farmacia
			Servicio de farmacia
			Médico encargado- PADOMI
			Médico encargado- PADOMI
			Sede Central PADOMI
			Asegurado adulto mayor
			Servicio de farmacia

**Anexo 15. Ficha de proceso Nivel 3: DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS - B**

<b>Nombre</b>	Dispensación de medicamentos y material médico- B	<b>Código</b>	M06.01.01.06
<b>Objetivo</b>	Entregar medicamentos a los pacientes y material médico a los profesionales de la salud		
<b>Indicador</b>	Número de recetas atendidas / Número de solicitudes de recetas médicas (mensual)		
<b>Responsable</b>	Gerente de Atención No programada		
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la receta médica al paciente hasta la recepción del medicamento por el familiar a cargo y la recepción de equipos por el médico encargado- PADOMI		
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>
Profesionales de la salud Servicio de farmacia		-Base de datos de medicamentos disponibles -Receta médica -Registro de recojo de medicamentos	Medicamentos entregados
<b>Nombre de las actividades</b>		<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>
Entregar receta médica a familiar encargado en domicilio		1	Médico encargado -PADOMI
Recoger medicamento		2	Familiar
Recibir receta médica		3	Técnico de Farmacia
Verificar datos, DNI y boleta de pago		4	Técnico de Farmacia
Validar receta médica		5	Técnico de Farmacia
Verificar disponibilidad de medicamentos en stock		6	Técnico de Farmacia
Coordinar entrega de medicinas en otra fecha		7	Técnico de Farmacia
Realizar seguimiento de disponibilidad		8	Familiar
Entregar medicinas		9	Técnico de Farmacia
Medicar al paciente		10	Familiar
			<b>Salidas</b>
			Receta médica
			Registrar pedido
			Registrar receta
			Datos verificados
			Receta validada
			Disponibilidad
			Falta de disponibilidad de medicinas
			Fecha de entrega de medicamento
			Medicamento entregado
			<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
			Asegurado adulto mayor
			Servicio de farmacia
			Servicio de farmacia
			Servicio de farmacia
			Servicio de farmacia
			Asegurado adulto mayor
			Servicio de farmacia
			Servicio de farmacia
			Asegurado adulto mayor

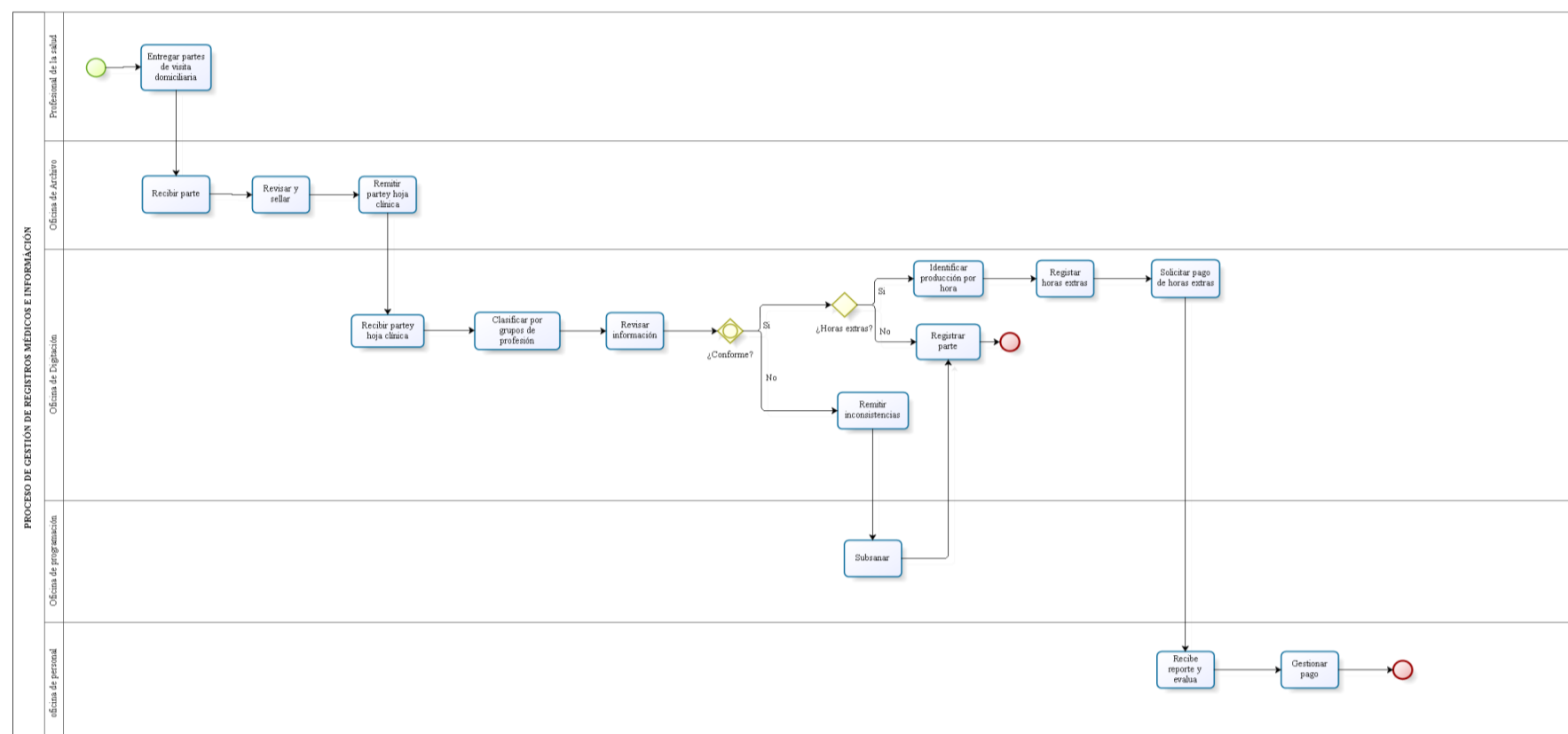


**Anexo 16.Ficha de proceso Nivel 3: GESTIÓN DE REGISTROS**

<b>Nombre</b>	Gestión de registros médicos e información	<b>Código</b>	M06.01.01.07
<b>Objetivo</b>	Registrar la información mensual de los profesionales de la salud y procesar la información para el pago de remuneraciones, entre otros.		
<b>Indicador</b>	Número de los registros de las atenciones ejecutadas durante las siguientes 24 horas de realizada la atención		
<b>Responsable</b>	Informática de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria (soporte informático)		
<b>Alcance</b>	Desde que entrega el parte de visita hasta el pago de remuneración del profesional de la salud		
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>
Profesionales de la salud		-Registro de producción o visitas de los profesionales de la salud -Planilla de pagos, horas extras, bonificaciones -Equipos móviles	Pago de remuneración al profesional de la salud
			Médico coordinador- PADOMI Oficina de Digitación Oficina de contabilidad Área de Soporte Informático y de programación
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Recibir partes de atención domiciliaria	1	Oficina de Admisión	Paciente Adulto Mayor
Llamar a cuidador y confirmar atención	2	Oficina de Admisión	Paciente Adulto Mayor
Registrar atención	5	Oficina de Admisión	Paciente Adulto Mayor
Informar a Recursos Humanos	6	Oficina de Admisión	Paciente Adulto Mayor
Investigar e iniciar proceso disciplinario	7	Oficina de RRHH	Paciente Adulto Mayor

