



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES  
DEPARTAMENTO GESTIÓN EMPRESARIAL  
CHILLAN**

# **“REESTRUCTURACION DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD EN EL HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLAN”**

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE CONTADOR AUDITOR**

**ALUMNA: MARCELA DEL PILAR MELLAFE GALLEGOS.**

**PROFESOR GUIA: SR. LUIS SAN MARTÍN HERNÁNDEZ.**

**CHILLAN, JUNIO DE 2009.**

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	Pág. N° 06.
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>“ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN”</b>	<b>Pág. N° 09.</b>
1.1 RESEÑA HISTORICA HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLAN .....	Pág. N° 10.
1.2 MARCO JURÍDICO .....	Pág. N° 12.
1.3 VALORES INSTITUCIONALES .....	Pág. N° 12.
1.4 ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN .....	Pág. N° 13.
1.5 ORGANIGRAMA .....	Pág. N° 15.
1.5.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTÍN .....	Pág. N° 16.
1.6. ANALISIS FODA .....	Pág. N° 21.
1.6.1. FORTALEZAS.	
1.6.2. DEBILIDADES.	
1.6.3. OPORTUNIDADES.	
1.6.4. AMENAZAS.	
1.7. VISION DEL HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLAN .....	Pág. N° 23.
1.8. MISION DE LA ENTIDAD .....	Pág. N° 23.
1.9. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA INSTITUCIÓN.....	Pág. N° 23.
1.10. ESTRATEGIAS A SEGUIR .....	Pág. N° 24.
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>“CENTROS DE RESPONSABILIDAD” .....</b>	<b>Pág. N° 26.</b>
2.1. CRITERIOS PARA LA ORGANIZACIÓN EN CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....	Pág. N° 27.

<b>2.2. DEFINICIÓN DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD ....</b>	<b>Pág. N° 30.</b>
a) Centro de Responsabilidad Final.	
b) Centro de Responsabilidad Intermedio.	
c) Centro de Responsabilidad Logístico.	
<b>2.3. OBJETIVOS DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. N° 33.</b>
<b>2.4. DIFERENCIA ENTRE UN CENTRO Y OTRO .....</b>	<b>Pág. N° 33.</b>
<b>2.5. CARACTERÍSTICAS DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. N° 34.</b>
<b>2.6. AREAS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. N° 34.</b>
<b>2.7. TIPOS DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. N° 35.</b>
<b>2.8. VENTAJAS DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD ....</b>	<b>Pág. N° 36.</b>
<b>2.9. DESVENTAJAS DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD</b>	<b>Pág. N° 37.</b>
<b>2.10. COMPONENTES A TENER PRESENTES EN LA CONFORMACIÓN DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. N° 38.</b>
<b>2.11. CLASIFICACION DE LOS C. DE R. ....</b>	<b>Pág. N° 38.</b>
<b>2.12. REQUISITOS MINIMOS QUE DEBE CUMPLIR UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD PARA FUNCIONAR .....</b>	<b>Pág. N° 39.</b>
<b>2.13. DEFINICIÓN Y REQUISITOS MINIMOS PARA SER AUTOGESTIONADOS .....</b>	<b>Pág. N° 39.</b>
<b>2.14. COMO SE EVALUAN LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS .....</b>	<b>Pág. N° 41.</b>
 <b>CAPITULO 3</b>	
<b>“IMPLEMENTACION DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD”...</b>	<b>Pág. N° 42.</b>
 <b>3.1. DIAGNOSTICO DE LOS ACTUALES CENTROS DE REponsabilidad .....</b>	<b>Pág. N° 43.</b>
<b>3.2. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ASOCIADOS CON LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. N° 46.</b>

<b>3.3. OBJETIVOS DE LA IMPLEMENTACION DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 47.</b>
<b>3.4. FACTORES DE ÉXITO PARA SU IMPLEMENTACION .....</b>	<b>Pág. Nº 47.</b>
<b>3.5. MEDIOS DE VERIFICACIÓN .....</b>	<b>Pág. Nº 51.</b>
<b>3.6. ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACION DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 52.</b>
<b>3.6.1 Etapa de Diseño.</b>	
<b>3.6.2. Etapa Puesta en Marcha.</b>	
<b>3.6.3. Etapa de Funcionamiento.</b>	
<b>3.7. PROPUESTA DE REESTRUCTURACION DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 68.</b>
<b>3.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>Pág. Nº 68.</b>
<b>3.7.2. ANÁLISIS DE LOS ESCENARIOS .....</b>	<b>Pág. Nº 69.</b>
<b>A) Descripción de las Fortalezas.</b>	
<b>B) Descripción de la Oportunidades.</b>	
<b>C) Descripción de las Debilidades.</b>	
<b>3.7.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>Pág. Nº 74.</b>
<b>3.7.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO .....</b>	<b>Pág. Nº 74.</b>
<b>3.7.4.1 Objetivo General.</b>	
<b>3.7.4.2 Objetivos Específicos.</b>	
<b>3.7.5. ¿COMO IMPLEMENTAR? .....</b>	<b>Pág. Nº 75.</b>
<b>3.7.6. CONSIDERAR QUE LA PROPUESTA MAS ADECUADA ES LA DE LOS PROCESOS .....</b>	<b>Pág. Nº 76.</b>
<b>3.7.6.1 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ESTA FORMA DE AGRUPACIÓN DE CENTROS .....</b>	<b>Pág. Nº 79.</b>
<b>3.7.7. ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACION DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 81.</b>
<b>3.7.8. PROCESOS DE IMPLEMENTACION DE LOS MACRO-CENTROS .....</b>	<b>Pág. Nº 86.</b>

<b>3.7.9. DESCRIPCION DE FUNCIONES: RESPONSABILIDADES Y ATRIBUCIONES QUE DEBERA TENER EL JEFE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 89.</b>
<b>3.7.10 SISTEMA DE INFORMACIÓN CON QUE CONTARA EL JEFE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD ....</b>	<b>Pág. Nº 93.</b>
<b>3.7.11 COSTOS ESPERADOS DE LA CREACIÓN DE LOS MACRO-CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 94.</b>
<b>3.7.12 INVERSION PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 94.</b>
<b>3.7.13 COSTOS DE OPERACIÓN DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 95.</b>
<b>3.7.14 BENEFICIOS ESPERADOS CON LA INSTALACIÓN DE LOS MACRO-CENTROS DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>Pág. Nº 96.</b>
<b>3.7.15 PROPUESTA DE COORDINACIÓN DE ACCIONES ..</b>	<b>Pág. Nº 97.</b>
<b>3.8. SISTEMA DE COSTO UTILIZADO (SIGFE) .....</b>	<b>Pág. Nº 99.</b>
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>Pág. Nº 102</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>Pág. Nº 103</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>Pág. Nº 165</b>

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los buenos indicadores de salud de Chile y del deseo del gobierno actual de establecer equidad en los servicios y poner en marcha un sistema descentralizado, el sistema de salud modelado fundamentalmente en los decenios de 1950 y 1960 no ha podido hacer frente a los cambios causados por la transición demográfica y el nuevo perfil epidemiológico de la población. Uno de los grandes problemas es que los niveles secundarios y terciarios de atención no tienen la capacidad necesaria para responder a la demanda actual.

Chile tiene una vasta tradición de experiencia en salud pública y el Estado siempre ha tenido un papel destacado en las políticas y ejecución de programas de salud de amplia cobertura. En los años cincuenta, la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) a partir de la fusión de diversas entidades de beneficencia permitió el desarrollo de un sistema público de salud con una infraestructura hospitalaria importante e hizo posibles proyectos y programas de impacto considerable. Durante los 40 años siguientes, las condiciones generales de vida en el país mejoraron y las prestaciones del sistema público se extendieron a una población cada vez más numerosa. Ya, en 1996 la mortalidad infantil había disminuido de más de 120 a menos de 11 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la atención profesional del parto cubría a más de 97% de la población objetivo.

En 1979, el gobierno militar llevó a cabo una profunda reforma del sector de la salud. Se suspendió el financiamiento estatal directo de los servicios de salud y se creó el sistema de seguros privados conocido como Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que potenció el surgimiento vigoroso de una infraestructura de carácter privado. Actualmente ese subsector privado atiende a 25% de la población, por concepto de unos US\$ 300 per. Cápita al año. Se han generado así algunas inequidades evidentes, ya que el sector público gasta solo

\$200 per-cápita. También ha habido un aumento preocupante del costo de la atención médica a la vez que muchos usuarios se quejan de la insuficiente cobertura de los programas, de la selección negativa de los afiliados de mayor riesgo y de problemas aún no resueltos en relación con el cuidado de pacientes de la tercera edad y las enfermedades de costo extremado o *catastróficas* que debe ser asumido por el sector público, el cual se comporta como un seguro.

Con esta reforma se procuró descentralizar y regionalizar los servicios eliminando el SNS y creando en su lugar el Sistema Nacional de Servicios de Salud. La antigua Dirección General del SNS dio origen a 27 servicios con recursos financieros y humanos propios. Toda la atención primaria pasó a estar bajo la jurisdicción de los más de 300 municipios del país (1981-1989), lo que produjo en la red asistencial una desintegración que todavía no se ha llegado a evaluar muy bien.

En el año 1990, a la llegada del primer gobierno democrático, el sector público de la salud se encontraba seriamente deteriorado.

El equipamiento médico estaba obsoleto; la infraestructura física (calderas, cañerías para el agua, alambrado eléctrico y otros sistemas) había llegado a un punto crítico de deficiencia, y el escaso personal estaba desmoralizado. El sector privado había atraído al personal más capacitado ofreciendo mejores salarios y perspectivas de trabajo, y la situación se hacía especialmente difícil. Ese gobierno centró su quehacer en revertir la situación crítica del sector público de la salud aumentando la inversión de fondos de 3 a 5% del producto interno bruto, implantando un programa de equipamiento médico, normalizando los sistemas hospitalarios y creando nuevos establecimientos, de atención secundaria en particular.

Hoy se busca modernizar profundamente el sector de la salud en el sentido de establecer equidad en los servicios; reformar las prácticas de financiamiento, gestión y manejo del recurso humano; conseguir mayor participación de los actores, y poner en marcha un sistema descentralizado y de autogestión.

Los indicadores de salud en Chile son excelentes, probablemente gracias a los progresos en el nivel de vida. Además, han aumentado las expectativas y exigencias de los usuarios con respecto a la calidad de la atención. La resolución de estos problemas en el ámbito nacional exige un gran esfuerzo continuo de gestión, dotación de recursos humanos y cambios en la cultura y estructura organizacionales.

Ser autogestionado no es una idea improvisada. Se trata de un desafío establecido en la ley de autoridad sanitaria y gestión, que rige desde 1 de enero del 2005, que cambia la forma de hacer salud en Chile.

Entre los más importantes desafíos impuestos a los hospitales por la normativa hoy vigente figuran:

- Mejorar los niveles de eficiencia
- Mejorar la capacidad de respuesta a los problemas de salud de la gente.
- Trasparentar las instituciones.
- Reducir las listas de espera.
- Mejorar los niveles de satisfacción de la población.

Esta normativa introduce, además, una serie de modificaciones, siendo fundamentales las que se refieren a los hospitales públicos, de mayor complejidad, conocidos como Tipo 1.

# ***CAPITULO 1***

## **“ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCION”**

## **1.1. RESEÑA HISTORICA HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLAN.**

El nombre de este Centro Hospitalario es en honor a la distinguida dama chillaneja Herminda Martín Mieres, quién donó los fondos para que este hospital fuera construido entre los años 1941 y 1945.

Antes de esta construcción solo existía o funcionaba como centro asistencial el Hospital San Juan de Dios el que para el terremoto de 1939 quedó prácticamente reducido a escombros, solo pudo mantenerse en pie su capilla, la que hoy orgullosamente es monumento nacional.

Al inicio el hospital Herminda Martín tenía una superficie aproximada de 10.000 m<sup>2</sup>., estaba compuesta por dos edificios comunicados por un tercero los que estaban de tal ubicados de tal forma que formaban una letra H. A principios de los años 70 con la construcción de un auditorio su superficie aumenta a 13.000 m<sup>2</sup>. y en el período comprendido entre los años 1991 y 1996 se construye la actual torre quirúrgica junto a varias unidades de apoyo, completando así 23.000 m<sup>2</sup>.

Aleatoriamente en el año 1992 a un costado del hospital se construye el Consultorio Violeta Parra que fue destinado a la atención primaria. Luego entre los años 2002 y 2004 se levantan los servicios de neurología y psiquiatría, la unidad de medicina transfusional, las bodegas generales y se remodela y amplía la unidad de emergencia todo esto agrega 3.000 m<sup>2</sup> a la superficie ya construida. Paralelamente las Universidades del Bío-Bío, Católica de la Santísima Concepción, Adventista y Santo Tomás que utilizan el campo clínico construyeron módulos docentes. A su vez con el programa de Mejoramiento del Entorno Laboral del MINSAL, se construyó un gimnasio de 1.000 m<sup>2</sup>. Con todas estas construcciones este centro asistencial se constituyó en uno de los principales hitos arquitectónicos de la ciudad.

Actualmente está inmerso en una Red Asistencial conformada por: un Hospital tipo 1 (Herminda Martín de Chillán ) un hospital tipo 2 ( Hospital de San Carlos) y cinco establecimientos hospitalarios de baja complejidad tipo 4, 8 Consultorios Urbanos (2 en San Carlos, 6 entre Chillán y Chillán Viejo), 3 SAPU, 18 Consultorios Rurales y 58 Postas y Estaciones médicas rurales .

Por otra parte tiene Red Asistencia más compleja inmediata que corresponde al Hospital Clínico de la Ciudad de Concepción distancia a 100 KLM.

Es un centro de referencia provincial. Actualmente tiene el carácter docente en convenio con la Universidad Católica de la Santísima Concepción, que presta servicios a nivel secundario y terciario. Su actual dotación de camas es de 515 distribuidas en diferentes servicios tanto clínicos como quirúrgicos.

Su radio de acción se extiende hacia 21 comunas de la provincia, con algunas especialidades como la pediatría que se extiende hacia la provincia del Bío-Bío y del Maule en algunos casos.

El hospital tiene una dotación de recursos humanos de la 1.249 funcionarios, de los cuales 187 son médicos; odontólogos y químicos farmacéuticos, y 1.062 conformados por directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares.

En cuanto a sus niveles de producción el hospital muestra antecedentes de aumento en las prestaciones de salud en los últimos años y sus principales actividades son por ejemplo: (datos del año 2005)

Intervenciones quirúrgicas, Consultas médicas, Egresos hospitalarios, Exámenes diversos, Promedio de días de estada, Índice de letalidad.

## 1.2. MARCO JURÍDICO.

- 1) Ley 2.763 de agosto de 1979 , que organiza el Ministerio de Salud y crea los servicios de salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de salud pública y la Central Nacional de Abastecimiento del sistema nacional de servicio de salud.
- 2) Ley 19.937 de septiembre de 2004, que modifica la ley 2.763 en cuanto a las funciones, organización y atribuciones del Ministerio de Salud, Servicio de Salud y crea los Hospitales Autogestionados en Red.
- 3) Reglamento decreto N° 140 del 2004, que establece la estructura, organización y funciones de los Servicios de Salud.
- 4) Resolución exenta N° 313 del 21 de febrero 2006, del Director de Servicio de Salud de Ñuble, que aprueba la nueva estructura del Hospital Base Herminda Martín de Chillán.

## 1.3. VALORES INSTITUCIONALES.

Equidad:	Ofrecer igualdad de oportunidades en el acceso a la atención, de acuerdo a las prioridades sanitarias.
Participación:	Trabajar en equipo tanto al interior del Hospital como con los integrantes de la red asistencial y la comunidad de Ñuble.
Satisfacción Usuaría:	Otorgar un trato amable y oportuno.
Eficiencia:	Obtener los mejores resultados posibles con los recursos existentes.
Efectividad:	Entregar medicina basada en la mejor evidencia científica disponible.

## 1.4. ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN

### Objetivos

- A. Lograr el mejor manejo de administración de los recursos disponibles (humanos, materiales científicos y tecnológicos).
- B. Poder construir Centros de Responsabilidad que permita establecer recursos homogéneos o ser susceptibles de administrar un presupuesto flexible, en función de la programación de las actividades clínicas y administrativas.
- C. Contar con la asesoría de Relaciones Públicas, participación social, satisfacción usuaria y de comunicaciones.
- D. Conformar redes de integración y cooperación con universidades y /o centros de formación técnica en el campo docente asistencial y de gestión
- E. Contar con la participación social de la comunidad a través de los consejos consultivos de usuarios.
- F. Contar con una unidad de desarrollo institucional que de cuenta del futuro de la gestión y de las mejoras prácticas.
- G. Conformar redes de apoyo con los servicios clínicos para facilitar el cumplimiento de las garantías de las patologías AUGE y lograr el equilibrio adecuado de aquellas no garantizadas por ley.
- H. Generar la delegación de facultades, roles y responsabilidades a través de los planes de mejora de los procesos y políticas internas que llevan a una gestión administrativa descentralizada.
- I. Poder facilitar el cumplimiento de los requisitos para la autogestión.
- J. Efectuar fiscalización, control y evaluación de acciones en el ámbito asistencial y administrativo a través de una dependencia de Auditoría Interna.
- K. Poder desarrollar nuevas líneas de acción y de desarrollo por medio de una subdirección dedicada a esta misión.