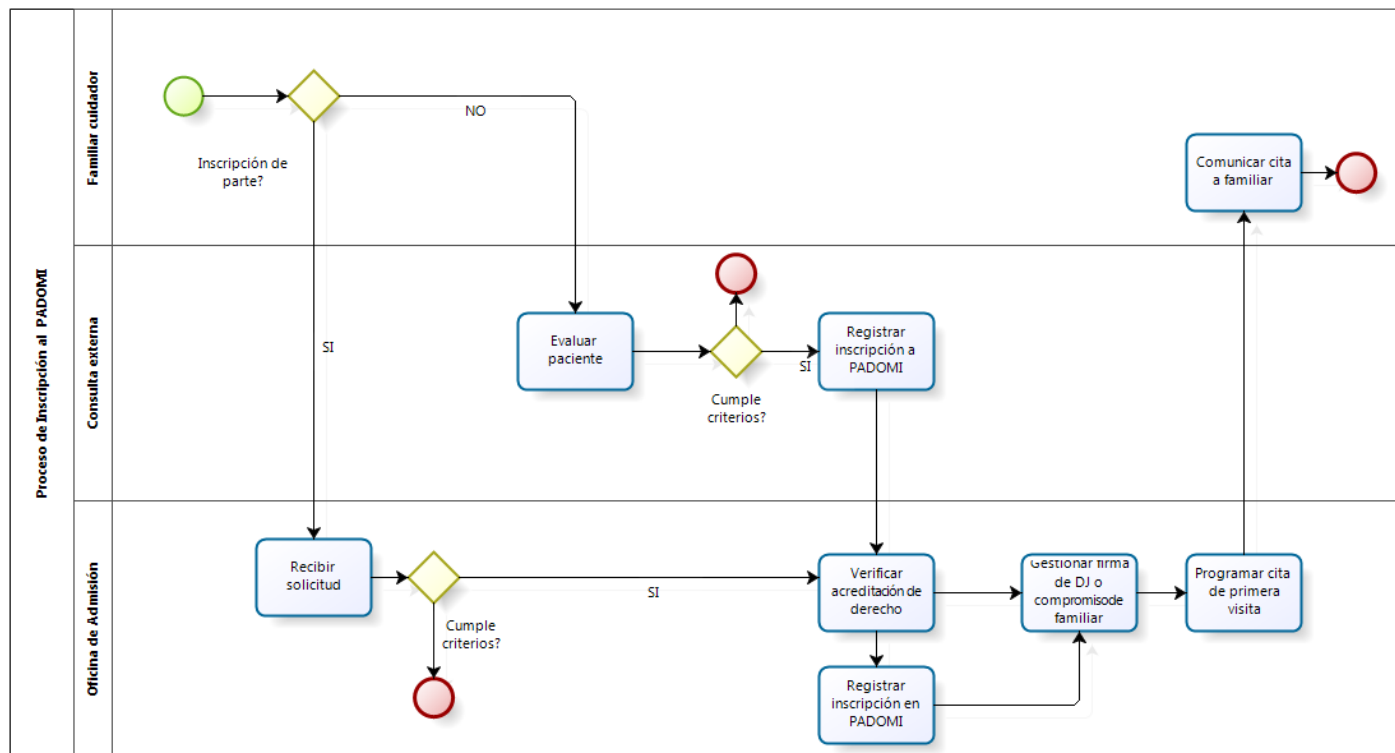
**Anexo 17.Ficha de proceso Nivel 3: GESTIÓN DE REGISTROS – A**

<b>Nombre</b>	Gestión de registros médicos e información - A	<b>Código</b>	M06.01.01.07
<b>Objetivo</b>	Registrar la información mensual de los profesionales de la salud y procesar la información para el pago de remuneraciones, entre otros.		
<b>Indicador</b>	Número de los registros de las atenciones ejecutadas durante las siguientes 24 horas de realizada la atención		
<b>Responsable</b>	Informática de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria (soporte informático)		
<b>Alcance</b>	Desde que entrega el parte de visita hasta el pago de remuneración del profesional de la salud		
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>
Profesionales de la salud		-Registro de producción o visitas de los profesionales de la salud -Planilla de pagos, horas extras, bonificaciones -Equipos móviles	Pago de remuneración al profesional de la salud
			Médico coordinador- PADOMI Oficina de Digitación Oficina de contabilidad Área de Soporte Informático y de programación
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Entregar parte de las visitas	1	Médico encargado PADOMI	Oficina de Archivo
Revisar parte y sellar	2	Técnico de archivo	Oficina de Digitación
Remitir parte y hoja clínica	3	Técnico de archivo	Oficina de Digitación
Clasificar por grupos de profesión	4	Técnico de archivo	Oficina de Digitación
Revisar información	5	Digitadores	Oficina de Digitación
Remitir inconsistencias	6	Digitadores	Oficina de Programación
Subsanar inconsistencias	7	Oficina de Programación	Oficina de Digitación
Registrar parte	8	Digitadores	Oficina de Digitación



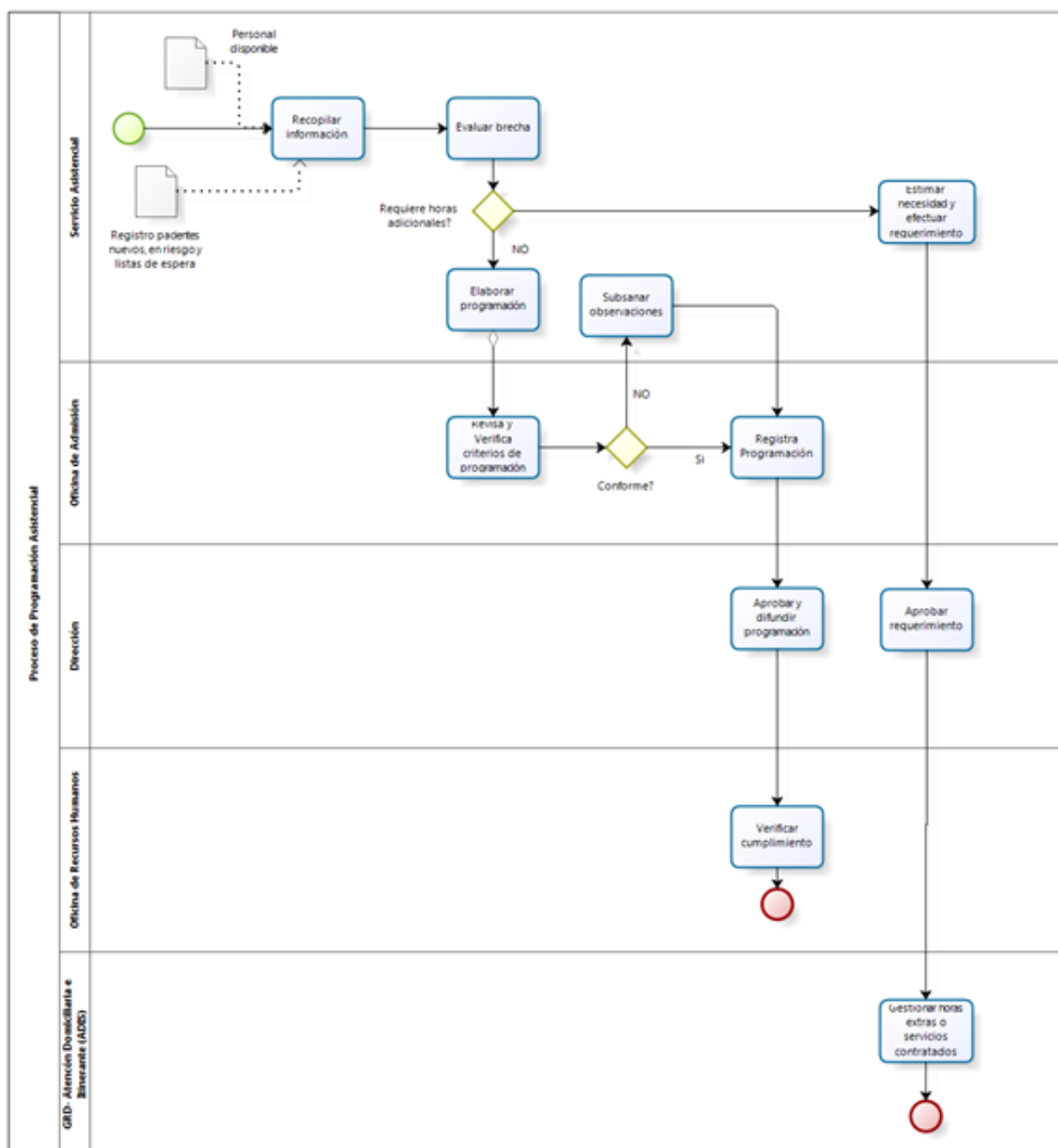
**Anexo 18. Ficha de proceso Nivel 3 – INSCRIPCIÓN (PROPUESTA)**