- L. Mejorar la gestión operativa de coordinación de los centros de responsabilidad técnicos y administrativos por medio de las subdirecciones Médicas, Administrativa y de Enfermería.
- M. Organizar la gestión administrativa en cuatro áreas :Recursos Humanos , Abastecimiento y Finanzas , Servicio de Atención al Usuario y Apoyo a los Servicios Internos , con el objeto de disponer de un mejor soporte en los temas relativos a la Autogestión , de los Recursos Humanos ,Centros de Responsabilidad y Satisfacción de los Usuarios.
- N. Organizar la gestión asistencia por Centros de Responsabilidad con la agrupación inicial de servicios, con el objeto de permitir una gestión más efectiva en los procesos clínicos y de apoyo clínico respectivo.
- O. Conformar una unidad especializada en el rescate oportuno de los pacientes que de cuenta de procesos efectivos y de apoyo a las emergencias.



### **1.5.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTÍN.**

La estructura organizacional del Hospital Clínico Herminda Martín es de tipo piramidal, conformada por cinco niveles jerárquicos al interior de los cuales, en términos de responsabilidad de línea y de asesoría, se distinguen: Subdirecciones, Centros de responsabilidad, Secciones y /o Servicios, Oficinas y Comités, de acuerdo al siguiente detalle:

**1) PRIMER NIVEL:** Conformado por el Centro de Responsabilidad de Gestión logística denominado “Dirección”; del que depende en forma directa las siguientes unidades que constituyen el segundo nivel jerárquico:

1.1 Subdirección Administrativa (SDA), Subdirección Médica (SDM), Subdirección de Enfermería (SDE) y el Servicio de Atención Médico de Urgencia (SAMU) que para efectos de gestión constituye en sí un centro de responsabilidad intermedia.

1.2 Con un rol de asesoría a la Dirección se constituyen las siguientes unidades asesoras en términos de Oficinas y Comités:

1.2.1 Oficinas, en ellas se tiene:

- Oficina de desarrollo organizacional (ODO).
- Oficina de Proyectos.
- Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS)
- Oficina de Auditoría.
- Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas.
- Secretarías y Partes.

1.2.2 Comités y Consejos, entre los que se encuentran:

- Consejo consultivo de usuarios.
- Comité técnico administrativo.
- Comité de Infecciones Intrahospitalaria.
- Comité Paritario (Ley 1...).

- Comité bipartito de Capacitación ( ley 18.834 y ley 19.664).
- Comité de desarrollo hospitalario.

**2) SEGUNDO NIVEL:** Conformado por tres Subdirecciones y un Centro de Responsabilidad Intermedio con dependencia del Director del Hospital:

- 2.1. **Subdirección Médica**, conformada por diecisiete Centros de Responsabilidad, identificándose en términos de gestión siete centros de finales y diez centros intermedios:
- 2.2. **Subdirección Administrativa**, conformada por cuatro centros de responsabilidad logísticos y una unidad asesora denominada Oficina de Ingeniería de sistemas.
- 2.3. **Subdirección de Enfermería.**
- 2.4. **Centros de Responsabilidad SAMU.**

**3) TERCER NIVEL:** Conformado por los siguientes Centros de Responsabilidad finales, logísticos e intermedios de dependencia de la SDM y SDA:

- 3.1. **Centros de Responsabilidad Finales**, dependientes de la Subdirección Médica :
  - 3.1.1. Medicina Interna.
  - 3.1.2. Cirugía Adulto.
  - 3.1.3. Obstetricia y Ginecología.
  - 3.1.4. Pediatría.
  - 3.1.5. Neurología
  - 3.1.6. Quinto piso
  - 3.1.7. Sexto piso
- 3.2. **Centros de Responsabilidad Intermedios**, dependientes de la Subdirección Médica:
  - 3.2.1. Emergencia.

- 3.2.2. Paciente crítico adulto.
- 3.2.3. Consultorio de especialidades.
- 3.2.4. Anestesia y Pabellón.
- 3.2.5. Diálisis.
- 3.2.6. Especialidades Odontológicas.
- 3.2.7. Imagenología.
- 3.2.8. Laboratorio Clínico.
- 3.2.9. Anatomía Patológica.
- 3.2.10. Kinesiología.
- 3.2.11. Farmacia.
- 3.2.12. Medicina Transfusional.
- 3.3. **Centros de Responsabilidad logísticos**, dependientes de la Subdirección Administrativa:
  - 3.3.1. Centro de Responsabilidad de Orientación Médica y Estadística (CR, SOME).
  - 3.3.2. Centro de Responsabilidad de Abastecimiento y Finanzas. (CR, AF).
  - 3.3.3. Centro de Responsabilidad de Apoyo a los Servicios Internos (CR, ASI).
  - 3.3.4. Centro de Responsabilidad de Recursos Humanos (CR, RR.HH).

**4) CUARTO NIVEL:** Lo conforman las siguientes Secciones y /o Servicios dependiente de Centros de Responsabilidad Finales (CRF) y Centros de Responsabilidad logísticos (CRL):

**4.1 Servicios dependientes del Centro de Responsabilidad Final**

**V Piso:**

- 4.1.1. Neurología.
- 4.1.2. Traumatología.
- 4.1.3. Urología.

- 4.2 **Servicios dependientes del CRF VI Piso:**
  - 4.2.1. Cirugía Infantil.
  - 4.2.2. Oftalmología.
  - 4.2.3. Otorrino.
- 4.3 **Secciones dependientes del CRL de Orientación Médica y Estadística:**
  - 4.3.1. Sección Admisión y coordinación.
  - 4.3.2. Sección Estadística.
  - 4.3.3. Sección Archivo.
  - 4.3.4. Sección Auge y Valoradas.
- 4.4 **Secciones y Servicios dependiente del CRL Abastecimiento y Finanzas :**
  - 4.4.1. Sección Abastecimiento.
  - 4.4.2. Sección de Comercialización y Recaudación.
  - 4.4.3. Servicio de Pensionado.
  - 4.4.4. Sección Contabilidad y Presupuesto.
- 4.5 **Sección dependiente del CRL de Apoyo a los Servicios Internos:**
  - 4.5.1. Sección Alimentación.
  - 4.5.2. Sección Esterilización
  - 4.5.3. Sección Ropería y Lavandería.
  - 4.5.4. Sección Servicios Generales.
  - 4.5.5. Sección Equipos Médicos.
  - 4.5.6. Sección Mantenciones Industriales y redes
  - 4.5.7. Sección Mantenciones de Edificios y Talleres.
- 4.6 **Secciones dependientes del CRL de Recursos Humanos:**
  - 4.6.1. Sección Personal.
  - 4.6.2. Sección Remuneraciones.
  - 4.6.3. Sección Capacitación.
  - 4.6.4. Sección Salud del Personal.

**5) QUINTO NIVEL:** Lo conforman las siguientes Oficinas dependientes de los Centros de Responsabilidad logísticos y Secciones:

**5.1. Oficinas dependientes del CRL de Orientación Médica y Estadística.**

5.1.1. Oficina de Hospitalización.

5.1.2. Oficina de Servicio Social.

**5.2. Oficinas dependientes del CRL de Abastecimiento y Finanzas:**

5.2.1. Oficina de Convenios.

**5.3. Oficinas dependientes de la Sección Abastecimiento :**

5.3.1. Oficina de Compras.

5.3.2. Oficina de Bodega General.

5.3.3. Oficina de Bodega de Farmacia.

**5.4. Oficinas dependientes de la Sección Contabilidad y Presupuesto**

5.4.1. Oficina de Bienes e inventarios.

**5.5. Oficinas dependientes de la Sección Servicios Generales.**

5.5.1. Oficina de Aseo y Vigilancia.

**5.6. Oficinas dependientes del CRL de Recursos Humanos :**

5.6.1. Oficina de Bienestar.

**5.7. Oficinas dependientes de la Sección Capacitación :**

5.7.1. Oficina de Biblioteca.

**5.8. Oficinas dependientes de la Sección Salud del Personal:**

5.8.1. Oficina Policlínico del Personal.

5.8.2. Oficina Prevención de Riesgos.

## **1.6. ANALISIS FODA.**

### **1.6.1.- FORTALEZAS**

- Constituir el principal centro asistencial de la provincia.
- Vocación de servicio y sentido de pertenencia de los trabajadores del hospital.
- Planta física adecuada a las necesidades de la población.
- Diversidad de especialidades médicas.
- Equipo directivo superior cohesionado, con experiencia y formación en gestión.
- Buena relación entre equipos directivos y con autoridades regionales y nacionales.

### **1.6.2.- DEBILIDADES**

- Déficit financiero estructural, deuda vencida (> 60 días).
- Déficit gerencial de directivos intermedios
- Brechas en tecnología informática y equipamiento médico.
- Desorden en procesos administrativos y técnicos.
- Políticas comunicacionales y de desarrollo de recursos humanos que resultan insuficientes.

### **1.6.3.- OPORTUNIDADES**

- Reforma del sector salud: Ley de Autoridad Sanitaria y ley AUGE.
- Convenios docentes asistenciales con diferentes universidades regionales.
- Mejoría en las expectativas de crecimiento económico nacional.

#### **1.6.4.- AMENAZAS**

- Mantención de altas tasas de desempleo y pobreza, bajas fuentes productivas.
- Disfunción de la red asistencial comunal, provincial, regional y nacional.
- Envejecimiento de la población.
- Expectativas desmedidas de los usuarios.

## **1.7. VISION DEL HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLAN.**

La visión del Hospital Herminda Martín es llegar a ser uno de los mejores hospitales públicos del país en cuanto a la atención y la satisfacción de las necesidades de los usuarios en relación o de acuerdo a la realidad de la provincia, tanto en la parte epidemiológica como demográfica, y por supuesto basado también en los principios inspiradores de la reforma sanitaria en Chile.

## **1.8. MISIÓN DE LA ENTIDAD**

Por otro lado la misión de este centro hospitalario es que su prioridad el usuario, él es el centro, por lo que sus trabajadores en conjunto con la red asistencial harán el mayor y hasta el último esfuerzo por otorgar y brindar a la comunidad las acciones de salud en forma oportuna y sobre todo con la mejor calidad posible.

## **1.9. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA INSTITUCIÓN**

Estos son los cinco grandes Objetivos Estratégicos desarrollados por el Hospital Herminda Martín para lograr su Misión y Visión, además de acreditarse como Hospital Autogestionado en Red e implementar plenamente el modelo de Excelencia Hospitalaria.

- 1.- Mejorar la Gestión de Recursos Humanos del Hospital
- 2.- Mejorar la Gestión Clínica del Hospital y su Coordinación con la Red Asistencial de Ñuble.
- 3.- Mejorar la Gestión de los Recursos Físicos y Financieros del Hospital.
- 4.- Mejorar la Satisfacción Usuaría.
- 5.- Fortalecer la Gestión Directiva y la Responsabilidad Social del Hospital.

## 1.10. ESTRATEGIAS A SEGUIR

Esta es la descripción de las estrategias planteadas y diseñadas para el logro de cada objetivo anteriormente expuesto, algunos considerados en forma global, ya que las metas anuales serán determinadas según los avances y cambios del entorno.

- Implementar en su totalidad y fielmente la política en cada fase del ciclo laboral; en lo que se refiere específicamente lo referido a la Selección, Capacitación, Motivación, Evaluación del Desempeño, Reemplazos, a través de la aplicación de políticas ministeriales.
- Diseñar sistemas de medición de cada unidad de trabajo.
- Desarrollo de un plan integral de comunicaciones internas
- Definir y difundir una política de cuidado integral de los funcionarios.
- Definición de las brechas para responder adecuadamente a las patologías que al Hospital Herminda Martín le corresponde atender.
- Implementar los protocolos y guías clínicas en todas las patologías en Régimen de Garantías en Salud definidos por el Ministerio de Salud.
- Implementación de sistemas de Auditorias en los principales procesos clínicos.
- Diseñar plan de mejoramiento de los registros clínicos.
- Evaluaciones periódicas para mejorar las referencias de los pacientes.
- Mejoramiento de infraestructura, equipos y dotación de insumos para el logro de una atención óptima.
- Mantención de un equilibrio presupuestario y financiero entre ingresos y egresos.
- Aumentar los ingresos propios.
- Implementación de Centros de Responsabilidad.
- Mejorar los procesos de atención.
- Dar respuesta a los reclamos formales de los usuarios.
- Cumplir con los Requisitos para acreditarse como un Hospital

Autogestionado en Red.

- Implementar el modelo de Excelencia Hospitalaria en la gestión del Hospital.

**(Ver Anexo Nº 1 DESCRIPCION DE LOS NIVELES JERQUICOS DE LA ORGANIZACIÓN).**

**(Ver Anexo Nº 2 PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO HOSPITAL HERMINADA MARTÍN DE CHILLAN (2007-2010)).**

# **CAPITULO 2**

## **“CENTROS DE RESPONSABILIDAD”**

## 2.1 CRITERIOS PARA LA ORGANIZACIÓN EN CENTROS DE RESPONSABILIDAD.-

Para conformar, definir y estructurar Centros de Responsabilidad se debe tener muy claro y presente la definición de La Cartera de Servicios (productos) que caracterizan al Establecimiento y que definen su propósito, es decir, los servicios que se proveen a través de su cadena de procesos, a sus usuarios y clientes finales.

Esto obliga al Establecimiento a revisar de forma muy exhaustiva su Misión, y luego por supuesto su Visión de Futuro y Estructura a adoptar, para alcanzar y cumplir así en forma más eficaz y eficiente su quehacer.

La lógica orientadora en la definición y conformación de Centros de Responsabilidad, **como herramienta de gestión**, es la orientación hacia el paciente / usuario, a través del análisis de la cadena de procesos que el establecimiento tiene para proveer la demanda de estos servicios.

Los Centros de Responsabilidad es la estructura que administra esta cadena, y se diferencian en función de los productos que provee, usuarios que satisface, centros de costos o unidades que los conforman ,conocimiento compartido, tecnología y recursos que utilizan para cumplir su propósito.

De esta manera, los Centros de Responsabilidad van a significar una segmentación del ámbito de la actividad del Establecimiento, considerando los centros de costos o unidades que se requiere agrupar , la tecnología y los recursos a utilizar, y el grado de descentralización a entregar , en función de los servicios a proveer y a los usuarios a satisfacer. Esta segmentación debe estar integrada y definida por la cadena de actividad del Establecimiento (cadena de

producción y procesos). Estas están constituidas por la actividades de la naturaleza o típicas del Establecimiento ( procesos y servicios finales ), que son las primordiales, características propias y definitorias de las que dependen los resultados en términos de cumplimiento de la naturaleza que define al Establecimiento y las actividades de apoyo (procesos y servicios de apoyo), que son aquellas que proporcionan un soporte y colaboran o contribuyen a los propósitos del establecimiento pero que en si mismas no definen al Establecimiento como tal.

En esta perspectiva, los Centros de Responsabilidad definidos por el Establecimiento, como organización interna, son responsables de todos los recursos involucrados en la producción y operación de su cartera de servicios: recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos; calidad de la misma y satisfacción de sus clientes; ya sean internos y/o externos.

Así, la descentralización de un establecimiento en Centros de Responsabilidad, supone organizar la institución en diferentes unidades o centros de costos otorgando una mayor responsabilidad a las personas encargadas de su gestión, lo que permite que la dirección se concentre en tareas de carácter mas estratégico. Esta descentralización implica entregar a las jefaturas y equipos de trabajo de los distintos Centros de Responsabilidad que se conforman, atribuciones para las decisiones de uso de los recursos asignados a dicho Centro, en el ámbito organizacional, físico, gestión de las personas y financiero.

En síntesis, el Centro de Responsabilidad, como una herramienta de gestión, es el encargado de dirigir y operar una parte identificable de la cadena de procesos del Establecimiento, en razón de su especialidad es en previsión de servicios, tecnología y conocimiento y recursos compartidos. En consecuencia, un Centro de Responsabilidad agrupa a un número variable de centros de costos, con un producto en común.

En este contexto, la implementación de Centros de Responsabilidad origina necesariamente una evaluación de la organización actual y eventualmente, una reestructuración de ella.

La estructura que se origina debe ser flexible, las actividades del Establecimiento son cambiantes, y las que fueron identificadas como apropiadas en un escenario, no necesariamente continuarán siéndolo en otros y ante otros requerimientos. Estas dependen de la situación actual del establecimiento, de sus fortalezas y debilidades, sus posibilidades, sus capacidades y de la evolución del entorno sectorial y contexto global.

En consecuencia la estructura que se genera debe ser flexible, el Establecimiento debe ser capaz de adecuar la estructura generada a los nuevos requerimientos, más aún debe someterla a una continua revisión.

## 2.2 DEFINICIÓN DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD.-

El Centro de Responsabilidad es una unidad organizacional (de gestión) que realiza y presta uno o varios servicios, los que pueden ser finales (de la naturaleza y propósito del Establecimiento) o de apoyo, dirigido por un responsable en quién se ha delegado un determinado nivel de decisión, sobre el uso de los recursos financieros, humanos, organizacionales, físicos y tecnológicos, para el logro de los objetivos del Centro de Responsabilidad.

El Ministerio de Salud también define los Centros de Responsabilidad como: “la unidad productiva básica en que se organiza el nuevo modelo que origina al menos un producto intermedio (tales como procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos) o final (tales como egresos y consultas), bajo la responsabilidad de una persona determinada. A su vez, cada centro de responsabilidad puede estar constituido por varios centros de costos”.

Otra definición que encontramos comúnmente se refiere a que un Centro de Responsabilidad es una unidad de gestión clínica, dirigido por un responsable en el cual se ha delegado un determinado nivel de decisión para el logro de objetivos concordados. Agrupa a un número de centros de Costos ó Unidades Operativas, con un producto en común.

Se debe destacar además que dentro de una entidad Hospitalaria podemos encontrar variadas definiciones de Centros de Responsabilidad de acuerdo a Modelos de Gestión e Implementación como los que se mencionan a continuación;

**a) Centro de Responsabilidad Final:** Tiene por función gestionar los procesos clínicos y administrativos requeridos para generar con eficiencia y eficacia los egresos de pacientes hospitalizados, definiéndose entre otros los siguientes productos finales:

- a1.- Egresos de usuarios clínicos.
- a2.- Egresos de usuarios quirúrgicos.
- a3.- Egresos de usuarios de salud mental.
- a4.- Egresos de usuarios clínicos y quirúrgicos.
- a5.- Egresos de usuarios infantil y adolescente.
- a6.- Egresos de usuarios específicos de la mujer.
- a7.- Egresos de usuarios específicos del adulto.

**b) Centro de Responsabilidad Intermedio:** Su función es gestionar con eficiencia y eficacia la demanda de servicios generada por los Centros de Responsabilidad finales en el ámbito de acciones de apoyo diagnósticas y terapéuticas, se distinguen entre otros:

- b1.- Información de imagenología.
- b2.- Información de laboratorio por evaluación de muestras de sangre o histológicas.
- b3.- Intervenciones quirúrgicas.
- b4.- Suministros farmacológicos.
- b5.- Procesos de diálisis.
- b6.- Altas odontológicas.
- b7.- Egresos de pacientes críticos.
- b8.- Altas de atención ambulatoria de especialidades.
- b9.- Procedimientos ambulatorios de especialidades.
- b10.- Consultas y procedimientos de urgencia.

**c) Centro de Responsabilidad Logístico:** Su función principal es gestionar con eficiencia y eficacia la demanda de servicios en la provisión de recursos humanos, físicos, financieros, de información y tecnológicos requeridos por los Centros de responsabilidad finales, intermedios y logísticos del establecimiento, como lo son:

- c1.- Abastecimiento de productos y servicios.
- c2.- Mantenciones de equipos, infraestructura, y otros.
- c3.- Información económica y financiera.
- c4.- Procesos y actividades de provisión, promoción y desvinculación de recursos humanos.
- c5.- Actividades de capacitación del personal.
- c6.- Programas de actividades de bienestar, salud ocupacional y prevención de riesgos.
- c7.- Registro de asistencia.
- c8.- Información de prestaciones (Estadísticas de producción).
- c9.- Procesos industriales de Esterilización, de lavado y confección de ropa, de fabricación y distribución de raciones alimenticias.
- c10.- Admisión y registros de listas de espera, tanto de pacientes ambulatorios como de hospitalización.
- c11.- Gestión de casos sociales.
- c12.- Información de costos e ingresos propios.
- c13.- Acciones de vigilancia y aseo.
- c14.- Otros propios del ámbito de la gestión administrativa.

## **2.3 OBJETIVOS DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD**

El objetivo principal de la reestructuración de los Centros de Responsabilidad en el Hospital de Chillán es mejorar la utilización de los recursos del establecimiento con el fin de aumentar o elevar la oferta y mejorar la calidad de los servicios que en ellos se presta.

Otros Objetivos:

- Transparentar la utilización de recursos.
- Facilitar la planificación global del establecimiento.
- Descentralizar las decisiones de uso de recursos del establecimiento.
- Incorporar una herramienta de gestión que apoye al modelo de atención adoptado por el establecimiento.
- Crear una estructura organizacional que facilite el control de gestión, la gestión de procesos y una orientación hacia el usuario del Establecimiento.

## **2.4 DIFERENCIAS ENTRE UN CENTRO Y OTRO**

Los Centros de Responsabilidad se diferencian uno de otro en los siguientes aspectos:

- ✓ Usuarios a los que satisfacen.
- ✓ Productos o servicios que proveen.
- ✓ Centros de costos o unidades que lo conforman.
- ✓ Recursos que utilizan.
- ✓ Conocimiento compartido y tecnología.

## **2.5 CARACTERÍSTICAS DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD**

- Se ajustan al modelo de producción del establecimiento.
- Identifican sus usuarios.
- Tienen un grado de autonomía y flexibilidad en el uso de sus recursos.
- Realizan actividades y funciones homogéneas, claramente identificables.
- Generan un producto / servicio (final o de apoyo) susceptible de ser medido.
- Identifican su demanda, oferta y sus usuarios (clientes).
- Tienen un único responsable.
- Forman parte de la estructura funcional del Establecimiento.
- Se ajustan al modelo de producción y cadena de procesos del Establecimiento.
- Tiene un grado de autonomía y flexibilidad en el uso de sus recursos.
- Es una unidad básica de análisis y tratamiento de la información.
- Compromisos de Gestión.

## **2.6 ÁREAS DE RESPONSABILIDAD**

- ✓ Recursos Humanos.
- ✓ Procedimientos técnicos y clínicos.
- ✓ Calidad.
- ✓ Normas específicas.
- ✓ Gestión de Pacientes.
- ✓ Cartera de Servicios.
- ✓ Equipamiento.

## 2.7 TIPOS DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD

### **Centros de Costos:**

Producto fácil de medir y relación insumo / producto estable. Se dispone de autonomía para decidir sobre la producción a obtener o sobre los recursos a emplear. Sólo tiene autonomía para tomar decisiones que afectan a los costos a incurrir en un área organizacional, por consiguiente la responsabilidad es sólo respecto a los costos.

### **Centros de Gastos Discrecionales:**

Producto difícil de medir, y relación insumo / producto poco predecible. Autonomía similar a la de un centro de costos.

### **Centros de Ingresos:**

Responsabilidad exclusiva sobre la distribución y venta de productos cuyo volumen y mix constituye un dato. Es un segmento que sólo tiene autonomía para tomar decisiones que afectan a los ingresos a generar en esta área organizacional, por consiguiente la responsabilidad es sólo respecto a los ingresos, cabe destacar que estos pueden ser medidos en unidades monetarias.

### **Centros de Beneficios:**

Autonomía para decidir sobre los productos a obtener (ingresos) y sobre los recursos a emplear (gastos). Interesa medir el margen o resultado operacional generado. Es un segmento que tiene autonomía para tomar decisiones que afectan tanto a los ingresos a generar, como a los costos a incurrir en esta área organizacional, por consiguiente la responsabilidad es sobre el resultado final.

### **Centros de Inversiones:**

Autonomía máxima. Capacidad para decidir respecto de productos y recursos, y sobre el uso y destino de los activos disponibles. Interesa medir el desempeño en función del resultado obtenido en relación con la inversión empleada.

## **2.8 VENTAJAS DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD**

- Ayuda a la proximidad con el cliente.
- Permite un mayor acceso a la información en forma más oportuna y completa.
- Ayuda a que los cargos superiores se concentren en los aspectos estratégicos de la entidad.
- Facilita el desarrollo y promueve mayor especialización del personal.
- Permite una mejor medición del desempeño.
- Promueve el mejoramiento en los resultados
- Permite descentralizar y agilizar procesos y toma de decisiones.
- Permite reordenar la estructura de la organización.
- Flexibiliza el uso de los recursos.
- Detecta áreas de ineficiencia para implementación de procesos de mejoría continua.
- Favorece el trabajo en equipo.
- Compromete al gestor en los resultados de la organización.
- Mejora la satisfacción del usuario interno y su compromiso con la organización.
- Favorece la integración del ámbito clínico y administrativo.
- Estimula y desarrolla el empoderamiento de la gestión clínica y sus resultados.
- Contribuye a la mejoría sistemática de la gestión clínica y sus resultados.

- Contribuye ala mayoría sistemática de la calidad en al atención al usuario externo.
- Facilita la comunicación y negociación de metas.
- Transparentar las metas de los diferentes Centros
- Identifica las responsabilidades de cada centro en el proceso de decisión y producción.
- Estimula la motivación y la iniciativa.
- Facilita la evaluación.
- Mide y evalúa, el comportamiento y el grado de cumplimiento de las actividades y responsabilidades de cada Centro.
- Evalúa la contribución de cada centro ala logro de los objetivos del Establecimiento.
- Identifica los recursos asociados a la producción.
- Mejora imputación de los costos al producto / servicio.

## **2.9 DESVENTAJAS DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD**

- Pérdida del control directo por parte de los ejecutivos superiores. ( Este punto se refiere a que con el hecho de existir varios centros con un responsable por cada uno de ellos el ejecutivo superior pierde el control general de la entidad)
- Disminución de la cooperación entre unidades. ( Disminuye porque todos se concentran solo en su centro para que funcione de la mejor forma posible).
  - Posibles problemas con las transferencias internas.
  - Disfuncionalidad en los objetivos. ( ya no se trabaja por un objetivo general de la entidad si no que por un objetivo final de cada centro)
  - Incremento en costos administrativos. ( Aumenta los costos administrativos ya sea por contratación de más personal y por la capacitación que reciben los integrantes de los centros)
- Tendencia a la maximización del beneficio de corto plazo.

## 2.10 COMPONENTES A TENER PRESENTES EN LA CONFORMACIÓN DE UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD.

- ✓ Planificación Estratégica
- ✓ Flujos de Información.
- ✓ Procesos.
- ✓ Flujos de coordinación.
- ✓ Estructura Organizacional.
- ✓ Recursos Humanos.
- ✓ Flujos Económicos.
- ✓ Usuarios.
- ✓ Proveedores.
- ✓ Productos y/o Servicios.
- ✓ Entrada de insumos.
- ✓ Soporte Técnico.
- ✓ Control de Gestión.

## 2.11 CLASIFICACION DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD

La clasificación debe responder al modelo de producción y cadena de procesos del establecimiento, se pueden distinguir:

- **Centros de Producción Final:** Corresponde a los Centros que generan el producto final.
- **Centros de Producción de Apoyo :**
  - a) **Centros de Apoyo Administrativo:** Son aquellos cuya función es proveer servicios de apoyo en el ámbito administrativo, a los otros Centros del Establecimiento.

- b) **Centros de Apoyo Clínico y Terapéutico:** Proveen productos intermedios a la cadena de producción del Establecimiento.

## **2.12 REQUISITOS MINIMOS QUE DEBE CUMPLIR UN CENTRO DE RESPONSABILIDAD PARA FUNCIONAR.**

Para que estos Centros efectivamente se puedan poner en marcha deben cumplir con lo siguiente:

Deben hacer una descripción del servicio, donde entreguen la siguiente información;

- Identificación de Recursos.
- Identificación de producto / prestaciones.
- Identificación de usuarios.
- Cuantificación de la demanda.
- Identificación de los procesos asistenciales, administrativos y costos asociados a los procesos.
- Identificación de las necesidades de desarrollo profesional de sus equipos para el corto, mediano y largo plazo.

## **2.13 DEFINICION Y REQUISITOS MINIMOS PARA SER AUTOGESTIONADO (DECRETO 38).**

### **¿Qué es ser Autogestionado?**

Es una forma moderna de organización institucional que persigue mejorar la eficiencia, mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades

al director del hospital, en cuanto al manejo de los recursos y transacciones con terceros. No es autonomía de los Hospitales, ya que siguen perteneciendo a una red a la cual se debe responder.

Ser Autogestionado Implica:

- Que el hospital esté integrado en la red asistencial. Se debe formar verdaderas redes de atención de los pacientes.
- Que los hospitales tengan un desarrollo institucional, con líneas concretas de evolución en todas sus áreas.
- Que los hospitales tengan y cuenten con presupuesto autónomo.

Ser autogestionado no es una idea improvisada. Se trata de un desafío establecido en la ley de autoridad sanitaria y gestión, que rige desde 1 de enero del 2005, que cambia la forma de hacer salud en Chile.

Entre los más importantes desafíos impuestos a los hospitales por la normativa hoy vigente figuran:

- Mejorar los niveles de eficiencia
- Mejorar la capacidad de respuesta a los problemas de salud de la gente.
- Trasparentar las instituciones.
- Reducir las listas de espera.
- Mejorar los niveles de satisfacción de la población.

Esta normativa introduce, además, una serie de modificaciones, siendo fundamentales las que se refieren a los hospitales públicos, de mayor complejidad, conocidos como Tipo 1.

Los requisitos mínimos, que deben cumplir los establecimientos hospitalarios para la obtención de la calidad de EAR (Establecimientos de Autogestión en Red) están claramente especificados en el REGLAMENTO ORGANICO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED específicamente en el artículo 16. **(VER ANEXO Nº 3)**

## **2.14 COMO SE EVALUAN LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS.**

A partir del año 2002 el Ministerio de Salud se ha esforzado por ir incorporando en las organizaciones que componen este sector, los principios que sustentan los Modelos de Excelencia en la Gestión. Con este objeto se han desarrollado los ciclos de autoevaluación, donde a través de estos procesos las organizaciones participantes han contrastado su gestión con los paradigmas de excelencia que componen este Modelo, y han podido disponer de un diagnóstico inicial con un detalle de sus principales oportunidades de mejoramiento.

El propósito es que cada establecimiento hospitalario posea una herramienta estándar y amplia de autoevaluación de su gestión, con el fin de ayudarlo a conocer o actualizar sus principales fortalezas y oportunidades de mejoramiento, además de proveerla de una descripción general de la situación actual de su gestión que le permitirá compararse con su autoevaluación anterior o con otros hospitales u organizaciones.

Será responsabilidad del establecimiento decidir la forma más apropiada para abordar sus oportunidades de mejoramiento e incluirlas en su proceso de planificación, en especial en aquellas consideradas más críticas. (Ver anexo Nº 2).

# ***CAPITULO III***

## **“RE-IMPLEMENTACION DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD”**

### **3.1. DIAGNOSTICO DE LOS ACTUALES CENTROS DE RESPONSABILIDAD.**

Los establecimientos que componen una red se relacionan entre sí de manera formal e informal, ya que cuentan con variados sistemas de coordinación, comunicación, gestión de la información y recursos.

La comunicación y los sistemas de información son elementos claves para la calidad de los vínculos, la efectividad y la capacidad de adaptación de esta red, lo que es relevante para la toma de decisiones, en vista de la calidad de sus procesos asistenciales, la adaptabilidad de sus recursos humanos y las modalidades que adoptan para organizar y gestionar su estructura y recursos.

La Reforma de Salud, actualmente en plena implementación, convoca a mejorar los logros alcanzados, a asumir el cambio demográfico y epidemiológico que ha experimentado la sociedad Chilena, a disminuir las desigualdades que persisten en el sistema de atención y a satisfacer las necesidades de los usuarios.

Para alcanzar los objetivos estratégicos enunciados, entre otros cambios, destaca la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y el Modelo de Atención en Red.

El Modelo de Gestión en red apunta al fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, la transformación estratégica de los Hospitales y la rearticulación de la Red Asistencial.

El Modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se define como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como

seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.”

Las principales características del Modelo son que está centrado en el usuario y su familia, promueve la salud y previene la enfermedad, atiende en forma integral y continuada, privilegia la atención ambulatoria, está abierto a la participación, gestiona la intersectorialidad, está orientado hacia la calidad en cada una de sus prestaciones, aplica tecnologías apropiadas y establece protocolos de atención basados en la evidencia.

La red de salud en el modelo sanitario Chileno tiene sentido, pues las personas resuelven problemas de salud de diferentes complejidades en diferentes establecimientos.

Así, un mismo proceso clínico, correspondiente a una enfermedad cualquiera, tiene etapas que se desarrollan en el centro de salud familiar y etapas en que el paciente es derivado a un centro de especialidad, ya sea para ser tratado en forma ambulatoria u hospitalizado.

El proceso clínico es, entonces, la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos o redes que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. Lo central siempre será la voluntad de llevar a cabo procesos completos que culminen en un alta integral o estabilización y control de un paciente, y de usar al máximo los recursos para reducir brechas de atención.

La propuesta de la reforma es articular redes de servicios que vayan superando la gestión burocrática y jerárquica; Superando la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción social;

Superando las barreras gerenciales y funcionales entre el nivel primario y el especializado; Aumentando la capacidad de resolución; Articulando la complementariedad entre prestadores públicos y privados de diverso tipo; Garantizando la continuidad de la atención; Aumentando la participación de las personas, el grado de control social y la satisfacción usuaria.

Todos elementos que, desde el deber ser, se espera sean los que caractericen la atención de los problemas de salud que afectan, en distintos momentos de su vida, a hombres y mujeres del país. Sin embargo, conscientes de que, la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario es un proceso y de que las redes se tejen para sostener procesos.

Conciente de estos sistemas y procesos es que el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán se encuentran hoy en un proceso de constituirse en un hospital Autogestionado en Red, donde el modelo de Centros de Responsabilidad juega un rol vital en generar la sinergia necesaria para alcanzar cada vez valor agregado, y teniendo en cuenta que hoy trabaja con Centros de Responsabilidad especialmente en área clínica donde solo se ha reproducido el modelo de los servicios clínicos con la excepción de la agrupación de los pisos V y VI que concentran seis servicios en dos grandes centros, es que hoy se hace necesario mirar de manera diferente esta forma de gestionar y buscar un modelo que permita agrupar en una menor cantidad centros que gestionan la articulación de la red interna y la red del servicio de salud de Ñuble para dar coherencia a dichos procesos.

### **3.2. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ASOCIADOS CON LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD.**

Este análisis consiste básicamente en el desarrollo de la reestructuración de los actuales Centros de Responsabilidad.

Cabe destacar que la descentralización de un establecimiento en centros de responsabilidad (CR), supone dividir la organización en diferentes unidades otorgando una mayor responsabilidad a las personas encargadas de su gestión.

Estas unidades (26 actualmente en el Hospital, de las que con la reestructuración se espera llegar como máximo a la mitad) están compuestas por procesos, los que serán analizados exhaustivamente y reclasificados, se agruparán los que sean afines y estén estrechamente relacionados.

Un Centro de Responsabilidad agrupa a un número variable de centros de costos, con un producto en común. La actividad del centro de costo debe ser perfectamente identificable y posible de ser medido.