<b>Nombre</b>	Inscripción	<b>Código</b>	M06.01.01.01
<b>Objetivo</b>	Facilitar el acceso de los asegurados adultos mayores al PADOMI		
<b>Indicador</b>	Número de pacientes nuevos / Número total de pacientes inscritos al PADOMI		
	Número de pacientes inscritos al PADOMI/ Número de adultos mayores de 80 años adscritos a la IPRESS		
<b>Responsable</b>	Oficina de Admisión		
<b>Alcance</b>	Desde la inscripción de parte o evaluación médica hasta la emisión de la ficha de inscripción del paciente en el PADOMI y entrega de materiales		
	<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>
	Asegurados, familiares, médico de EESS	- DNI del paciente -Compromiso de familiar cuidador (DJ)	-Ficha de inscripción -Historia Clínica -Programación de Primera visita
			Asegurado adulto mayor
	<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>
	Inscripción de derecho	1	Familiar
	Evaluación Médica	2	Médico de EESS
	Recibir solicitud	3	Oficina de Admisión
	Verificar acreditación de derecho	4	Oficina de Admisión
	Registro de inscripción del paciente en el sistema PADOMI	5	Oficina de Admisión
	Gestión de la DJ del familiar responsable	6	Oficina de Admisión
	Comunicar cita a familiar	7	Oficina de Admisión
	Programación de la primera cita PADOMI	8	Oficina de Admisión
			<b>Salidas</b>
			Constancia de registro PADOMI Historia clínica domiciliaria
			DJ registrada
			Programación de visitas
			Programación de visitas
			<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
			Asegurado adulto mayor
			Asegurado adulto mayor
			Asegurado adulto mayor
			Asegurado adulto mayor
			Asegurado adulto mayor
			Asegurado adulto mayor
			Asegurado adulto mayor
			Paciente adulto mayor



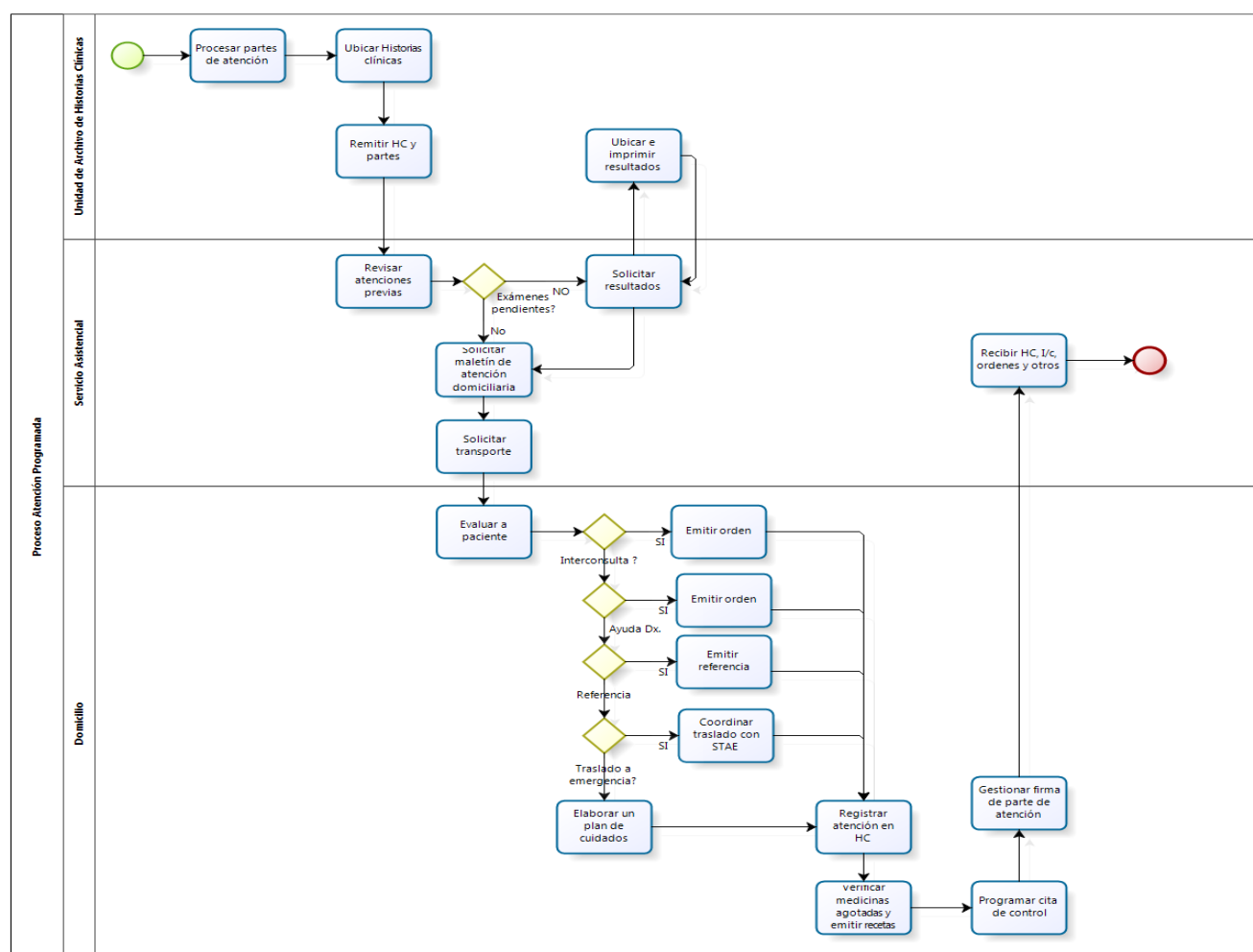
**Anexo 19. Ficha de proceso Nivel 3 – PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL (PROPUESTA)**

<b>Nombre</b>	Programación Asistencial	<b>Código</b>	M06.01.01.02	
<b>Objetivo</b>	Elaborar la programación del personal asistencial del PADOMI			
<b>Indicador</b>	Número visitas validadas = Número de visitas verificadas / Número de visitas programadas (mensual)			
	Número de horas programadas del personal de salud / Número total de horas disponibles del personal de salud			
	Número de horas ejecutadas / Número de horas programadas			
<b>Responsable</b>	Jefe de Servicio Asistencial			
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la programación de visitas domiciliarias hasta la verificación del cumplimiento de las visitas			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>	
Profesionales de la salud	Registro de pacientes <b>nuevos</b> al PADOMI, listas de espera -Número de horas regulares disponibles -Número de horas extras disponibles -Programación de vacaciones, descansos médicos, licencias	-Programación mensual	Servicio Asistencial Oficina de Admisión Dirección Oficina de Recursos Humanos GRD- Atención Domiciliaria e Itinerante (ADIS)	
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Registrar pacientes nuevos, en riesgo y listas de espera	1	Servicio Asistencial	Listado de profesionales disponible. Número de pacientes nuevos	Servicio Asistencial
Disponer del registro de personal disponible	2	Servicio Asistencial	Listado de profesionales de la salud registrados	Servicio Asistencial
Evaluar brecha	3	Servicio Asistencial	Resultados de la brecha	Servicio Asistencial
Revisar y verificar criterios de programación	4	Oficina de Admisión	Criterios de programación verificados	Oficina de Admisión y Registros Médicos
Registrar programación	5	Oficina de Admisión	Proyecto de programación en revisión	Servicio Asistencial
Subsanar observaciones	6	Servicio Asistencial	Programación registrada	Oficina de Admisión y Registros Médicos
Evaluar requerimiento de horas adicionales	7	Servicio Asistencial	Listado de horas adicionales	Servicio Asistencial
Estimar necesidad y efectuar requerimiento	8	Servicio Asistencial	Proyecto de requerimiento	Servicio Asistencial
Aprobar y difundir programación	9	Director de la IPRESS	Programación difundida	Dirección de IPRESS
Gestionar horas extras o servicios contratados	10	Oficina de Recursos Humanos	Listado de horas extras y servicios	GRD- Atención Domiciliaria e Itinerante (ADIS)
Verificar cumplimiento	11	GRD- Atención Domiciliaria e Itinerante (ADIS)	Informe de monitoreo y control	GRD- Atención Domiciliaria e Itinerante (ADIS)



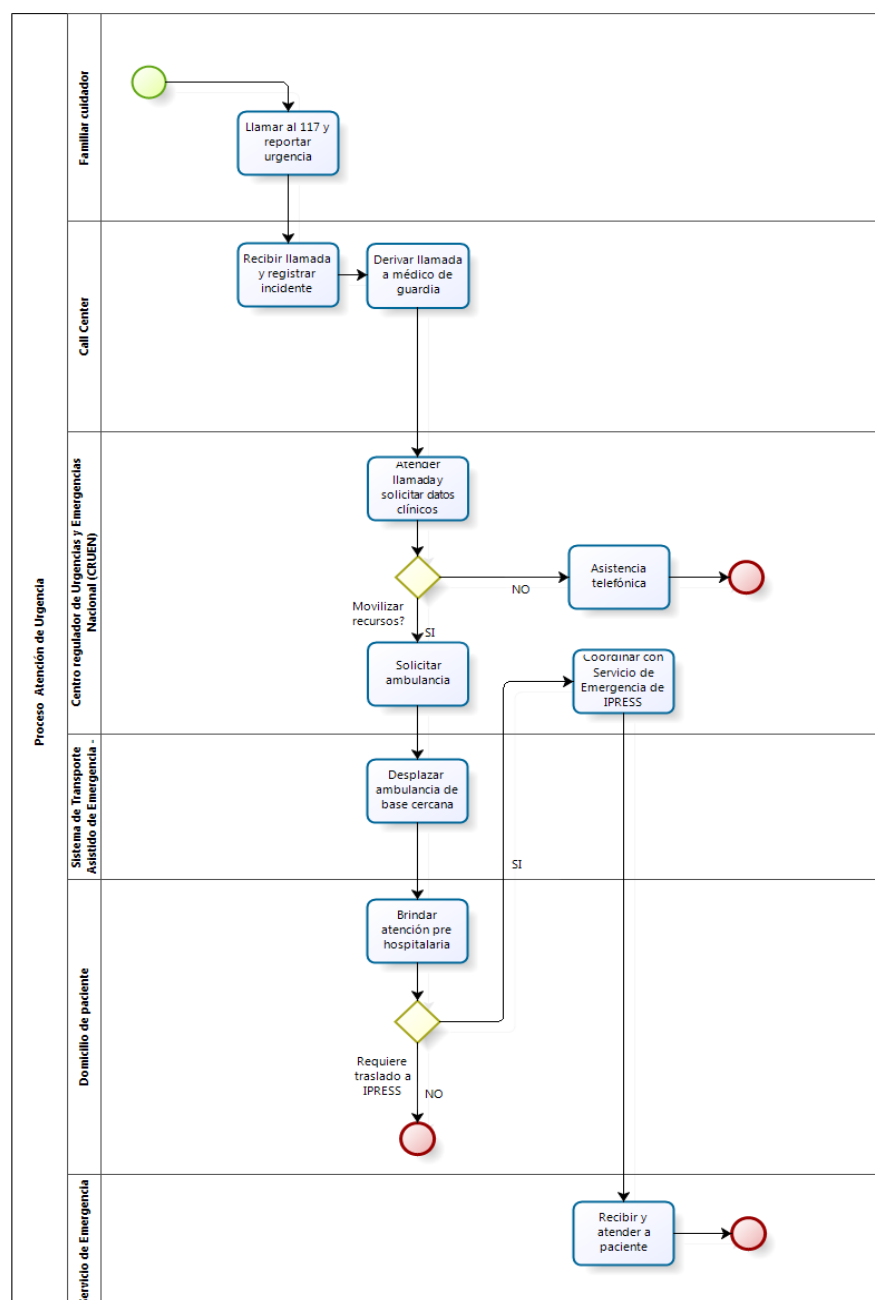
### Anexo 20. Ficha de proceso Nivel 3 – ATENCIÓN PROGRAMADA (PROPUESTA)

<b>Nombre</b>	Atención Programada	<b>Código</b>	M06.01.01.03	
<b>Objetivo</b>	Brindar atención médica regular a los asegurados en sus domicilios			
<b>Indicador</b>	Número de asegurados atendidos / Número de asegurados programados (mensual)			
	Número de ingresos hospitalarios de pacientes de PADOMI / Número de asegurados de PADOMI atendidos (mensual)			
	Nº de referencias emitidas/ Nº de pacientes atendidos			
<b>Responsable</b>	Director de Atenciones Programadas			
<b>Alcance</b>	Desde la primera visita médica al domicilio del paciente hasta la emisión de la interconsulta u hojas de referencia al establecimiento de salud			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>	
Profesionales de la salud, familiares	-Registro de programación asistencial -Parte de atención -Historias clínicas de pacientes	-Emisión de prescripción médica y solicitud de exámenes. -Receta médica -Hoja de referencia -Llenado del parte de visita domiciliaria. -Registro de información en la historia clínica domiciliaria	Unidad de Archivo de Historias Clínicas Servicio Asistencial Asegurado adulto mayor	
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Procesar partes de atención	1	Unidad de archivo de Historias Clínicas	Registro de Historias Clínicas y partes de atención	Médico encargado- PADOMI
Ubicar Historias clínicas	2	Unidad de archivo de Historias Clínicas	Emitir el diagnóstico	Asegurado adulto mayor
Remitir HC y partes	3	Unidad de archivo de Historias Clínicas	Registro en el parte diario de atención domiciliaria	Asegurado adulto mayor
Revisar atenciones previas	4	Servicio Asistencial	Informe de atenciones	Servicio Asistencial
Verificar si tiene exámenes pendientes	5	Servicio Asistencial	Informe de exámenes pendientes	Servicio Asistencial
Solicitar maletín de atención domiciliaria	6	Servicio Asistencial	Maletín	Médico encargado- PADOMI
Solicitar transporte	7	Servicio Asistencial	Ambulancia a disposición	Médico encargado- PADOMI
Evaluar a paciente	8	Domicilio del paciente	Paciente evaluado	Asegurado adulto mayor STAE Oficina de Admisión Oficina de referencia Ayuda al Diagnóstico
Emitir solicitud de Interconsulta	9	Domicilio del paciente	Orden de interconsulta	Oficina de Admisión
Emitir orden de Ayuda Diagnóstica	10	Domicilio del paciente	Orden emitida	Oficina de Ayuda al Diagnóstico
Emitir referencia	11	Domicilio del paciente	Orden de referencia	Oficina de referencia
Coordinar traslado con STAE	12	Domicilio del paciente	Ambulancia en domicilio	STAE
Registrar atención en HC	13	Domicilio del paciente	Registro de evaluación médica	Familiar Servicio Asistencial
Elaborar plan de cuidados	14	Domicilio del paciente	Plan de cuidados aprobado	Médico encargado- PADOMI
Programar cita de control	15	Domicilio del paciente	Receta Médica	Asegurado adulto mayor Farmacia
Recibir HC, I/C órdenes y otros	16	Servicio Asistencial	Orden de Ayuda Diagnóstica	Asegurado adulto mayor Oficina de Ayuda al Diagnóstico
Verificar medicinas agotadas y emitir recetas	17	Domicilio del paciente	Orden de interconsulta	Asegurado Adulto mayor Oficina de interconsulta
Gestionar firma de parte de atención	18	Domicilio del paciente	Orden de traslado	Asegurado adulto mayor STAE