Desde el control de gestión, los Centros de Responsabilidad permiten una buena comunicación y negociación de objetivos, clarifican responsabilidades, identificación de problemas y evaluación de los responsables a través de indicadores objetivos que permitan medir la contribución de cada centro al resultado global del establecimiento.

### 3.3. OBJETIVOS DE LA IMPLEMENTACION DE LOS CENTROS.

- ✓ Disponer de una pauta que guíe paso a paso la implementación de los Centros de Responsabilidad en el Establecimiento.
- ✓ Apoyar y facilitar el proceso de Implementación de los Centros de Responsabilidad en los Establecimientos del Sistema.

### 3.4. FACTORES DE ÉXITO PARA SU IMPLEMENTACION

**Orientación hacia el usuario final.** La lógica orientadora en la definición y conformación de Centros de Responsabilidad es la orientación hacia el usuario / paciente, a través del análisis de la cadena de procesos que el establecimiento tiene para proveer la demanda de estos servicios.

**La Cartera de Servicios (Productos Finales).** Para conformar, definir y estructurar Centros de Responsabilidad debe tenerse presente la definición de la cartera de servicios (productos) que caracterizan al establecimiento y que definen su propósito, es decir, los servicios se proveen, a través de su cadena de procesos, a sus usuarios y clientes finales. Esto obliga al establecimiento a revisar su misión, y por consiguiente su visión de futuro y la estructura a adoptar para alcanzarla y cumplir en forma eficaz y eficiente su quehacer.

**El Sistema de Producción y la Cadena de Procesos del Establecimiento.** Los Centros de Responsabilidad, se constituyen en la organización que administra y gestiona la cadena de procesos, y se diferencian y especializan en función de los productos que proveen, usuarios que satisfacen, centros de costos o unidades que lo conforman, conocimiento compartido y tecnología y recursos que utilizan para cumplir su propósito.

**El Sistema de Costos del Establecimiento.** Provee la información de los recursos que el Centro de Responsabilidad demanda, requiere y consume en función de su operación, desempeño y compromisos asumidos con el establecimiento. El Centro de Responsabilidad se constituye en el primer paso para el costeo de los servicios a valor real.

**Empoderamiento.** La toma de decisiones debe realizarse lo más cerca de los responsables de las decisiones de la utilización de los recursos, con el objetivo de obtener una mejor eficacia en la resolución de sus necesidades y problemas, facilitando la provisión de servicios de mayor calidad y oportunidad. El profesional de la salud es una figura clave en el proceso de gestión y a la vez es la mejor garante de que las decisiones de mejora de la eficiencia se tomaran sin detrimento de la calidad en la atención de los usuarios, entendida como el conjunto de procesos implicados en la relación entre este profesional y el usuario, el que se articula en tres niveles:

- Nivel individual referido a la elección de un determinado tratamiento o indicación quirúrgica de mayor eficiencia .
- Nivel asistencial, referido a la efectividad clínica de los recursos empleados.
- Nivel organizacional referido a la gestión del servicio del servicio clínico como unidad, es lo que tiene que ver con la eficacia, la organización interna del servicio, el número de personas que se consideran necesarias para cada tipo de actividades o técnicas, y con aspectos más globales como la motivación del personal, la capacitación y la gestión de los recursos asignados.

Se establece, así un proceso gradual de entrega y creación de competencias para la autogestión, en un contexto de equilibrar la autonomía de decisión, con la

responsabilidad de rendir cuentas en cuanto al cumplimiento de objetivos y a la transparencia de la gestión, con la capacidad de los usuarios de ejercer control social.

**Participación y negociación.** La implementación de los Centros de Responsabilidad asume un proceso participativo al interior de cada Centro, de tal forma que los integrantes de este conozcan el sentido y la dirección que tiene el Establecimiento. A su vez, el establecimiento genera espacios de negociación efectiva, es decir, se establecen puntos de encuentro en relación a las metas y resultados a alcanzar por el Establecimiento y el Centro de Responsabilidad, metas, recursos y mecanismos de evaluación conocidos por todos.

**Integración y liderazgo de el equipo directivo del establecimiento.** En el proceso de implementación y funcionamiento del Establecimiento en base a Centros de Responsabilidad un elemento crucial en la gestión de este, está radicado en la coordinación entre los Encargados de los Centros con el equipo Directivo, actividad que ayuda a una visión integradora de la gestión del Establecimiento y del Centro y de los resultados a obtener. En esta línea es fundamental que el equipo directivo del Establecimiento asuma el liderazgo del proceso de implementación y funcionamiento de los Centros de Responsabilidad.

**Provisión de servicios de apoyo.** El desarrollo de los Centros de Responsabilidad genera exigencias y requerimientos mayores en la provisión de servicios de apoyo, en cuanto a cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia, lo que se traduce en la necesidad de fortalecer el área de apoyo administrativa, es decir desde una perspectiva operacional, de procesos, los Centros de Responsabilidad Finales dependen de esta provisión para el cumplimiento su cometido.

**Retroalimentación del desarrollo del centro, de parte del establecimiento.**

El Establecimiento debe generar los mecanismos y espacios para que el centro cuente con la retroalimentación adecuada, en cuanto su funcionamiento y desarrollo, de forma oportuna. El proceso de implementación, funcionamiento y desarrollo de los Centros de Responsabilidad, se debe constituir en un proceso permanente de aprendizaje y de mejoramiento continuo.

**Cumplimiento de los compromisos adquiridos con los clientes de cada centro.** En la óptica de procesos o cadenas de actividades, cada Centro se constituye en cliente-proveedor, es decir, por un lado efectúa pedidos y entrega satisfacción por estos y por otra da respuesta a pedidos de otros Centros, lo que se traduce en una relación cliente –proveedor constante y dinámica, en una cadena de compromisos, cuyo no cumplimiento genera consecuencias en el resto de la cadena y a la larga afecta la provisión de servicios a los usuarios finales.

**Establecimiento de sistema de incentivos.** Se identifican dos tipos de incentivos en el funcionamiento de los Centros de Responsabilidad: implícitos y explícitos. Los primeros corresponden a las atribuciones que tiene cada Centro sobre su presupuesto asignado y el segundo a los incentivos que tendría el centro y su personal, en función de las metas comprometidas con el desempeño que la normativa establece. Estos sistemas juegan un rol Central, dado que responden a la pregunta ¿qué gana?, en el proceso de implementación y funcionamiento de los Centros de Responsabilidad, sistema que deben ser explícitos, conocidos y homogéneos en cuanto a la aplicación de los criterios . ( Los ejemplos concretos de estos incentivos en el segundo caso se refiere a: incentivos en cuanto a bonos por cumplimiento de meta, cursos de capacitación, perfeccionamiento, ascensos, reconocimiento personalizado e inmediato, mejoramiento de infraestructura que

permite un mejor desarrollo laboral, compra de elementos para el centro que faciliten el desarrollo del trabajo encomendado, en cuanto al presupuesto asignado si este es bien utilizado se les puede otorgar garantías de uso incluso aumento en el presupuesto).

Es el establecimiento el que debe establecer el sistema de incentivos a utilizar, en el marco de la reglamentación vigente, en particular la vinculación con la evaluación del desempeño, referido específicamente al cumplimiento de los compromisos asumidos por cada Encargado del Centro y el Establecimiento.

**Acompañamiento al cambio.** La implementación de los Centros de Responsabilidad debe ir necesariamente acompañada de la implementación de una estrategia de acompañamiento al cambio, que vaya abordando las eventuales reticencias, temores y amenazas que se perciben con estos nuevo esquema de trabajo.

**Generar un proceso de capacitación en gestión a los Encargados de los Centros de Responsabilidad.** Como complemento a la estrategia de implementación. Los Encargados necesariamente deben manejar mayores niveles de conocimiento en gestión .

### **3.5. MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

La estructura responsable de administrar y gestionar el Proceso de Implementación de los Centros de responsabilidad deberá contar con un registro escrito y un sistema organizado, que permita efectuar el seguimiento y control del cumplimiento del proceso.

Cada Centro deberá llevar un registro escrito y ordenado de su proceso de implementación.

### **3.6. ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACION DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD**

Para efectuar la implementación de los Centros de Responsabilidad, se han definido tres etapas:

**Etapas de Diseño:** Corresponde a la definición del modelo de producción del establecimiento, su cadena de procesos, la cartera de servicios que provee y la identificación y explicación de los usuarios que satisface, la organización que se adoptará y la elaboración del diagnóstico de la capacidad instalada para la implementación de los Centros de Responsabilidad.

**Etapas Puestas en Marcha:** Corresponde a todas las actividades necesarias para que los Centros de Responsabilidad puedan iniciar su funcionamiento; y se constituyen en la plataforma básica y en el prerrequisito para el funcionamiento como Centro de Responsabilidad.

**Etapas en Funcionamiento:** Corresponde a las actividades necesarias para la administración y desarrollo del Centro de Responsabilidad, actividades que serán asumidas a través del tiempo, mediante la ejecución del plan de implementación del Establecimiento. Esta fase considera un proceso de implementación, que en primera instancia, considera tres subetapas: básica, media y avanzada.

#### **3.6.1. ETAPA DE DISEÑO**

Esta etapa corresponde a la conformación, definición y estructura de Centros de Responsabilidad, a la luz de la identificación y explicitación de los

usuarios finales, propósito del Establecimiento, la cartera de servicios (productos) con que se responde a sus requerimientos. La lógica orientadora en la definición y conformación de Centros de Responsabilidad es la orientación hacia el paciente / usuario, a través del análisis de la cadena de procesos que el establecimiento tiene para proveer la demanda de estos servicios.

Por lo tanto, los Centros de Responsabilidad van a significar una segmentación del ámbito de la actividad del Establecimiento, la que debe estar integrada y definida por la cadena de actividades del Establecimiento (cadena de producción y procesos).

(Los Centros de Responsabilidad es la estructura que administra esta cadena, y se diferencian en función de los productos que provee, usuarios que satisface, centros de costos o unidades que lo conforman.

De esta manera los Centros de Responsabilidad van a significar una segmentación del ámbito de la actividad del Establecimiento, considerando los centros de costos o unidades que se requiere agrupar, la tecnología y los recursos a utilizar, y el grado de descentralización a entregar, en función de los servicios a proveer y a los usuarios a satisfacer. Esta segmentación debe estar integrada y definida por la cadena de actividades del Establecimiento (cadena de producción y procesos). Estas están constituidas por las actividades de la naturaleza o típicas del Establecimiento (procesos y servicios finales), que son las esenciales, características, propias y definitorias de las que dependen los resultados en términos de cumplimiento de la naturaleza que define el Establecimiento y las actividades de apoyo (procesos y servicios de apoyo), que son aquellas que proporcionan un soporte y colaboran o contribuyen a los propósitos del establecimiento pero que en sí mismas no definen al Establecimiento como tal. En síntesis, el Centro de Responsabilidad, como una herramienta de gestión, es el

encargado de dirigir y operar una parte identificable de la cadena de procesos del Establecimiento, en razón de sus especialidades en provisión de servicios, tecnología y conocimiento y recursos compartidos. En consecuencia, un Centro de Responsabilidad agrupa a un número variable de centros de costos, con un producto en común. En este contexto, la implementación de Centros de Responsabilidad origina necesariamente una evaluación de la organización actual y eventualmente, una reestructuración de ella).

A su vez, en esta etapa se deberá conocer el estado y las condiciones para el desarrollo e implementación de los Centros de Responsabilidad del Establecimiento en los siguientes aspectos:

**Planificación Estratégica:** Debe contemplar la misión y visión de futuro del establecimiento y la forma cómo alcanzar este futuro deseado, lo que se traducirá, a lo menos, en el modelo de producción del establecimiento que determinará su organización por el Centro de Responsabilidad.

**Control de Gestión:** Mecanismo para el control y evaluación de los Centros de Responsabilidad respecto de lo planificado y acordado por el Establecimiento. El proceso de control de la gestión del Establecimiento y de los Centros de Responsabilidad, es concebido como la retroalimentación que permite a éstos orientarse frente al ambiente externo y detectar los desvíos que deben corregirse para alcanzar los objetivos.

**Productos/ Servicios:** Identifica los productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido. Desde una perspectiva sistemática los atributos o variables a considerar en la oferta y producción de estos servicios está centrada en la cantidad, tipo de servicios, calidad, costo, oportunidad y seguridad en la provisión.

**Procesos**: Se deberá establecer cadena procesos que define el modelo de producción del establecimiento.

**Insumos o entradas a cada uno de los procesos**: Corresponde a todas las entradas necesarias para la realización del proceso de producción del establecimiento incluido el presupuesto.

**Soporte Físico**: Corresponde a la infraestructura, equipamiento e instalaciones del establecimiento para realizar las actividades de los procesos.

**Personas**: Se refiere a la dotación y competencias de las personas del establecimiento para el cumplimiento de sus propósito.

**Estructura Organizacional**: Se refiere a la expresión formal de la división y especialización del trabajo en el establecimiento .

**Flujos de información** : Se refiere a los movimientos de información en el Establecimiento.

**Flujos de Coordinación**: La coordinación entre los actores del establecimiento.

**Usuario**: Se refiere a los clientes internos y externos del establecimiento.

**Proveedores**: Proveedores de bienes y servicios del establecimiento.

**Definición del plan de implementación de los Centros de Responsabilidad:** En función de lo negociado con el Servicio de Salud y de la realidad del Hospital. El plan deberá contemplar, a lo menos los siguientes puntos:

- a.- Objetivos.
- b.- Metas asociadas a cada objetivo.
- c.- Actividades asociadas a cada meta.
- d.- Productos esperados.
- e.- Período de realización (cronograma).

**Instrumento de verificación: Documento Plan de Implementación.**

**Definición de un plan de comunicación:**

- a.- Que incorpore los avances en la implementación de los Centros de Responsabilidad al plan de comunicación del establecimiento.
- b.- O bien se desarrolle un plan de comunicación sobre la implementación.

**Instrumento de verificación: Documento Plan de Comunicación.**

### **3.6.2. ETAPA PUESTA EN MARCHA**

Finalizada la Etapa de Diseño, el Establecimiento deberá realizar las siguientes actividades:

#### **1. Establecer la organización por Centros de Responsabilidad:**

- a. **Comisión implementación.** Aquella que conducirá el proceso de

implementación de los Centros de acuerdo a la realidad de cada Establecimiento. Su estructura se propone en el documento Estructura de Coordinación de Centros de Responsabilidad.

**Instrumento de verificación: Resolución.**

b. **Definición de los Centros.** Definir la o las unidades que conformarán los Centros de Responsabilidad del Establecimiento, acorde al modelo de producción, considerando para ello la identificación de áreas de producción homogénea y la agrupación de éstas, bajo criterio de similitud en sus funciones.

**Instrumento de verificación: Resolución.**

c. **Confección del organigrama Integral.** Se deduce de la definición de los Centros.

**Instrumento de verificación: Documento y Resolución.**

d. **Nombramiento de los responsables por Centro.**

**Instrumento de verificación: Resolución.**

e. **Confección del organigrama de puestos y plazas:** Que se deduce del nombramiento del responsable de cada Centro.

**Instrumento de verificación: Documento y Resolución.**

- f. **Identificación de recursos.** Esta actividad contempla la identificación de los recursos físicos (infraestructura y equipamiento), financieros y humanos con que contará cada Centro.
- g. **Definición del ámbito y nivel de decisión.** Que se transfiere a cada responsable. Se refiere a las facultades que se le otorgarán al Encargado de cada Centro para el manejo de sus recursos dentro del marco definido por el Establecimiento.
- h. **Identificación de la cartera de servicios.** Los servicios se refieren a los productos finales que entrega cada Centro, independiente de su clasificación (finales o de apoyo) y la cartera de servicios corresponde a la agrupación de las distintas líneas de producción de servicios o productos que provee el Centro. Cada Centro de Responsabilidad debe: Determinar niveles de producción histórica, potencial y brecha asociada.
- i. **Normativa de funcionamiento.** Elaboración del reglamento de funcionamiento de los centros.
- j. **Descripción de funciones del rol del Encargado del Centro.**
- k. **Definir la provisión de información de los centros de Responsabilidad.**
- **Identificar los proveedores y usuarios de la información.** Se desprende de la definición de la cartera de servicios y la identificación de usuarios por Centro.
  - **Definir la forma y frecuencia de proveer la información.** La forma se refiere al medio o mecanismo que el establecimiento utilizará para proveer la información, por ejemplo: intranet, carpeta compartida, planillas, etc.

I. **Caracterización de los clientes/ usuarios**

- **Tipo de usuarios / clientes.** Corresponde a la clasificación e identificación de los usuarios internos y externos.
- **Demanda de productos o servicios por tipo de usuario.**
- **Conocer el perfil epidemiológico de la demanda, cuando corresponda.**

2. **Organización Interna (Estructura Organizacional).**

a. **Diseño de puestos.** Conocer los puestos de trabajo existentes, considerando:

- Especialización
- Formalización del comportamiento.
- Capacitación e inducción.

b. **Diseño de la estructura del Centro.** Conformar la estructura.

- Agrupación de Unidades
- Tamaño de la Unidad

c. **Mecanismos de coordinación.**

- Sistema de planificación y control.
- Dispositivos de coordinación

### 3.6.3. ETAPA DE FUNCIONAMIENTO

**1. Planificación Estratégica del Centro.** La formulación de la planificación estratégica permite determinar cómo se alcanzarán los objetivos específicos de cada Centro de Responsabilidad. El proceso de planificación estratégica establece las siguientes etapas.

**a. Diagnóstico.** Antecedentes cualitativos y cuantitativos que reflejan la situación actual del Centro.

**b. Visualización.** Da respuesta a preguntas: ¿Qué queremos ser?, ¿Qué queremos hacer?, ¿Cómo queremos ser vistos?.

**c. Misión.** Propósito del Centro que lo distingue y diferencia de otros Centros de Responsabilidad.

**d. Objetivos.** Definen qué se va a lograr y cuando.

**e. Establecimiento de la Estrategia.** ¿Cómo?.

**f. Plan.** Responsables, plazos, lugar de realización, presupuesto y prioridad.

**g. Evaluación.**

**h. Establecer los espacios de participación para la formulación estratégica.**

**2. Control de Gestión del Centro.** El Centro de Responsabilidad deberá definir las variables de desempeño a controlar, en función de la estrategia y prioridades definidas y negociadas con el Establecimiento, entre las cuales se deberán considerar:

**a.** Componentes Personas: ausentismo, Gasto en Remuneración fijo o variable, Satisfacción, Rendimiento, Accidentabilidad.

**b.** Soporte Físico. Equipamiento: Rendimiento cuando es pertinente, gasto en mantenimiento preventivo, gasto en mantenimiento reparativo, Vida útil, capacidad instalada utilizada.

**c.** Soporte Físico. Infraestructura e Instalaciones: Gasto en mantenimiento preventivo y reparativo.

**d.** Productos / Servicios: Cantidad. Metas de producción, uso recurso cama, uso pabellón, calidad, gasto por Producto / Servicios, Costo Medio, Gasto por Centro, Oportunidad, Arancel Servicio, Presupuesto.

**e.** Cliente: Calidad Percibida.

**f.** Convenio de desempeño: Evaluación del cumplimiento del convenio entre el Centro y el Establecimiento.

**3. Productos / Servicios.**

**a. Composición cartera de productos y/o servicios que provee el Centro:**

- Tipo de prestaciones.
- Cantidad.

**b. Nivel de producción a negociar.** Determinar y conocer el nivel de producción a negociar en conjunto con el establecimiento, a partir del análisis de su comportamiento histórico y capacidad instalada.

**c. Nivel de calidad del Centro.** En conjunto con el Establecimiento y de acuerdo a las directrices, normas, reglamentos y guías del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cada Centro deberá establecer los niveles de calidad de sus servicios o productos.

**d. Plan Anual de Actividades.** Cada Centro de Responsabilidad debe: Elaborar un plan anual de actividades, que incluya metas explícitas y evaluables.

**e. Proyecto Presupuesto.** Cada Centro debe elaborar un proyecto de presupuesto acorde al plan anual.

#### **4. Procesos.**

**a. Identificación de los Procesos.** Procesos que generan las diferentes salidas de cada Centro.

**b. Modelamiento de Procesos.** Modelamiento del o los procesos identificados y definidos, con sus respectivas actividades.

Corresponde al levantamiento de la situación actual de los procesos para identificar áreas de mejora o rediseño, a través de la generación de los correspondientes flujogramas.

**c. Difusión de los flujogramas analizados a los funcionarios del Centro.**

**d. Capacitación.** Detectar las necesidades de capacitación de las **personas**, especialmente de aquellas que tienen contacto con los clientes,

en las áreas de calidad de servicio, técnicas de comunicación y relación con los usuarios.

**e. Capacitación. Detectar las necesidades de Capacitación de los Encargados de los Centros de Responsabilidad** y del personal que tendrá contacto con los Centros Proveedores en relación a Cliente Proveedor y Técnicas de Negociación.

## **5. Insumos o Entradas.**

**a. Entradas.** Identificar los flujos de entradas que el Centro necesita para su funcionamiento y operación, en cuanto a servicios de apoyo, información, insumos y pedidos.

**b. Presupuesto asignado a cada Centro por el Establecimiento.**

## **6.- Estructura. Soporte Físico.**

**a. Sistema Informático de Costos.** Corresponde al soporte computacional del Sistema de Costos, previo a ello es la definición y selección del sistema de costeo del establecimiento.

**b. Sistema Informático de los Centros de Responsabilidad.** El Centro encargado de prestar servicios de mantenimiento y asistencia técnica en este ámbito, deberá considerar en su gestión la incorporación de un sistema de información, que permita y de acceso a la información necesaria para los Centros de Responsabilidad, idealmente en tiempo real.

**c. Arquitectura Tecnológica.** Favorecer la implementación de la arquitectura

tecnológica que integre todos los sistemas de Información que alimentan o generan los Centros de Responsabilidad.

**d. Red de Comunicación y Transmisión.** Disponibilidad de acceso por Centro.

**e. Diagnóstico Hardware.** Disponibilidad de acceso a la estación de trabajo (PC).

**f. Interfaz con los sistemas existentes.** Por ejemplo SIRH.

**g. Equipamiento.** Ubicación, tipo de equipamiento, cantidad de equipos, estado por equipo, vida útil por equipo, capacidad instalada.

## **7. Estructura. Personas.**

**a. Dotación.** Conocer en detalle la información de: Estamentos, Directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares. Calidad Contractual, Información de Personal, Horas Disponibles.

**b. Perfiles, competencias y necesidades de capacitación.**

## **8. Organización Interna (Estructura Organizacional)**

**a. Rol encargado Centro.** Le corresponde la Administración y Gestión del Centro.

**b. Normas Generales.** Cada Centro debe: Elaborar Normas Generales y específicas como: criterios de ingreso y egresos, mecanismos de coordinación, reglamentación de funcionamiento interno etc.

**c. Sistema de Costos.** Establecer un sistema de costos capaz de registrar y llevar las distintas imputaciones que corresponden al Centro.

**d. Diseño de puestos.** Analizar los puestos de trabajo existentes, considerando; Especialización, Formalización del Comportamiento, Capacitación e inducción.

**e. Análisis del Diseño de la estructura del Centro.**

- Evaluación de la agrupación de Unidades.
- Evaluación Tamaño de la Unidad.

**f. Evaluación mecanismos de coordinación.**

- Sistema de Planificación y Control
- Dispositivos de Coordinación.

**g. Evaluación sistema decisiones.** Evaluación del grado de descentralización de las facultades, a través de la implementación de Centros de Responsabilidad.

**h. Convenio de desempeño entre el Establecimiento y el Centro.**

**9. Flujos de Información.**

**a.** Conocer y analizar los flujos de información que requiere y genera el Centro.

## **9. Flujos de relación y coordinación de acción.**

a. Capacitar y entrenar a los equipos de cada Centro en el desarrollo de las habilidades necesarias para la adecuada coordinación, a través de las conversaciones. La capacitación al encargado del Centro de Responsabilidad juega un rol central en el contexto de los pedidos y compromisos que asumen con el Establecimiento y su personal.

## **11. Clientes.**

a. **Plan de calidad de servicio percibido.** Que involucre a las personas que realizan los procesos, en función de la retroalimentación que provee el sistema de Control de Gestión.

b. **Identificación de las necesidades de Capacitación.** De las personas que realizan los procesos, tanto en lo técnico como en lo relacional.

c. **Planteamiento de las necesidades de capacitación al Establecimiento.** A objeto de que sean incorporadas en el plan de capacitación del establecimiento.

d. **Establecimiento de normas para buenas prácticas.**

## **12. Proveedores.**

En general todos los Centros asumen roles de proveedores y de clientes, en relación a su función, sin embargo, se hace necesario identificar los procesos de Apoyo Administrativo transversales a la operación de todos los Centros del Establecimiento: Proceso de Abastecimiento, Gestión y Desarrollo de las Personas, Gestión Financiera, etc.

Lo anterior sustentado en que el desarrollo de los Centros de Responsabilidad genera exigencias y requerimientos mayores en la provisión de servicios de apoyo, en cuanto a cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia, lo que se traduce en la necesidad de fortalecer el área de apoyo administrativa, es decir, desde una perspectiva operacional, de procesos, los Centros de Responsabilidad Finales dependen de esta provisión para el cumplimiento de su cometido.

**a. Proceso de Gestión del Abastecimiento.** Los Centros responsables deberán proveer permanentemente a los centros usuarios de la información de consumo, precios de los insumos y materiales para que les permita administrar el presupuesto asignado y tomar las decisiones pertinentes a su operación.

**b. Proceso de gestión y Desarrollo de las Personas.** Deberá proveer permanentemente a los centros usuarios, de la información de los requerimientos establecidos para que les permita tomar las decisiones pertinentes a su operación.

**c. Proceso de Gestión Financiera.** Deberá proveer permanentemente a los centros usuarios de la información del presupuesto asignado y utilizado para tomar las decisiones pertinentes a su operación.

- Marco Presupuestario de cada Centro.
- Negociación del Presupuesto.
- Ámbito presupuesto.
- Partidas no gestionables.
- Provisión de información Presupuestaria.

Todas estas actividades deben relacionarse con la implementación del Sistema de Información de los Centros de Responsabilidad.

### **3.7. PROPUESTA DE REESTRUCTURACION DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD**

#### **3.7.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

Este Establecimiento en el área Clínica, tiene hoy la siguiente conformación de Centros de Responsabilidad:

- Centro de Responsabilidad de Medicina.
- Centro de Responsabilidad de Gineco – Obstetrícia .
- Centro de Responsabilidad de Pediatría (con sus unidades críticas respectivas).
- Centro de Responsabilidad de Unidad de Emergencia.
- Centro de Responsabilidad de Diálisis.
- Centro de Responsabilidad de Pabellones Quirúrgicos.
- Centro de Responsabilidad de UPCA.
- Centro de Responsabilidad de IV piso (cirugía).
- Centro de Responsabilidad de V Piso (tres servicios).
- Centro de Responsabilidad de VI Piso (tres servicios).
- Centro de Responsabilidad de Anatomía Patológica.
- Centro de Responsabilidad de Medicina Transfusional.
- Centro de Responsabilidad de Laboratorio.
- Centro de Responsabilidad de Imagenología.
- Centro de Responsabilidad de Quinesioterapia.
- Centro de Responsabilidad de Neurología.
- Centro de Responsabilidad de Psiquiatría.
- Centro de Responsabilidad de Especialidades Odontológicas.
- Centro de Responsabilidad de Farmacia.
- Centro de Responsabilidad de CAE.

Como se observa existen Veinte (20) Centros de Responsabilidad en el área clínica que no se condice con la administrativa donde sólo existen Cuatro (4) Centros de Responsabilidad que agrupan aproximadamente veinte (20) secciones.

### **3.7.2.- ANALISIS DE LOS ESCENARIOS**

#### **A) DESCRIPCIÓN DE LAS FORTALEZAS:**

El Sistema de Salud Pública del país cuenta en la actualidad con una serie de estrategias o dispositivos instalados, que dan cuenta de los aspectos de cómo gestionar de forma más efectiva y eficiente los recursos.

Contar con un sistema de información que dé cuenta de aspectos como;

Control de Costos.

Guías de práctica Clínica.

Protocolos .

Desarrollo de Procesos.

Cartera de Servicios.

Planificación Estratégica.

Planes de Mejora.

Desarrollo de Procedimientos.

Sistemas que den cuenta de cantidad de recursos humanos, físicos, financieros y económicos existentes.

Indicadores de gestión.

Estructura para la implementación de cuadros de mando integral.

Delegación de facultades.

Que el Hospital haya sido evaluado para ser EAR como un proceso continuo donde año tras año se fueron pasando procesos, mejorando hasta

alcanzar un puntaje de 97,3 y ser un referente a nivel nacional en muchos procesos administrativos de experiencia exitosa, lleva obligadamente a tener un proceso de compromiso de gestión con todos los centros de responsabilidad que permite articular la gestión de los centros y premiar la buena gestión.

## **B) DESCRIPCIÓN DE LAS OPORTUNIDADES**

La Implementación del Modelo de Gestión de Centros de Responsabilidad propiciado por el Ministerio de Salud, a contar del año 2006 con sistemas de información que apoyan tanto los procesos clínicos como, como administrativos.

La Gestión en Red y las Redes Asistenciales: la Reforma de Salud promueve la articulación de servicios en red, situación muy favorable en la forma de gestionar los procesos y los recursos, que implica tener agenda con la red primaria de salud, así como disponer de procesos de articulación por medio de compromisos de gestión que promueven las conversaciones con dicha red.

GES: Protocolos de diagnóstico, control y tratamiento con garantías explícitas e incremento en los recursos asignados, que permiten disponer de mayores presupuestos para la gestión adecuada.

La reforma sanitaria que permite la autogestión en red de los establecimientos de mayor complejidad.

La profesionalización en todos los ámbitos de la gestión sanitaria, especial relevancia cobra el que el hospital hoy tenga un avance muy importante en la profesionalización en el área administrativa, donde los grados de avance han permitido generar valor agregado que tienen al hospital en un lugar de privilegio en la evaluación en red.

La implementación de las garantías explícitas en Salud que permiten hoy tener mejores oportunidades de Inversión y mayores recursos para la gestión oportuna de los procesos clínicos y administrativos.

Contar con presupuestos de operación acorde a los niveles de gastos que son necesarios para la adecuada articulación de la gestión eficiente del establecimiento.

### **C) DESCRIPCIÓN DE LAS DEBILIDADES**

A pesar de los factores favorables enunciados no es difícil percibir:

Falta de coordinación de la red asistencial interna: en la información y en la definición de ámbitos de gestión de los procesos de cada nivel; lo que genera una serie de efectos negativos en los resultados, los que se traducen en un daño de la atención en diversos aspectos, como:

A) Integralidad de los sistemas y los procesos afines y comunes que promuevan la articulación de información adecuada entre los diferentes actores en la gestión del establecimiento.

B) Resolutividad en la gestión clínica y en la efectiva coordinación entre especialidades.

C) Oportunidad en la resolución de problemas por la gran cantidad de variables que hoy debe manejar una sola persona que corresponde a la SDM.

D) Calidad de atención, no está claro que esta atención tenga la calidad adecuada, dado que no se han establecido indicadores apropiados para lo mismo y solo se trabaja con indicadores básicos y generales de IIH y letalidad entre otros.

E) Satisfacción de usuarios, no solo el externo sino también el interno, si bien las encuestas que se han realizado año a año en los diferentes centros de responsabilidad no está clara la percepción definitiva de los usuarios, estas encuestas no han sido adecuadamente certificadas.

El Sistema Gerencial, no está articulado de forma efectiva, ya que se tiene formas diferentes en las Subdirecciones y no están claros además los roles que juegan las unidades asesoras que en muchas oportunidades realizan procesos operativos que no les corresponden, generando inconsecuencias administrativas no bien articuladas y duplicando esfuerzos innecesarios.

No contar con gestores intermedios que reúnan las competencias, tanto técnicas, como relacionales y de liderazgos efectivo que lleven a disponer de una gestión moderna y potenciar los procesos de desarrollo adecuado en la gestión de los procesos y los adecuados sistemas.

Contar con más y modernos Sistemas de Información que les permita actuar en forma preactiva y no reactiva como hasta el momento se hace en muchos procesos y sistemas de gestión.

El equipo directivo superior debe dar un enfoque diferente y actuar sobre lo macro y no lo micro como hoy se realiza la gestión, donde se está preocupado de aspectos que deben estar en la parte operativa, lo que implica traspasar la gestión de forma efectiva y dar la confianza necesaria a los equipos que asesoran para dar el salto que se requiere en la gestión.

Mejorar las comunicaciones al interior de la organización que lleven a evitar los rumores y se gestione sobre bases adecuadas, lo que implica contar con un sistema de comunicación amplio y expedito que de cuenta de la verdadera gestión del establecimiento.

Seguir poniendo el énfasis en la satisfacción usuaria el camino que lleva a la evaluación adecuada y a la gestión eficiente del establecimiento.

Esto significa que el esfuerzo que está realizando el Estado y el Sistema de Salud en la asignación de recursos y actividades bien realizadas debe estar reflejado en un buen resultado y en la visible satisfacción de los usuarios.

### **3.7.3.- DEFINICION DEL PROBLEMA**

INSUFICIENTE COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL CLINICA INTERNA DEL HOSPITAL, YA QUE EXISTE UN SOLO GESTOR QUE MANEJA 20 CENTROS DE DIVERSOS PROCESOS, LO QUE IMPOSIBILITA EL DESARROLLO DE UNA EFICAZ Y BUENA GESTIÓN.

### **3.7.4.- JUSTIFICACION DEL PROYECTO**

**Si bien es cierto que el Hospital Herminda Martín cuenta con una serie de aspectos en que se ha avanzado una enormidad y a pasos agigantados, es necesario además dar un paso adelante en lo que a gestión de los procesos clínicos se refiere, y ello se sustenta en disponer de una mejor agrupación de los centros de responsabilidad que hoy se está haciendo la distinción de los conceptos de ellos (costos, beneficios, inversión).**

#### **3.7.4.1.- Objetivo General.-**

Mejorar los sistemas de coordinación y articulación de los diferentes procesos clínicos por medio de la agrupación de los centros de responsabilidad que hoy se encuentran operando.

#### **3.7.4.2.- Objetivos Específicos.-**

1) Implementar sistemas de centros de responsabilidad acorde a los modelos de gestión actuales.

2) Implementar un sistema de coordinación en la red interna del hospital que lleve a cabo un desarrollo articulado para tener procesos más eficientes.

3) Generar procesos de integración tanto horizontal como vertical que les permita una mejor coordinación entre ellos.

4) Aplanar la estructura orgánica a partir de la integración de los centros, en una agrupación que de cuenta de los procesos afines o comunes de ellos, y que permitan la adecuada articulación con el resto y el conjunto del establecimiento.

5) Traspasar los procesos de decisión lo más posible en relación a la base donde estos se desarrollan.

6) Reforzar la gestión del equipo directivo superior que mire la planificación estrategia y los grandes eventos y cambios que se vienen en el futuro, de por lo menos tres años de horizonte.