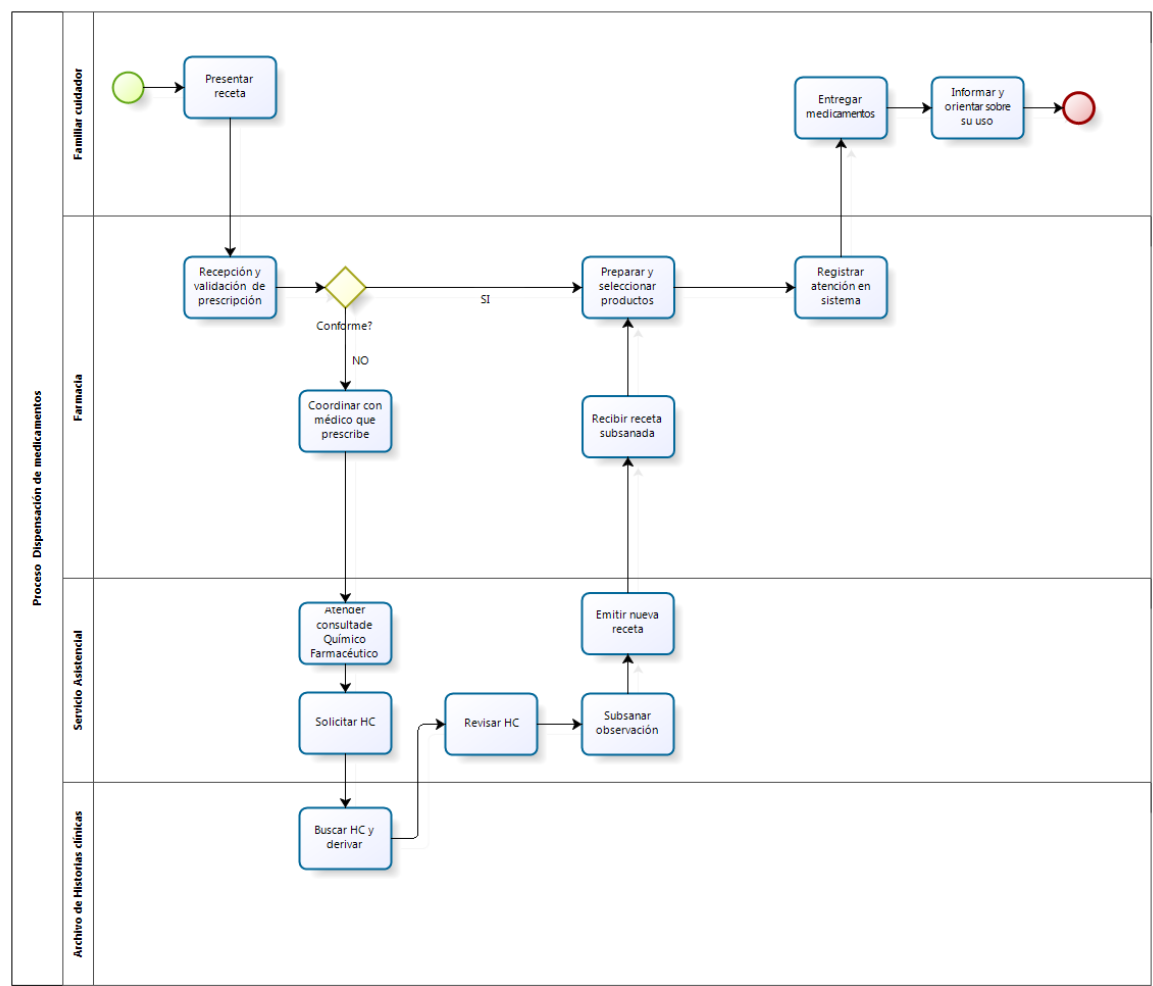
### Anexo 21. Ficha de proceso Nivel 3 – ATENCIÓN DE URGENCIA Y EMERGENCIA (PROPUESTA)

<b>Nombre</b>	Atención de Urgencia y Emergencia		<b>Código</b>	M06.01.01.04
<b>Objetivo</b>	Brindar atención de urgencia y emergencia a los pacientes inscritos al PADOMI			
<b>Indicador</b>	Número de urgencias atendidos antes de las 24 horas (oportunamente)			
<b>Responsable</b>	Director de Atención No programada			
<b>Alcance</b>	Desde la atención de la llamada al Call Center hasta el traslado al establecimiento de salud o el control médico en domicilio			
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>
Profesionales de la salud		-Registro de Call Center -Número de vehículos en funcionamiento -Número de equipos médicos disponibles para traslado -Número de médicos en Unidad Móvil	-Paciente hospitalizado en establecimiento de salud -Control en Hospital en casa	-Asegurado Adulto Mayor - Área de Call Center -Área de soporte informático -Transporte Asistido de Emergencias- STAE
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Llamar al 117 y reportar urgencia	1	Familiar	Comunicación atendida	Dirección de Atención No Programada
Recibir llamada y registrar incidente	2	Operador del Call center	Registro de la llamada de urgencia	Dirección de Atención No Programada
Derivar llamada a médico de guardia	3	Operador del Call center	Orientación telefónica	Asegurado adulto mayor Dirección de Atención No Programada
Atender llamada y solicitar datos clínicos	4	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Triage en línea	Asegurado adulto mayor Dirección de Atención No Programada
Movilizar recursos	5	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Dispone recursos para la visita	Asegurado adulto mayor Dirección de Atención No Programada
Asistencia telefónica	6	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Diagnóstico de paciente	Asegurado adulto mayor
Solicitar ambulancia	7	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Llamada de coordinación	Asegurado adulto mayor Sistema de Transporte Asistido de Emergencias- STAE Dirección de Atención No Programada
Desplazar ambulancia de base cercana	8	Sistema de Transporte Asistido de Emergencia - STAE	Aceptación de paciente	STAE
Brindar atención pre hospitalaria	9	Domicilio de paciente	Unidad movil	Asegurado adulto mayor
Requiere traslado a IPRESS	10	Domicilio de paciente	Paciente estable	Asegurado adulto mayor
Coordinar con Servicio de Emergencia de IPRESS	11	Centro regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN)	Traslado	Establecimiento de salud
Recibir y atender a paciente	10	Familiar cuidador	Paciente estable	Asegurado adulto mayor