### **3.7.5.- ¿COMO IMPLEMENTAR?**

Es esta la mayor interrogante, cómo y que hacer, para agrupar los centros de responsabilidad existentes? Se sabe y está claro que la formas pueden ser variadas y diversas como algunas que se mencionan a continuación:

Por Procesos.

Por Tipo de Inversión.

Por Tipo de Especialidad.

Por Número de Personas.

Por Estructura de Edificios.

Por Modelos de Gestión de Especialidades, etc

La segunda gran interrogante es qué: Al considerar alguna de estas variables, ¿que rango tendrán dentro de la actual estructura orgánica?.

A nivel de Subdirecciones, se deben crear cuatro Subdirecciones más.

A nivel equivalente de lo que hoy tiene la Subdirección Administrativa, es con centros de responsabilidad a tercer nivel de la organización.

### **3.7.6.- CONSIDERAR QUE LA PROPUESTA MAS ADECUADA ES LA DE LOS PROCESOS:**

El porqué se elige este tipo de agrupación es muy sencillo, cabe mencionar que los procesos son un tipo de entidad que tiene asociados un conjunto de variados atributos lo que significa que los Centros de Responsabilidad se agruparan según las características, actividades, atributos, códigos, etc. que sean similares entre ellos, se cree que es el que menos dificultades presentará para agruparlos ya que las demás posibilidades deberán filtrar más sus funciones.

Esta propuesta implica:

Que, se debe hacer una separación de los procesos clínicos de atención cerrada y de Apoyo Clínico en agrupaciones que den cuenta como por ejemplo:

Centros de Responsabilidad de Atención Cerrada, donde se encontrarían las siguientes agrupaciones :

**1) Centros Quirúrgicos.** Agruparían los actuales Centros de Responsabilidad de:

- \* Pabellones Quirúrgicos (todos los pabellones, también los futuros CMA).
- \* Cirugía.
- \* V Piso.

- \* VI Piso.
- \* Gineco-Obstetricia.

Este Centro de Responsabilidad debe dar cuenta y responder ante la gestión quirúrgica del establecimiento en su conjunto y con la mirada de los procesos afines donde los principales actores son los centros clínicos que lleguen a contar con una adecuada programación de intervenciones en función del desarrollo estratégico del establecimiento y las políticas ministeriales sobre la materia.

**2) Centros Médicos Clínicos.** En el se agruparían los actuales Centros de Responsabilidad de :

- \* Medicina.
- \* Neurología.
- \* Psiquiatría.
- \* Pediatría (incluye todas sus unidades críticas).
- \* Unidad de paciente Crítico del adulto (UPCA)

Que permitan la gestión y den cuenta de los proceso clínicos médicos que articulen de forma adecuada sus sistemas de gestión con una integración real y efectiva de la pediatría en el contexto de la continuidad con los centros de adultos.

**3) Centros de Apoyo Clínico y Terapéutico.** Donde se agruparían los actuales centros de responsabilidad de:

- \* Imagenología.
- \* Medicina Transfusional.
- \* Laboratorio.
- \* Anatomía patológica.
- \* Farmacia.

Este Centro deberá informar sobre los procesos de gestión de apoyo en términos de exámenes que apoyan la gestión clínica y administrativa de los otros centros de responsabilidad. Cabe destacar que hay una propuesta de incorporar a este centro, el centro de Esterilización, aspecto que no se considera como apropiado ya que su proceso principal no se ajusta a los que responden a esta forma de agrupación, lo mismo que farmacia, que escapa a la idea general de agrupación por procesos, pues no responde a la lógica que se está dando en forma de agrupación, pues si es así también debería integrarse Alimentación, Lavandería, etc, pero como todo es por lógica es importante darle la vuelta a ello.

**4) Centros de Atención Abierta.** Agruparía a los actuales Centros de Responsabilidad, con la mirada futura del desarrollo de la atención abierta de alta complejidad que hoy se está estudiando , entre ellos se tiene:

- \* Consultorio de Especialidades.
- \* Especialidades Odontológicas.
- \* Quinesioterapia.
  
- \* Diálisis.
- \* Cuidados Paliativos.
- \* Cirugía Mayor Ambulatoria (si se dispone de recursos limitantes como son los profesionales de anestesia).

La finalidad de esta agrupación está sujeta a los procesos que dan cuenta de la atención abierta de las diferentes especialidades y que además son realizadas en forma ambulatoria donde no es necesario que el usuario esté internado para hacer las actividades clínicas que deben ser desarrolladas. Cabe destacar que este centro es un administrador de Box por lo que debe desarrollar sus procesos en conjunto con los centros de responsabilidad tanto Quirúrgica como Médica.

Finalmente se estima a la unidad de emergencia como un Centro Específico, dado que tiene procesos que tienen que ver con aspectos tanto de atención cerrada como de atención abierta, pero se debe tener claro que es necesaria su buena coordinación y comunicación con los otros centros para lograr la integración de los procesos a los demás del establecimiento. Misma situación se ve para el caso del SAMU, con ello las otras agrupaciones serían:

**5) Centros de Urgencias.** Donde continua el actual centro de responsabilidad de Unidad de emergencia.

**6) Centro de Responsabilidad de SAMU.** Al igual que el centro de unidad de emergencia este continúa como un Centro Específico que da cuenta de los procesos de emergencia pre hospitalaria en coordinación con la unidad de emergencia. Quizás sería importante revisar en este centro su actual proceso de derivación de usuarios en ambulación a la macro red regional y a la macro red nacional, con la finalidad de separar su función y no tenerla mezclada como ahora se tiene

### **3.7.6.1.- VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ESTA FORMA DE AGRUPACION DE CENTROS.**

#### **VENTAJAS:**

- Lograr un efecto de integrabilidad como objetivo específico para lograr agrupar centros por procesos que sean comunes.
- Disminuye la cantidad de interrelaciones entre los 20 centros que hoy existen a una agrupación de interrelación de seis centros.
- Permiten afianzar los procesos de gestión de la SDM, pues lleva a la delegación de facultades y con ello las funciones más operativas centrarlas en estos centros para que la preocupación de los gestores directivos se ponga en el acento estratégico.

- Mejora la utilización de recursos al tener que desarrollar actividades de complementación y tener claridad en los recursos que se cuentan para los procesos afines en la organización.
- Adecuar el actual modelo de gestión del hospital al modelo del MINSAL, con una mirada estratégica.
- Desarrollar e implementar sistemas de información que permitan una gestión integral apuntada a la satisfacción usuaria.

#### **DESVENTAJAS:**

- Que no se pudiera contar con los gestores adecuados para este proceso de cambio en la gestión.
- El efecto cultural del establecimiento, barrera que deberá romperse con la elección adecuada de esos gestores.
- La lejanía de los directivos superiores de los niveles operativos al integrar otra cadena en los proceso de comunicación, aspecto que debe ser mirado con mucha importancia
- Que se pueda perder la forma de gestión actual, por lo que es necesario un proceso de marcha blanca para la integración de estos nuevos gestores en la cadena de la organización del establecimiento.
- Independiente de cuál modelo se desarrolle, lo importante es tener claro que la implementación de los centros de responsabilidad está asociado al compromiso número 5 del MINSAL, el que tiene las siguientes tareas que son analizadas a continuación.

### 3.7.7.- ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACION DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD:

- **Identificar áreas de producción.** Es muy importante la identificación de áreas de producción homogéneas para que sea factible conformar un centro de responsabilidad.

**Que implica,** Agrupar los centro por áreas comunes con procesos lógicos y afines en cada uno de ellos.

**Que se ha hecho,** A la fecha se tiene una agrupación de centros de responsabilidad que obedecen a la lógica de servicios con sistemas de información y una serie de componentes que se han sido desarrollado por medio de compromisos de gestión como por ejemplo: Manual de organización, identificación de productos y subproductos, procesos, flujograma de procedimientos, guías, protocolos, etc y ello nos permite concentrar todos estos en un centro mayor con aspectos propios de los agrupados.

- **Agrupar Unidades y Servicios.** Es decir, agrupar unidades o servicios bajo un criterio de similitud en sus funciones.

**Que implica,** Contar con aspectos propios de un centro de responsabilidad como lo son:

Participación directa en la atención de los usuarios.

Servir de apoyo directo a la atención de los usuarios.

Participación en otras actividades que se realizan en el establecimiento.

**Que se ha hecho.** Se tienen estas agrupaciones separadas y hoy se abre la posibilidad de juntarlas ya que cuentan con experiencia propia de manejo como un centro, y sobre todo cuentan con los apoyos adecuados para sus procesos.

- **Definir los Centros de Responsabilidad.** Esto es en función de las variables que se han estudiado y se estima que la mejor forma son los Procesos.

**Que Implica,** Establecer estos Centros de Responsabilidad, de acuerdo a las áreas identificadas. Para cada una de ellas se debe asignar un responsable con roles, responsabilidades y las competencias de sus gestores

**Que se ha hecho,** Este documento y los análisis del equipo directivo han permitido tener clara la identificación de los macros centros que deberán implantarse este año con fecha tope a partir del mes de Abril.

- **Identificar Clientes Internos y Externos.** Esto implica definición clara de los usuarios que atiende el centro y el enfoque a la satisfacción de los mismos.

**Que Implica,** Definir claramente los usuarios que atiende el centro en función de la experiencia, historia y objetivos sanitarios.

**Que se ha hecho,** Cada Centro tiene identificado a sus clientes en forma específica y estos macros-centros deberán hacerlo en lo general, por ejemplo en el área quirúrgica sus clientes externos serán los usuarios de patologías quirúrgicas que requieran solución oportuna a sus necesidades y sus clientes internos, serán los funcionarios a quienes sirve y trabajan en equipo.

- **Definir la Cartera de Servicios.** Lo que nos lleva a tener claridad respecto de dicha cartera.

**Que Implica.** Que se deben definir las carteras de servicios, productos intermedios y finales con sus procesos administrativos y productivos.

**Que se ha hecho,** A la fecha se tiene la cartera de servicios de cada micro centro

con su respectiva definición de productos finales e intermedios y lo que debería hacer el macro-centro es establecer la suma de dicha cartera y definir los productos finales e intermedios que den cuenta de los micro-centros.

- **Determinar Niveles de Producción.** Se deben analizar los recursos con los que se cuenta para ver la brecha entre la oferta y la demanda para ajustar a esta última las respectivas necesidades y dar a conocer el objetivo final que es la satisfacción usuaria.

**Que Implica,** Determinar niveles de producción, histórica, potencial y brecha asociada.

**Que se ha hecho.** Se tiene claridad en los niveles de producción histórico de los micro-centros que agrupan a los diferentes centros, así como también el potencial del mismo (efectos de compra de servicios), lo que falta por disponer es la brecha asociada a esos niveles en función de estudios epidemiológicos y las políticas de salud.

- **Definir Recursos.** Esto implica establecer los recursos necesarios para lo actual y lo futuro.

**Que Implica,** Definir los recursos asociados a la producción actual y la proyectada en función de los compromisos de gestión del centro con el equipo directivo, y las actividades a desarrollar en un determinado período. Estos recursos están asociados a componentes tales, como:

- \* Recursos Humanos (en sus diferentes estamentos).
- \* Recursos tecnológicos (hardware, equipos para el centro, etc).
- \* Recursos materiales (insumos y otros elementos necesarios para la gestión operativa).
- \* Recursos asociados a sistemas de información y monitoreos.

**Que se ha hecho,** Cada micro-centro tiene ahora identificado sus recursos humanos, sus recursos tecnológicos, materiales y a la vez se está trabajando en los recursos de sistemas de información que implica que el macro-centro tenga el conjunto de ello y por cada micro-centro en forma específica. Además en el proceso de negociación de compromisos de gestión se dan las pautas para la solicitud de recursos adicionales.

- **Elaborar Normas Generales y Específicas.** En este punto es necesario destacar que lo que se requiere es contar con tipos de normas generales (o procedimientos).

**Que Implica,** Que lo que se requiere es contar con aspectos tales como:

- \* Criterios de Ingreso y egreso de usuarios.
- \* Mecanismos de coordinación propios, con el resto de los centros, los niveles directivos y unidades asesoras.
- \* Tener reglamentación de funcionamiento interno (Manual de organización y principales procedimientos).
- \* Protocolos de atención.
- \* Procedimientos médicos, de enfermería y administrativos.
- \* Guías de práctica clínica.

**Que se ha hecho.** En todos los micro-centros se cuenta con todas estas normas que han sido elaboradas a partir del modelo de EAR, lo que implica adaptar estas mismas al conjunto que será el macro- centro.

- **Elaborar un Plan Anual de Actividades.** Implica establecer aspectos que corresponden al plan de actividades que considere todas las variables.

**Que Implica,** Que el programa anual de actividades debe incluir metas explícitas y evaluables en todos sus ámbitos como lo son:

- \* Plan estratégico del centro que de cuenta de su misión, visión valores y principales objetivos estratégicos y estrategias a desarrollar.
- \* Programa de coordinación de actividades valoradas y no valoradas.
- \* Programa de Recursos Humanos en términos de programación de trabajo, vacaciones, licencias, permisos, capacitación y desarrollo personal, etc.
- \* Programa de actividades con gestión de camas, horas pabellón, horas box, ,etc.
- \* Programa de mantenciones (en conjunto con centro logístico respectivo).
- \* Programa de reuniones con equipo completo, con profesionales médicos, con profesionales no médicos, celebraciones, reconocimientos, llamados de atención, etc
- \* Programa de coordinación con actores de red asistencial y con los otros centros, servicios y/o unidades, etc

**Que se ha hecho.** Todas estas actividades hoy en día se les solicita a los micros - centros que lo realicen en su respectivos compromisos de gestión, pero el gran

salto debe ser que cada centro debe presentar su programación del año en los meses de octubre y Noviembre al equipo directivo para la validación del mismo y no estar sujeto a compromisos, que si bien forman parte del mismo es necesario tener una buena programación para el año que viene.

- **Elaborar Un Presupuesto Anual.** Esto lleva a generar un presupuesto que incluya todos los componentes.

**Que Implica,** Es decir desarrollar un presupuesto anual, acorde al plan anual de actividades y al desarrollo de las estrategias a implementar en el respectivo año, lo cual implica tener:

- \* Un presupuesto para las remuneraciones que considere los aspectos fijos y los variables de continuidad y de ampliación (esto por si se aprueban los recursos solicitados).
- \* Un presupuesto para los gastos de los insumos clínicos, administrativos y de materiales necesarios para el buen funcionamiento del centro, acorde con el plan anual de actividades y las estrategias a desarrollar.
- \* Un presupuesto para la inversión con recursos propios (esto en función de la petición y de la aprobación del nivel directivo).
- \* Un presupuesto para la mantención de los equipos, y la infraestructura (en concordancia con el centro logístico a cargo de ello).
- \* Un presupuesto para el desarrollo de los sistemas de información en términos de hardware.

**Que se ha hecho,** A la fecha este proceso ha sido desarrollado en conjunto con los centros logísticos en todos los micro-centros, y la idea es continuar con este proceso para que el centro tenga la información de la aprobación de su presupuesto a contar del día primero del año siguiente, todo ello en función de los marcos-centros que regula el servicio de salud y el MINSAL. Esto ha sido desarrollado en los presupuesto de remuneraciones, de insumos, materiales y de mantención, faltando por desarrollar los de inversión y de desarrollo de sistemas, aspecto que debe ser abordado a partir del año 2008 para el 2009.

- **Negociar y Asignar Presupuesto.** La idea central es que cada centro de responsabilidad negocie su presupuesto en función del plan anual de actividades.

**Que Implica,** Negociar con la dirección del establecimiento el presupuesto, el que debe tener el respaldo del plan anual de actividades y los compromisos de gestión asumidos por el centro

**Que se ha hecho.** En estos dos años se ha trabajado en realizar una programación de actividades por micro-centro, lo que lleva a generar un presupuesto tanto del subtítulo 21 como del subtítulo 22 que se concreta y es conocido por los respectivos jefes. Lo que al agregar el conjunto de los macro-centros se debe establecer con ello la suma de estos presupuestos más los presupuestos propios de administración de ellos.

- **Establecer un sistema de seguimiento periódico.** Esto implica desarrollar un sistema de indicadores de gestión por cada centro de responsabilidad

**Que implica,** Generar indicadores claves de producción, flujos financieros y de calidad que den cuenta de la gestión del CR. Este aspecto es crítico, pues de ello depende el adecuado control a la gestión realizada (metas, objetivos y desviaciones críticas) y la retroalimentación necesaria para la toma de decisiones.

**Que se ha hecho,** Actualmente el establecimiento dispone de indicadores claves de gestión en los ámbitos de producción, flujos financieros, de gestión base de camas y lo que esta faltando es construir indicadores de calidad para lograr el conjunto de ellos, esto a nivel de micro-centro y lo que implica cada uno de ellos es la suma para los macro-centros y de esto se puede extraer la experiencia de los V y VI piso.

### **3.78.- PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS MACROS-CENTROS**

El proceso de implementación de estos macro-centros pasa por el desarrollo del programa donde se deberá ver la idea del proyecto con sus ventajas y desventajas, de tal suerte que sea incorporado en el proceso de este año 2008.

Una vez aceptada esta proposición y definidos los perfiles que deberán tener los liderazgos que asumirán esta nueva forma de trabajo, se deberá desarrollar la búsqueda de ellos mismo lo que pueden ser dentro de la misma organización o bien la búsqueda de ellos por sistema de concurso respectivo.

Además se deberá elaborar un cronograma que contemple el proceso completo para la instalación y funcionamiento de esta nueva forma de trabajo de macros-centros en el área de la subdirección médica. El desarrollo de este deberá estar a cargo de un grupo de trabajo que sea capaz de concretar de la forma más eficiente y rápida posible, pero por sobretodo que tenga la experiencia necesaria y la capacidad de liderazgo que se requiere. Este grupo debería estar compuesto por los siguientes integrantes:

- \* Un Presidente.
- \* La jefe de la ODO
- \* Tres jefes de Centro de Responsabilidad del área administrativa (CRAF, CRRRHH, CROME)
- \* Cuatro jefes de Centro de Responsabilidad del área médica (que debería designar la SDM)

Este grupo debería funcionar entre Diciembre y Marzo para presentar propuesta final al equipo directivo, y desde allí ver las responsabilidades de la instalación de los mismos.

Este proyecto de implementación debería contemplar los siguientes aspectos que son claves para que los centros puedan ser gestionados como tal en el área de los recursos humanos:

- \* Número de personas que son necesarias y que en términos generales por el diseño deberían ser cuatro, que profesionalmente hablando deberían ser:
  - Jefe de Macro-Centro del Área Quirúrgica = Médico
  - Jefe de Macro-Centro del Área Médica = Médico

- Jefe de Macro-Centro de Atención Abierta = Médico, Odontólogo, Químico, profesional de la salud (enfermera, matrona, etc), Ingeniero (de al menos 10 semestres).
- Jefe de Macro-Centro de apoyo Clínico = Médico, Profesional de la Salud.
- Además se debe contemplar una secretaria para cada dos jefes de centro, con lo que se concluye que se requiere de al menos seis puestos adicionales de trabajo.

Paralelo a ello se debe tener en cuenta, aspectos básicos, como son:

- Computador con pantalla plana para cada jefe de centro y las respectivas secretarias.
- Una impresora compartida por todos los jefes y secretaria y dos por cada dos jefes de centro.
- Escritorios, sillas ergonómicas, mesas y sillas de reuniones, y lo más importante...
- Espacios físicos que cuenten con todos los elementos como baños, y elementos de confort necesarios para el buen trabajo.

Todo esto se contempla en un cuadro que se muestra al final que nos indica las inversiones y los gastos de operación estimados para la nueva forma de trabajo.

Perfiles de los Jefes de Centro que son necesarios para el buen desempeño y el éxito del programa que se va a instalar. En general los perfiles de los cargos que se describen a continuación son muy comunes en términos de competencia, lo que cambia son los aspectos relacionados con el Perfil del cargo, la formación académica, y el perfil profesional que tienen matices diferentes para cada uno de ellos por lo que se describen estos aspectos y en el resto se asumen como comunes.

### **3.7.9.-DESCRIPCION DE FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y ATRIBUCIONES QUE DEBERA TENER EL JEFE DE CADA CENTRO DE RESPONSABILIDAD**

Esta descripción de funciones, responsabilidades y atribuciones son genéricas, es decir, pueden ser modificadas por el grupo de trabajo que desarrollará éstas a partir de este modelo, naturalmente si ellas son aceptadas:

#### **A) Propósito o Función Principal**

Administrar la planta física del conjunto de los centros a su cargo, administración de recursos (materiales, humanos, tecnológicos), administración de presupuestos de gastos, administración de la producción (prestaciones de atención cerrada y/o abierta según corresponda), administración de lista de espera ambulatoria cerrada y/o quirúrgica según corresponda, y programación de prestaciones según demanda en red.

#### **B) Descripción de Funciones Específicas**

Organizar la realización de prestaciones cerradas, ambulatorias de especialidades y/o quirúrgicas acreditadas a pacientes referidos de la red asistencial a su cargo en coordinación con el resto de los centros de responsabilidad.

Organizar los recursos disponibles para resolver con eficiencia y oportunamente las interconsultas ambulatorias abiertas y/o cerradas de especialidades que provengan de los establecimientos de atención primaria, de las unidades clínicas del hospital, y de otros establecimientos de la red de referencia.

Definir en conjunto con la Subdirección médica, y los respectivos servicios clínicos, la distribución de las horas médicas de especialidades para consultas, atención de sala, horas pabellón según corresponda y procedimientos, de

acuerdo a la demanda requerida por la red. Estas deberán quedar formalmente establecidas por medio de firma de protocolos de compromisos de gestión con el centro y los micro-centros.

Velar por la elaboración y cumplimiento de guías y protocolos de referencia y contrarreferencia ambulatorias, cerrada, quirúrgicas y de exámenes de especialidades.

Adoptar los sistemas de registros de interconsultas y de agenda médica disponible para la red provincial y/o hospitalaria en conjunto con la subdirección médica y el centro de responsabilidad logístico de SOME.

Implementar y mantener operativos los sistemas para derivar a los pacientes cuya interconsulta haya sido resuelta a los establecimientos de origen, con el informe e indicaciones de tratamiento correspondiente, o la indicación de hospitalización (solo para el CR Atención Abierta).

Adoptar los registros que permitan generar reportes permanentes de las listas de espera de interconsulta por especialidad tanto en atención abierta como cerrada.

Organizar los recursos para el control y seguimiento de los pacientes cuyo estado requiera de la intervención permanente de un especialista, de acuerdo a los criterios técnicos definidos.

Velar para que el ingreso de los pacientes se realice por la unidad de hospitalización y/o Some u otra unidad dependiente de la Subdirección Administrativa.

Efectuar monitoreo mensual de los indicadores de seguimiento de resultados y rendimientos del uso de camas, horas quirófanos, consultas, controles y procedimientos por especialidad.

Supervisar y evaluar la función asistencial efectuada por los policlínicos de especialidades y unidades dependientes (solo para el CR Atención Abierta).

Adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento a los requerimientos de información del establecimiento, ya sea en los formularios establecidos o digitación en sistemas de información (ficha clínica, registro de estadísticas de

prestaciones, registro de insumos, solicitudes de pedidos a bodega, farmacia y abastecimiento, solicitudes de exámenes y otros).

Elaborar el programa anual de capacitación del personal en conjunto con los micro-centros a su cargo.

Cumplir y hacer cumplir las normas legales y reglamentarias y disposiciones internas del establecimiento en materia de personas (provisión de cargos, reemplazos, suplencias, horas extras, evaluación de desempeño, permisos, otros).

Adoptar las medidas necesarias para optimizar el rendimiento y eficiencia del personal en la atención de los pacientes.

Velar por el bienestar del personal y condiciones de trabajo.

Controlar la eficiente utilización y rendimiento de los equipos e instrumentos médicos.

Definir la estructura de funcionamiento bajo la modalidad de centro de responsabilidad, para la administración de los gastos en personal, bienes y servicios de consumo e inversiones, delegación de facultades, atribuciones y responsabilidades, indicadores de gestión de costos, de acuerdo a los lineamientos entregados por la Subdirección Administrativa, la Subdirección Médica y la Subdirección de Enfermería.

Proponer iniciativas de inversión y reposición de equipamiento o implementación de nuevas áreas de desarrollo.

Controlar y evaluar el cumplimiento de los objetivos sanitarios, metas de programas especiales, compromisos de gestión del Minsal, Servicio de Salud de Ñuble y Hospital Base de Chillán, a través de informes periódicos mensuales o bimensuales.

Otras funciones que le asigne la Subdirección Médica

### **C) Responsabilidades Asignadas al Cargo de Jefe de Centro de Responsabilidad Respectivo**

Gestión de la demanda clínica ambulatoria, cerrada, quirúrgica y de apoyo clínico y terapéutico según corresponda.

Administrar y optimizar el uso de los recursos asistenciales, materiales, recursos humanos, equipos e instalaciones.

Adoptar todos los procedimientos y registros que sean necesarios para la gestión clínica y administrativa del centro a su cargo.

Fortalecer la gestión clínica, mediante la aplicación de protocolos de referencia y contrarreferencia.

Dirigir los procesos clínicos y administrativos que permitan abordar las funciones encomendadas.

Llevar el monitoreo de prestaciones, que permitan cautelar los ingresos de prestaciones valoradas, AUGE, PPI, en los formatos que diseñe el SOME.

Otras que le asigne la Subdirección Médica

#### **D) Atribuciones Asignadas al Cargo de Jefe de Centro de Responsabilidad Respectivo.**

Autorizar la programación de adquisiciones de farmacia e insumos del Centro a su cargo.

Autorizar los reemplazos, suplencias, horas extras, jornadas de capacitación, permisos, feriados y otros de similar naturaleza, de acuerdo al marco de presupuesto fijado por la dirección y en función de la delegación de facultades con que se cuente.

Redistribuir el personal de las dependencias del centro en las diferentes funciones.

Organizar al interior del Centro la creación, fusión, desagregación o reubicación física de las unidades clínicas o de apoyo administrativo, dentro de sus propias dependencias.

Organizar la agenda médica de atención cerrada, quirúrgica, de apoyo clínico y ambulatoria de especialidades (esta solo para los jefes de centros médico, quirúrgico y atención abierta), de acuerdo a la distribución de horas

médicas acordadas con la Subdirección médica y los micro-centros y en concordancia con la red asistencial hospitalaria.

Otras que le sean delegadas por el director o la subdirección médica.

### **3.7.10. SISTEMAS DE INFORMACIÓN CON QUE CONTARA EL JEFE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD RESPECTIVO**

- \* Intranet propia para la gestión y/o coordinación.
- \* Internet para uso de los aspectos clínicos y administrativos propios de su cargo.
- \* Agenda electrónica médica.
- \* Cuadros de Mando de Producción, Financieros, de Recursos Humanos y Clínicos desarrollados por la oficina de sistemas de información.
- \* Sistema de información de apoyo clínico en línea y red bajo formatos establecidos por la Subdirección administrativa.
- \* Otros que se diseñen según las necesidades de gestión propia de los respectivos centros de responsabilidad .

### **3.7.11.- COSTOS ESPERADOS DE LA CREACION DE LOS MACRO-CENTROS DE RESPONSABILIDAD**

Los costos asociados a la creación de los macro-centros se describen en el siguiente cuadro

### **3.7.12.- INVERSION PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD**

El siguiente detalle muestra los costos de inversión que serán necesarios llevar a cabo para que los centros de responsabilidad puedan funcionar en un

espacio físico acorde a su nivel y cargo, así como no generar efectos adversos en ocupar los mínimos espacios que tiene actualmente el establecimiento.

Como se puede observar se estima que el gasto en inversión para el funcionamiento de los centros se estima en aproximadamente M\$ 36.675, con lo que se puede hablar perfectamente de unos M\$ 40.000, financiamiento que deberá provenir de los recursos propios del establecimiento.

En síntesis se puede demostrar con esto que con la reforma el Hospital ahora tiene una gestión más profesional y hábil y con eso ha adquirido una estabilidad financiera nunca antes vista en esta entidad. Su buena capacidad de pago facilita la negociación con proveedores, su producción se puede decir que ha aumentado considerablemente en comparación a los resultados obtenidos antes de la reforma, además se han iniciado numerosos programas y proyectos en los que incluso participa la comunidad.

En gran parte, la buena situación actual del hospital se debe también a que se han podido efectuar cambios y a la vez aprovechar las fortalezas conocidas.

Se aprovecharon, por ejemplo, la imagen favorable de la institución en sentido técnico y académico, el personal calificado y la política de comunicación con la comunidad.

### 3.7.13.- COSTOS DE OPERACIÓN DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD

Para estimar los costos de operación de los macro-centros de responsabilidad se consideraron los relativos a los recursos humanos y los

TIPO DE INVERSION	CANTIDAD	V. UNITARIO	VALOR
		ESTIMADO	TOTAL
Construcción de espacio Físico	60 M2.	500.000	30.000.000
Computadores	6	400.000	2.400.000
Impresoras	3	75.000	225.000
Muebles	6	150.000	900.000
Sillas jefaturas y Secretarias	6	35.000	210.000
Mesas de trabajo	4	180.000	720.000
Sillas de trabajo	24	25.000	600.000
Líneas telefónicas	6	25.000	150.000
Muebles de archivo	6	120.000	720.000
Otros			750.000
<b>TOTALES</b>			<b>36.675.000</b>

recursos materiales que en su conjunto implicarían un costo incremental de M\$ 7.524, que al año significa un total de M\$ 90.288, los que se muestran en el siguiente cuadro:

TIPO DE RECURSOS	CANTIDAD	VALOR	VALOR
		UNITARIO	TOTAL
A) Recursos Humanos			
Jefes de Centros	4	1.600.000	6.400.000
Secretarias	2	250.000	500.000
<b>Total Recursos Humanos</b>			<b>6.900.000</b>
B) Recursos Materiales			0
Insumos de Oficina	25	15.000	375.000
Insumos de Aseo	12	5.500	66.000
Aseos Oficina	60	1.800	108.000
Otros	1	75.000	75.000
<b>Total Recursos Materiales</b>			<b>624.000</b>
<b>TOTAL GASTOS OPERATIVOS</b>			<b>7.524.000</b>

### 3.7.14. BENEFICIOS ESPERADOS CON LA INSTALACION DE LOS MACRO- CENTROS DE RESPONSABILIDAD

En general se estima que los beneficios esperados por la creación de estos centros se concreta en las siguientes variables:

Mejora de la gestión de los procesos de camas por lo que deberían aumentar sus usos, con el consiguiente efecto en los recursos de días de estada.

Mejora en la gestión del uso de los recursos por lo que se puede estimar una reducción de al menos un 2% de estos en forma mensual que se estiman en M\$ 1.600.000.

Mejora en los procesos de coordinación por lo que por esa vía se puede llevar a aumentar las intervenciones quirúrgicas institucionales y reducción en las compras de servicios.

Mejora en los procesos de apoyo clínico con efectos en los usos de camas y oportunidad en la atención.

Todos estos beneficios serán medidos y se presentarán en un anexo y con ello también la evaluación económica de este proyecto.

### **3.7.15. PROPUESTA DE COORDINACIÓN DE ACCIONES.**

La coordinación se produce esencialmente en las conversaciones de las personas en el día a día y corresponde al flujo de autoridad formal y a las relaciones y comunicaciones informales que están y son parte del Centro y del Establecimiento.

Conversación es la unidad mínima de intersección social orientada hacia la ejecución de acciones. Las actividades humanas ocurren como conversaciones en un coordinar el “lenguajear” y el emocionar, es decir, en todas las actividades humanas ocurren como redes de conversaciones.

Al satisfacer los compromisos que han asumido el centro y el establecimiento con sus clientes, el personal está involucrado en una red de conversaciones.

Esta red incluye peticiones y promesas para llevar a cabo los compromisos, se generan redes especiales de conversaciones para abordar conversaciones recurrentes dirigidas al manejo de situaciones repetitivas; las oficinas, servicios, y unidades se organizan en torno a éstas redes de

conversación puede revelar puntos susceptibles de fallas comunicativas, lazos conversacionales innecesariamente indirectos, atrasos críticos, cuellos de botellas y otros. En la figura xx se representa una red de conversación al interior de un Centro de Responsabilidad y entre estos.

Si a la persona le han solicitado alguna acción, ella promete o declina; si ella ha prometido complementar la acción, ella informa su realización, o bien revoca su promesa; si se le ha solicitado una acción, ella cancela su pedido, pide un informe de avances, o declara que sus condiciones han sido satisfechas, habiéndose complementado la acción .

Por lo tanto, el Modelo contempla que una de las prácticas necesarias a desarrollar e instalar en cada centro de responsabilidad, es la participación de cada integrante del Centro, en la red de compromisos y conversaciones del Establecimiento y del Centro, de no ser así se producirían quiebres que impedirían el cumplimiento del propósito del Establecimiento.

### **3.8.- SISTEMA DE COSTO UTILIZADO (SIGFE)**

El Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), es un programa del Gobierno para desarrollar e implementar un sistema de información único, integral y uniforme, de carácter dinámico, que busca constituirse en una herramienta de apoyo efectivo para mejorar y dar mayor transparencia a la gestión financiera en el sector público, en los niveles: estratégico, sectorial e institucional. El sistema cubre, en su diseño, aspectos operativos y gerenciales que favorecen el proceso de descentralización de la gestión.

- Iniciado formalmente el año 2001.
- Es un Proyecto conjunto Diprés-Contraloría.
- Financiado con crédito del Banco Mundial

Incluye:

- SIGFE.
- Sistema integrado de información de personal.
- Presupuesto por resultados (PMG).

El Objetivo General del SIGFE es:

”apoyar el proceso de toma de decisiones de los organismos descentralizados, basados en información y discusiones transparentes, respecto a los objetivos, programas e impactos esperados con márgenes de flexibilidad para en el manejo de los activos físicos, recursos financieros y humanos”.

Es dependiente de la Dirección de Presupuestos y entre sus objetivos más específicos se cuenta:

- \* Facilitar la generación de información financiera del Estado en la forma y contenido requerida por los ciudadanos.

- \* Suministrar mecanismos destinados a simplificar la determinación de las proyecciones financieras.
- \* Proveer los elementos base para los procesos de fiscalización y evaluación de la gestión financiera.
- \* Contribuir a la simplificación de los procedimientos administrativos y a la disminución de los costos burocráticos.
- \* Proporcionar indicadores de gestión o desempeño financiero e información de desviaciones, como también costos por centros de responsabilidad, actividad o productos.
- \* Disponer de información para las cuentas nacionales, estadísticas fiscales u otros requerimientos macroeconómicos.

### **CARACTERÍSTICAS DEL SIGFE**

- \* Integra los procesos de contabilidad, presupuesto, compromisos y tesorería.
- \* Registra las transacciones sobre base devengada, tanto en la contabilidad como el presupuesto.
- \* Información contable es apoyo efectivo al proceso de toma de decisiones en el ámbito presupuestario.
- \* Presupuestación sobre la base de resultados.
- \* Registro de obligaciones devengadas y no pagadas (deuda flotante) y de compromisos futuros (pasivos potenciales).
- \* Potencia la auditabilidad de acciones en el ámbito financiero.