**Anexo 22. Ficha de proceso Nivel 3 – DISPENSACIÓN (PROPUESTA)**

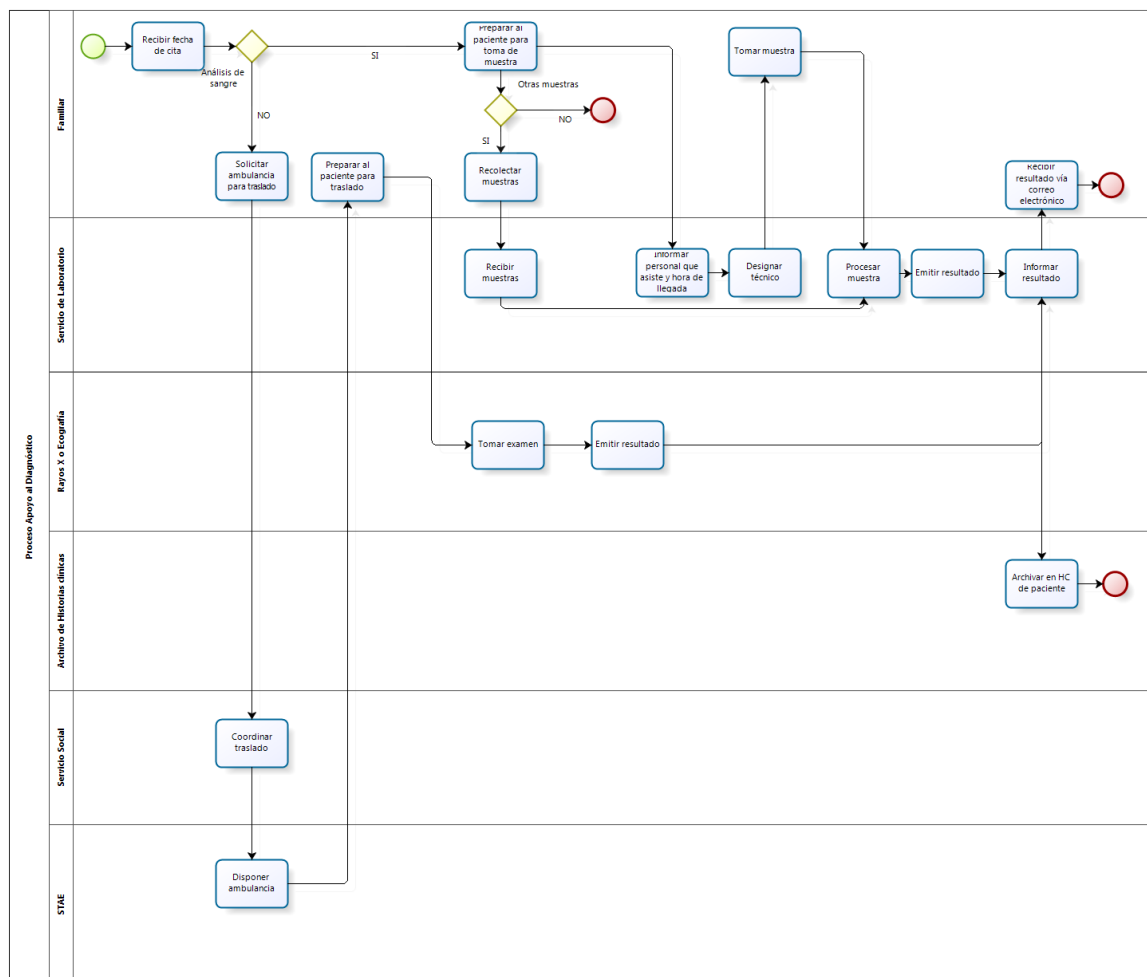
<b>Nombre</b>	Dispensación de medicamentos y material médico	<b>Código</b>	M06.01.01.06	
<b>Objetivo</b>	Entregar medicamentos a los pacientes y material médico a los profesionales de la salud			
<b>Indicador</b>	Número de recetas atendidas / Número de solicitudes de recetas médicas (mensual)			
<b>Responsable</b>	Gerente de Atención No programada			
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la receta médica al paciente hasta la recepción del medicamento por el familiar a cargo y la recepción de equipos por el médico encargado- PADOMI			
<b>Proveedores</b>		<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>
Profesionales de la salud Servicio de farmacia		-Base de datos de medicamentos disponibles -Receta médica -Registro de recojo de medicamentos	Medicamentos entregados	Asegurado adulto mayor
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Presentar receta	1	Familiar cuidador	Proyecto de receta para validación	Asegurado adulto mayor
Recepción y validación de prescripción	2	Farmacia	Receta validada	Asegurado adulto mayor
Preparar y seleccionar productos	3	Farmacia	Entrega de medicamentos	Farmacia
Registrar atención en sistema	4	Farmacia	Medicamentos registrados en sistema	Farmacia
Entregar medicamentos	5	Farmacia	Medicamentos entregados	Asegurado adulto mayor
Informar y orientar sobre su uso	6	Farmacia	Familiar orientado sobre uso de medicamento	Asegurado adulto mayor





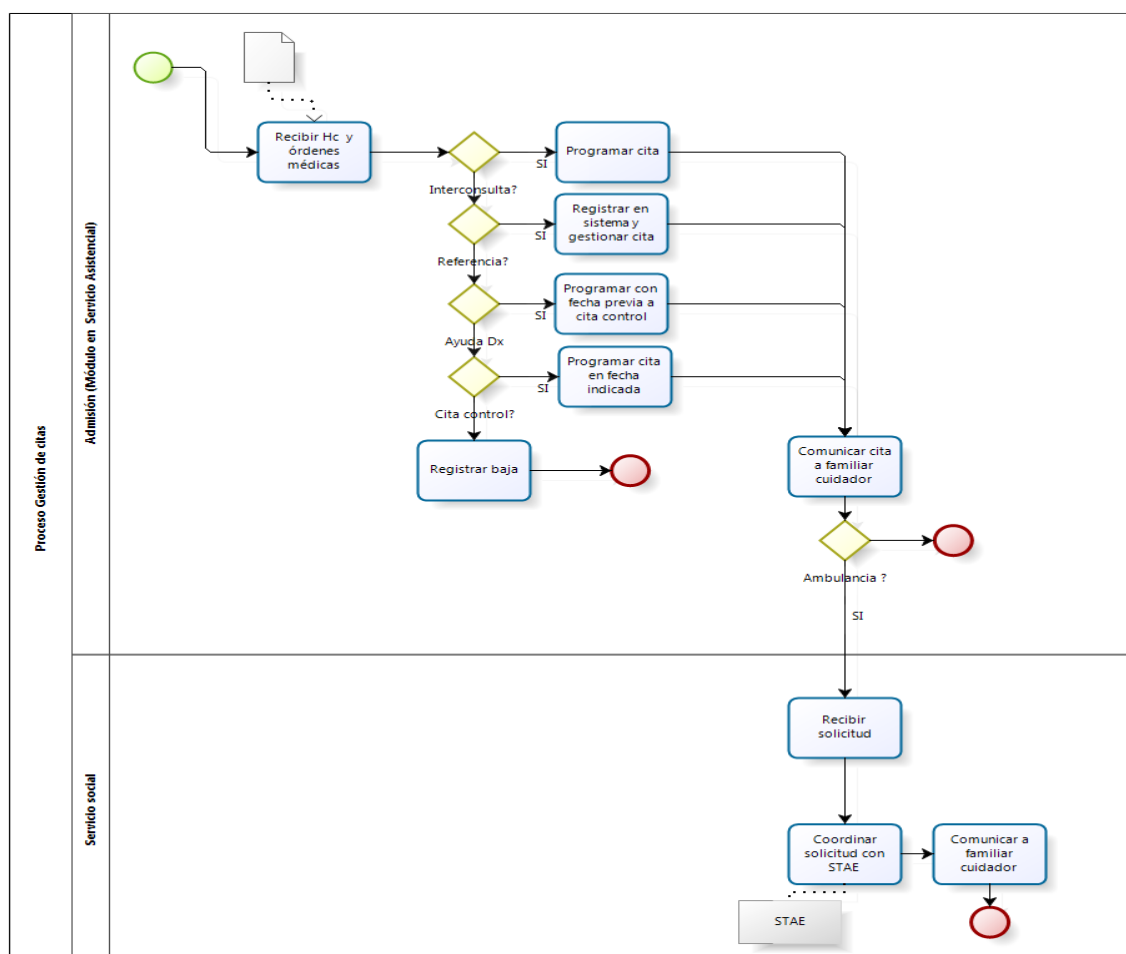
**Anexo 23. Ficha de proceso Nivel 3 – APOYO AL DIAGNÓSTICO (PROPUESTA)**

<b>Nombre</b>	Atención de Ayuda Diagnóstica	<b>Código</b>	M06.01.01.05
<b>Objetivo</b>	Contribuir a la precisión del diagnóstico de los pacientes para el tratamiento médico		
<b>Indicador</b>	Número de exámenes médicos con resultado / Número de exámenes médicos solicitados (mensual)		
<b>Responsable</b>	Director de Atención de No programada		
<b>Alcance</b>	Desde la emisión de la orden de ayuda diagnóstica correspondiente hasta que se obtienen los resultados de las pruebas solicitadas		
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>
Profesionales de la salud	-Orden médica del examen -Registro de muestras médicas -Registro de citas	Asegurado con resultado del examen médico	Asegurado adulto mayor
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>
Recibir fecha de cita	1	Familiar	Cita programada
Preparar al paciente para toma de muestra de sangre	2	Familiar	Paciente preparado
Solicitar ambulancia para traslado	3	Familiar	Confirmación de Traslado en Ambulancia
Coordinar traslado	4	Servicio Social	Paciente trasladado
Recolectar muestras (Otras muestras)	5	Familiar	Muestras tomadas
Informar personal que asiste y hora de llegada	6	Servicio de Laboratorio	Familiar informado
Designar técnico	7	Servicio de Laboratorio	Técnico asignado
Recibir muestras	8	Servicio de Laboratorio	Muestras registradas
Procesar muestra	9	Servicio de Laboratorio	Resultado
Emitir resultado	10	Servicio de Laboratorio	Informe de resultados
Informar resultado	11	Servicio de Laboratorio	Familiar informado
Disponer ambulancia	12	STAE	Ambulancia programada
Preparar al paciente para traslado	13	Familiar	Paciente listo para traslado
Tomar examen	14	Servicio de Rayos X o Ecografía	Examen tomado
Emitir resultado	15	Servicio de Rayos X o Ecografía	Informe de resultados
Recibir resultado vía correo electrónico	16	Familiar	Correo electrónico enviado
Archivar en HC de paciente	17	Archivo de Historias Clínicas	Resultado integral de los exámenes solicitados



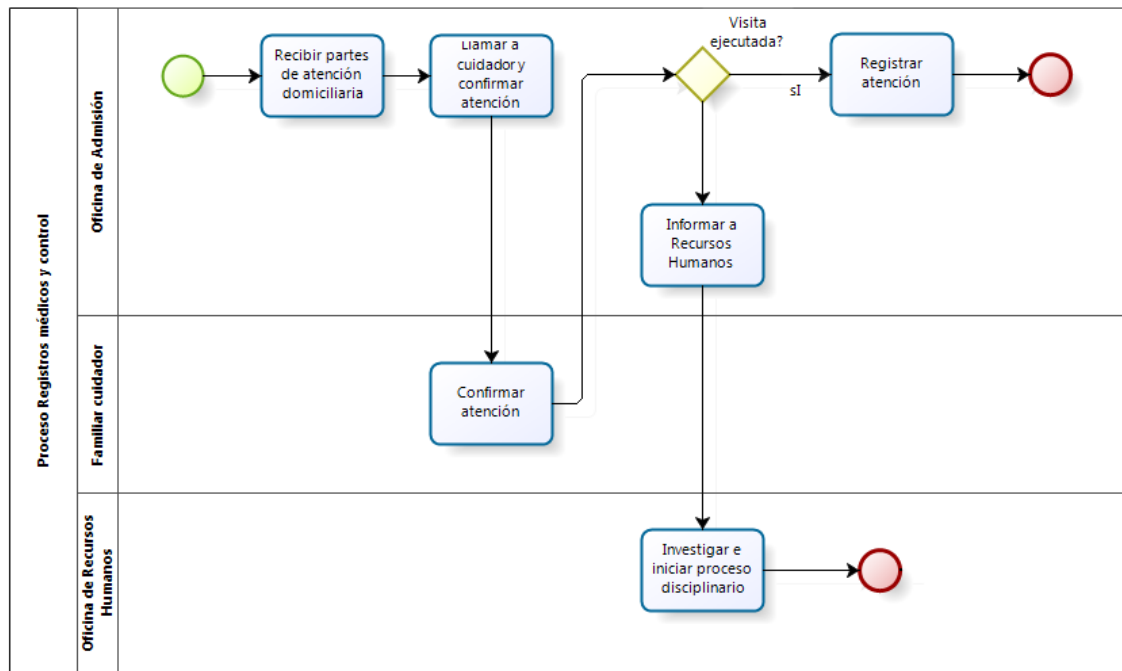
**Anexo 24. Ficha de proceso Nivel 3 – GESTIÓN DE CITAS (PROPUESTA)**

<b>Nombre</b>	Gestión de CITAS	<b>Código</b>	M06.01.01.08	
<b>Objetivo</b>	Programar las citas de forma priorizada de acuerdo a la solicitud del médico a domicilio			
<b>Indicador</b>	Número de citas programadas/ Número de órdenes solicitadas			
<b>Responsable</b>	Módulo del servicio asistencial			
<b>Alcance</b>	Desde que se recibe órdenes del médico a domicilio hasta la atención de la citas programadas			
Proveedores		Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Profesionales de la salud		-Interconsultas -Referencias -Ayuda Dx -Cita control Solicitadas por el médico a domicilio	Programación de las interconsultas, referencias, Ayudas Dx y citas de control solicitadas por el médico a domicilio	Admisión - Módulo de Servicios Asistenciales
Nombre de las actividades	Código de la actividad	Nombre del puesto ejecutor	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Recibir Hc y órdenes médicas	1	Admisión (módulo en Servicio Asistencial)	Parte entregado	Oficina de Archivo
Programar cita Interconsulta	2	Admisión (módulo en Servicio Asistencial)	Cita de interconsulta programada	Oficina de Archivo
Registrar Referencia en sistema y gestionar cita	3	Admisión (módulo en Servicio Asistencial)	Registro de referencia en el sistema	Oficina de Archivo
Programar ayuda Dx con fecha previa a cita control	4	Admisión (módulo en Servicio Asistencial)	Ayuda Diagnóstica Programada	Oficina de Archivo
Programar cita control en fecha indicada	5	Admisión (módulo en Servicio Asistencial)	Cita control programada	Oficina de Archivo
Recibir solicitud de Ambulancia	6	Servicio Social	Pedido de ambulancia	Oficina de Archivo
Coordinar solicitud con STAE	7	Servicio Social	Ambulancia programada	Oficina de Archivo
Comunicar a familiar cuidador	8	Servicio Social	Familiar informado	Oficina de Archivo
Registrar baja	10	Admisión (módulo en Servicio Asistencial)	Cita atendida	Oficina de Archivo



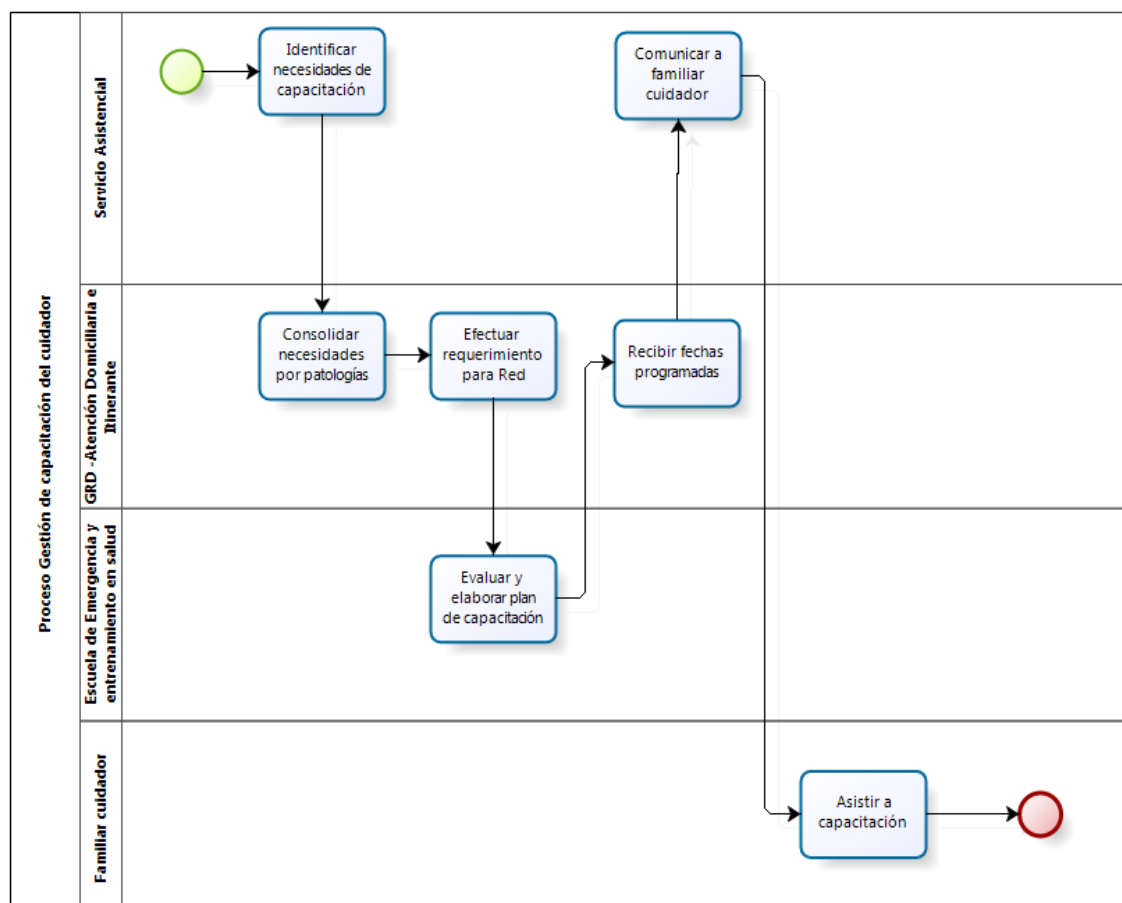
**Anexo 25. Ficha de proceso Nivel 3 – REGISTROS MÉDICOS (PROPUESTA)**

<b>Nombre</b>	Gestión de registros médicos e información	<b>Código</b>	M06.01.01.07	
<b>Objetivo</b>	Registrar la información mensual de los profesionales de la salud y procesar la información para el pago de remuneraciones, entre otros.			
<b>Indicador</b>	Número de los registros de las atenciones ejecutadas durante las siguientes 24 horas de realizada la atención			
<b>Responsable</b>	Informática de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria (soporte informático)			
<b>Alcance</b>	Desde que entrega el parte de visita hasta el pago de remuneración del profesional de la salud			
Proveedores		Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Profesionales de la salud		-Registro de producción o visitas de los profesionales de la salud -Planilla de pagos, horas extras, bonificaciones -Equipos móviles	Pago de remuneración al profesional de la salud	Médico coordinador- PADOMI Oficina de Digitación Oficina de contabilidad Área de Soporte Informático y de programación
Nombre de las actividades	Código de la actividad	Nombre del puesto ejecutor	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Recibir partes de atención domiciliaria	1	Oficina de Admisión	Registro sistematizado de órdenes médicas	Paciente Adulto Mayor
Llamar a cuidador y confirmar atención	2	Oficina de Admisión	Registro de visitas verificado	Paciente Adulto Mayor
Registrar atención	5	Oficina de Admisión	Atención confirmada	Paciente Adulto Mayor
Informar a Recursos Humanos	6	Oficina de Admisión	Visita no realizada	Paciente Adulto Mayor
Investigar e iniciar proceso disciplinario	7	Oficina de RRHH	Sanción disciplinaria	Paciente Adulto Mayor



**Anexo 26. Ficha de proceso Nivel 3 – CAPACITACIÓN (PROPUESTA)**

<b>Nombre</b>	Capacitación al familiar cuidador	<b>Código</b>	M06.01.01.07	
<b>Objetivo</b>	Capacitar adecuadamente al familiar cuidador en manejo y trato al paciente adulto mayor.			
<b>Indicador</b>	Número de los familiares capacitados antes de la primera visita			
<b>Responsable</b>				
<b>Alcance</b>	Desde que entra adulto mayor es registrado como paciente PADOMI hasta antes de la primera visita			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Salidas</b>	<b>Usuarios</b>	
Profesionales de la salud	-Registro de pacientes PADOMI	Familiares capacitados en técnicas y trato al paciente adulto mayor	Servicio Asistencial GRD -Atención Domiciliaria e Itinerante Escuela de Emergencia y entrenamiento en salud Familiar cuidador	
<b>Nombre de las actividades</b>	<b>Código de la actividad</b>	<b>Nombre del puesto ejecutor</b>	<b>Salidas</b>	<b>Destinatario de los bienes y servicios</b>
Identificar necesidades de capacitación	1	Servicio Asistencial	Programación de capacitaciones	Paciente Adulto Mayor
Consolidar necesidades por patologías	2	GRD - Atención domiciliaria e itinerante	Programación de capacitaciones especializadas	Paciente Adulto Mayor
Efectuar requerimiento para Red	3	GRD - Atención domiciliaria e itinerante	Programación con asignación técnica	Paciente Adulto Mayor
Evaluar y elaborar plan de capacitación	4	Escuela de Emergencias y Entrenamiento en salud	Plan definitivo de capacitación	Paciente Adulto Mayor
Recibir fechas programadas	5	GRD - Atención domiciliaria e itinerante	Programación aprobada	Paciente Adulto Mayor
Comunicar a familiar cuidador	6	Servicio Asistencial	Familia con fecha de capacitación	Paciente Adulto Mayor
Asistir a capacitación	7	Familiar cuidador	Familiar capacitado	Paciente Adulto Mayor



## **Notas biográficas**

### **Pilar Ávila de la Cruz**

Nació en Lima, el 7 de marzo de 1980. Abogada titulada de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Cuenta con experiencia en la elaboración de investigaciones en temas relacionados con la Gestión Pública, con énfasis en el Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, Descentralización y Programas Sociales de Carácter Alimentario. Actualmente se desempeña como Analista en el Departamento de Estudios de la Gerencia de Estudios y Gestión Pública de la Contraloría General de la República.

### **Consuelo Suzette Gonzales Cubas**

Nació en Lima, el 12 de diciembre de 1971. Licenciada en Estadística, egresada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Cuenta con más de quince años de experiencia en el análisis de datos e investigaciones estadísticas y más de diez años en gestión de Programas Sociales, con énfasis en seguimiento, monitoreo y evaluación. Ha conducido equipos multidisciplinarios de Estadística e Informática y de Monitoreo y Evaluación por breves periodos. Actualmente se desempeña como consultora independiente realizando análisis estadístico de datos para instituciones como la Contraloría General de la República y el Ministerio de Agricultura.

### **Elizabeth Ángela Limo Huamán**

Nació en Chiclayo, el 2 de marzo de 1975. Abogada titulada por la Universidad Pedro Ruiz Gallo. Tiene un diplomado en simplificación administrativa por la USMP y una especialización en derecho administrativo por ESAN.

Actualmente es jefa de división de la gerencia de organización y procesos de EsSalud donde trabaja en la elaboración de documentos normativos de gestión.