## **COMO SE UTILIZA EL SIGFE EN EL HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN.**

Cada Centro de Responsabilidad ingresará por medio de planillas Excel toda la información financiera correspondiente a los movimientos efectuados en cada período con el objeto de crear un sustento histórico de las operaciones contables en que incurre, estos emitirán los informes necesarios al Departamento de Contabilidad para que dicha información sea ingresada directamente a la Red SIGFE.

Efectivamente, con SIGFE, todos los Hospitales y Dirección del servicio, van a estar en línea, lo que les permitirá un mayor dinamismo en su trabajo, al consultar dudas de estados financieros en cualquier momento, consolidar información necesaria, en el fondo, se va a lograr mejorar la oportunidad de información, debido básicamente a que los datos van a estar disponibles en la red, la información va a viajar, transformándose en transnacional.

Además, SIGFE, va a permitir facilitar la generación de información en la forma y contenido requerida por los ciudadanos, suministrar mecanismos destinados a simplificar la determinación de las proyecciones financieras, proveer los elementos base para los procesos de fiscalización y evaluación de gestión financiera, contribuir a la simplificación de los procedimientos administrativos y a la disminución de los costos burocráticos, proporcionar indicadores de gestión o desempeño financiero, e información de desviaciones, como también costos por centros de responsabilidad, actividad o productos y finalmente, disponer de información para las cuentas nacionales, estadísticas fiscales u otros requerimientos macroeconómicos.

## CONCLUSIÓN

En Chile, los hospitales públicos de nivel terciario han tenido una percepción permanente de estar en crisis por su incapacidad de respuesta a una intensa demanda insatisfecha. Esta incapacidad se debe fundamentalmente a falta de recursos pero también a la mala administración de los fondos disponibles, en gran parte motivada por las limitaciones del marco legal y reglamentario vigente, y al insuficiente hincapié en la atención primaria, mala articulación de la red asistencial y relación poco solidaria entre los subsistemas público y privado. Sobre esa base se concluyó que ha habido una mejoría significativa en la gestión de los recursos, especialmente de la cama hospitalaria.

Ello se ha manifestado en un aumento de la producción medida en egresos hospitalarios y en la capacidad de administrar proyectos específicos. Entre estos figuran el de expansión de la cirugía cardiovascular, disminución de las listas de espera para cirugía y plan especial de invierno para afecciones respiratorias. También se ha consolidado el trabajo participatorio en los diferentes comités descentralizados (farmacia y abastecimiento, por ejemplo) y la gestión se ha hecho mucho más eficiente, pues ha resultado en una mayor disponibilidad de suministros sin aumentar los gastos. Se han determinado las cantidades que se gastan en diferentes servicios y unidades clínicas y la administración de esos recursos se ha descentralizado parcialmente, lo que ha favorecido la consolidación de los centros de responsabilidad previstos en el plan estratégico.

En el hospital se percibe un ambiente de actividad y de liderazgo en un importante proceso de reforma que genera reacciones muy positivas de la comunidad nacional. Aun así, hay ciertos sectores que ven con temor y desconfianza los aires de cambio. De todos modos, se ha conseguido que la organización avance hacia la transformación prevista e incorpore en su quehacer conceptos como calidad total, contención de costos y trabajo en equipo. Lo más importante es que existe un grupo de personas dedicadas que se han comprometido a luchar por que el hospital se convierta en un hospital público eficiente, con servicios equitativos para todos los sectores de la sociedad chilena y atención especial a los más necesitados.

# ***ANEXOS***

# ***ANEXO Nº 1***

## **DESCRIPCION DE LOS NIVELES JERQUICOS DE LA ORGANIZACIÓN.**

### **DIRECCION**

Todas las atribuciones del Director del Hospital están descritas en el artículo 25 F, de la ley 19.937, las que serán aplicables una vez que adquiera la calidad de establecimiento Autogestionado.

En el período de la transición camino a la autogestión las atribuciones están contenidas en la resoluciones de delegación de facultades que le ha transferido el Director del Servicio de Salud, por medio de las resoluciones afecta N° 163 del 01 de diciembre de 1999 y Exenta N° 620 del 01 de diciembre 1999.

### **FUNCIONES DEL DIRECTOR**

Establecidas en el Artículo 46 que señala “Cada Hospital e Instituto, estará a cargo de un Director, el que será responsable de ejecutar, con los recursos asignados, las acciones integradas de salud que éste deba cumplir en el ámbito de las competencias, de conformidad con las políticas, normas, planes y programas a que ellas deban sujetarse y bajo la supervisión y control de la Dirección del Servicio a que pertenezca. Las atribuciones son las siguientes:

- A. Elaborar y aprobar el Plan Anual y los programas de actividades del Hospital, coordinar, controlar y evaluar su ejecución cuando corresponda.
- B. Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Hospital y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia.

- C. Organizar la estructura interna del Hospital y asignar los cometidos y tareas a sus dependencias, de acuerdo a las normas e instrucciones impartidas sobre la materia por el Ministerio de Salud y el Director del Servicio.
- D. Dictar las normas y manuales de funcionamiento de las dependencias del Hospital.
- E. Constituir unidades asesoras tales como, consejos técnicos o comités de calidad, de ética médica, de docencia e investigación, de abastecimiento de farmacia, infecciones intrahospitalarias entre otras;
- F. Celebrar, con la aprobación del Director del Servicio, convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales, cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada del Director del Servicio se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornadas de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema.

Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud.

Los convenios con los profesionales deberán considerar claramente el horario de atención y la devolución horaria en caso de emergencias.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que este se generan con el hospital por la ejecución del convenio.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos que haya incurrido el Hospital. Los convenios a que se refiere esta letra no podrán en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

- G. Contribuir al cumplimiento de los objetivos sanitarios, modernizaciones de las redes asistenciales, plan de salud y modelo de atención, contenidos en la reforma de salud en los ámbitos de su competencia.
- H. Contribuir al proceso de articulación de la Red Asistencial y a la planificación de esta, de acuerdo con los objetivos sanitarios definidos para su establecimiento.
- I. Desarrollar un proceso asistencial integral, con altos niveles de eficiencia y calidad, y centrados en el usuario.
- J. Velar por el uso eficiente de los recursos financieros, humanos, de infraestructura y equipamiento, cumplimiento con las metas del establecimiento y los definidos por la red asistencial.
- K. Gestionar las relaciones de complementariedad del establecimiento con la comunidad y la Red Asistencial, para lograr establecer instancias de colaboración e integración con el entorno.
- L. Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento que el Director del Servicio delegue.

- M. Ejecutar las acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, según las indicaciones del Director del Servicio.
- N. Proponer al Director del Servicio un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley 18.469.
- O. Autorizar los protocolos de investigación científica biomédica en seres humanos que se desarrollan al interior del establecimiento, siempre que hayan sido informadas favorablemente en forma previa por el comité ético científico correspondiente, de acuerdo a las normas legales, reglamentarias y técnicas vigentes
- P. Ejercer las demás atribuciones que el Director del Servicio le delegue.

## **AUDITORIA**

Sus funciones y formas de operar se encuentran descritas en el Art.11 y siguiente del Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, sin perjuicio de la revisión de los estados financieros, fiscalización de procesos y procedimientos regulados, auditorías asistenciales y fiscalización de derechos de usuario.

De acuerdo con la Norma técnica sobre la función de Auditoría interna en los establecimientos autogestionados en Red, se tiene:

### **a) PRINCIPIOS**

En el desarrollo de sus acciones y actividades, los auditores deberán observar especialmente los principios de Independencia, Objetividad, Probidad

Imparcialidad, Confidencialidad y abstención, procurando el cuidado profesional, la veracidad de la información proporcionada y la reserva de las materias y documentos utilizados, promoviendo la ética y los valores apropiados para el correcto desempeño funcionario dentro de la organización. De este modo se entenderá por:

**Independencia:** El encargado de la función de Auditoría debe responder ante el más alto nivel jerárquico dentro de la Organización, permitiendo a la actividad de Auditoría interna cumplir con sus responsabilidades, en forma imparcial y libre de presiones. De este modo, se deberá procurar que la actividad de auditoría se encuentre libre de ingerencias indebidas al determinar el alcance de auditoría interna, al desempeñar su trabajo y al comunicar sus resultados.

**Objetividad:** No permitir que el prejuicio, las ideas preconcebidas o la influencia de terceros, se interpongan en su trabajo.

**Imparcialidad:** La administración debe actuar con objetividad y respetar el principio de probidad consagrado en la legislación, tanto en la sustentación del procedimiento como en las decisiones que adopte.

Los hechos y fundamentos de derecho deberán siempre expresarse en aquellos actos que afectaren los derechos de los particulares, se que los limiten, restrinjan, priven de ello, perturben o amenacen su legítimo ejercicio (Artículo 11 de la ley N° 19.880, de Bases de procedimientos administrativos que rigen los actos de la administración del estado ).

El auditor deberá respetar la **confidencialidad** de la información obtenida en el curso de su trabajo profesional y no deberá utilizar dicha información o revelarla sin la apropiada y específica autorización, salvo que exista derecho u

obligación legal o profesional de divulgarla. La confidencialidad tiene una especial relevancia en el área asistencial, dado que la principal fuente de datos de la Ficha Clínica del paciente, la cual constituye un documento de carácter legal. Con todo, el Auditor deberá proporcionar oportunamente la información que requiera el Servicio de Salud, El Ministerio de Salud y el Consejo de Auditoría interna General de Gobierno.

**Probidad:** Observar una conducta funcionaria intachable y un desempeño honesto y leal de la función o cargo, con preeminencia del interés general por sobre el particular (Art.52, de la ley orgánica constitucional de base de la administración del estado).

**Abstención:** Los funcionarios que desempeñen la labor de auditoría se deberán abstener de conocer de los asuntos en los cuales concurren las circunstancias descritas en el artículo 12, de la ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de la Administración del estado.

### **Funciones Específicas, de Auditor Administrativo, Financiero y Contable**

- a. Elaborar el Plan General y el Plan Anual de Auditoría, el que deberá considerar los objetivos de Auditoría Presidencial Ministerial y de las propias del Establecimiento.
- b. Realizar las Auditorías que encomiende el Director de Establecimiento, y a través de este, del Director del Servicio de Salud correspondiente, el Ministro de Salud y la Presidencia de la República.
- c. Evaluar en forma permanente los sistemas de Control Interno de la Institución y efectuar las recomendaciones para su mejoramiento.

- d. Evaluar el grado de economía, eficiencia y eficacia con que se utilizan los recursos humanos, financieros y materiales de la institución, en el diseño, implementación y ejecución de los programas y actividades del Establecimiento
- e. Evaluar permanentemente el cumplimiento de los requisitos establecidos para la obtención y mantenimiento de la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red.
- f. Verificar el cumplimiento de las obligaciones del establecimiento como parte de la Red Asistencial.
- g. Auditar el cumplimiento por parte del establecimiento, a lo dispuesto en el Art. 25H de la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y Gestión, y demás normativa vigente.
- h. Verificar que la información proporcionada por los sistemas informáticos implementados en la Institución, se encuentre actualizada, sea relevante y veraz, y esté disponible de manera oportuna.
- i. Promover que las políticas y actividades de la función de Auditoría Interna, sean coherentes respecto de las orientaciones emanadas de la Auditoría Presidencial, Ministerial, de la Red Asistencial a la cual pertenece, de la Contraloría General de la República, del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, y en general, respecto de la acción de otros organismos del Estado.
- j. Efectuar seguimiento de las recomendaciones y observaciones formuladas en virtud de las evaluaciones realizadas, tanto por el Auditor Interno del

Establecimiento, como de las auditorías que lleve a cabo el Servicio de Salud, el Departamento de Auditoría Ministerial, la Contraloría General de la República y otros Organismos del Estado.

k. Evaluar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas que rigen en el Establecimiento.

l. Verificar el fiel y oportuno cumplimiento de la normativa vigente relacionada con el funcionamiento de la Institución, con los derechos y obligaciones de los funcionarios y con los demás asuntos de aplicación común en la Administración del Estado .

m. Verificar la regularidad y corrección de las operaciones y procedimientos relativos al ingreso, administración e inversión de los Recursos Financieros y patrimoniales del Establecimiento y la sujeción a lo dispuesto en la Ley de Administración Financiera del Estado y demás normativas vigente relativa a estas materias, resguardando los intereses institucionales y sectoriales.

n. Verificar el cumplimiento d la política de calidad fijada por la Autoridad competente.

o. Realizar los demás cometidos de la misma naturaleza, que le encomiende el Director del Establecimiento Asistencial.

#### **Funciones Específicas del Auditor Asistencial.**

a.- Elaborar el Plan General y el Plan Anual de Auditoría, el que deberá considerar los objetivos de Auditoría Presidencial Ministerial y de las propias del Establecimiento.

b.- Realizar las Auditorias que encomiende el Director del Establecimiento, y a través de este, del Director del Servicio de Salud correspondiente, el Ministerio de Salud y la Presidencia de la República.

c.- Auditar el cumplimiento, por parte del establecimiento, a lo dispuesto en el artículo 25 H de la ley 19.93, sobre Auditoria Sanitaria y Gestión, y demás normativa vigente.

d.- Auditar el cumplimiento, por parte del establecimiento, a lo dispuesto en el artículo 25 F de la ley 19.93, sobre Auditoria Sanitaria y Gestión, y demás normativa vigente.

e.- Efectuar el seguimiento de las recomendaciones y observaciones formuladas en virtud de las evaluaciones realizadas, tanto por el Auditor Interno del Establecimiento, como de las auditorias que lleve a cabo el Servicio de Salud, el Departamento de Auditoria Ministerial, la Contraloría General de la República y otros Organismos del Estado.

f.- Participar en los Comités de Auditoria, de acuerdo a las normas técnicas que para estos efectos, dicte el Ministerio de Salud.

g.- Ejecutar las auditorias asistenciales, tales como muerte infantil, materna, de adultos y demás de carácter obligatorio que determine el Establecimiento, el Servicio de Salud correspondiente y el Ministerio de Salud.

h.- Evaluar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas que rigen el establecimiento.

i.- Verificar el fiel y oportuno cumplimiento de la normativa vigente relacionada con el funcionamiento de la institución, con los derechos y obligaciones de los

funcionarios y con los demás asuntos de aplicación común en la Administración del estado.

j.-Verificar el cumplimiento de la política de calidad fijada por la Autoridad competente .

k.-Realizar los demás cometidos de la misma naturaleza, que le encomiende el Director del Establecimiento Asistencial.

l.- Conocer los reclamos por presunta responsabilidad médica, realizando la auditoria correspondiente.

### **Relaciones Públicas, participación social y OIRS**

Sus funciones son lasa definida en el artículo 16 y en el numeral VI del articulo 21 del Decreto Supremo 140 de 2004 del Ministerio de Salud, en relación con los intereses del Hospital.

### **Funciones Generales**

- a. Establecer mecanismos de orientación e información al usuario.
- b. Implementar sistemas de recepción de opiniones, sugerencias, reclamos y felicitaciones de los usuarios y de la comunidad en general y un sistema de respuesta o resolución según corresponda, de acuerdo a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud.
- c. Proponer y mantener instancias permanentes de participación social que permita recibir la opinión de los usuarios y de la comunidad sobre la calidad de las prestaciones que se otorgan y propuesta para su mejoramiento.

d. Evaluar continuamente el grado de satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención prestada por el Hospital Base Herminda Martín de Chillán, de acuerdo a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud.

### **Coordinación GES**

Sus funciones serán asesorar al Director en la correcta aplicación de la ley AUGE en cuanto al cumplimiento de las garantías explícitas de: Acceso, Oportunidad y Protección financiera, así como velar que se mantengan actualizados los registros en el sistema Sisges, efectuando el monitoreo de los resultados y evacuar los informes de evaluación.

### **Funciones Específicas**

- 1.- Preparar informes de gestión sobre el cumplimiento de los compromisos convenidos en el Programa de prestaciones valoradas AUGE.
- 2.- Coordinación operativa con la secretaría de AUGE del Servicio de Salud, para la resolución de Problemas en la aplicación de las Garantías en los establecimientos de la red.
- 3.- Efectuar reuniones de coordinación con los equipos técnicos y /o referentes técnicos de cada patología Auge para difundir las instrucciones y procedimientos impartidos por el nivel central.
- 4.- Efectuar análisis de los protocolos e las patologías Auge contempladas en la ley, flujogramas de los procesos de atención clínica en los diferentes niveles e información de prestaciones incorporada.

- 5.- Coordinar con la oficina Some Auge, el registro oportuno del ingreso de los pacientes, con la información de seguimiento requerido por el sistema de información de garantía explícitas de salud (Siges).
- 6.- Efectuar monitoreos continuos e informar oportunamente los incumplimientos a los referentes técnicos y a la Subdirección Médica.
- 7.- Mantener una comunicación permanente con el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) para recibir instrucciones relativas a la aplicación de la ley de Garantías.
- 8.- Detectar brechas de recursos humanos, materiales y de equipos que pudieran efectuar el cumplimiento de las garantías de acceso y oportunidad establecidas por ley, comunicándolas a los niveles directivos correspondientes.
- 9.- Otras funciones que le sean asignadas por el Director del Establecimiento.

## **Subdirecciones**

### **Subdirección Médica**

#### **Propósito o función general**

Coordinar los servicios clínicos y las unidades de apoyos clínicos y terapéuticos, en lo referido a las asignaciones de recursos asistenciales compartidos (uso de camas, pabellones, equipos, recursos humanos y otros), que permita una fluidez en los procesos y en una adecuada programación clínica del hospital con la red asistencial a su cargo.

## **Funciones Específicas**

1) Concordar la cartera de oferta de los servicios y las unidades de apoyo clínico y terapéutico.

2) Establecer los criterios técnicos y administrativos de gestión de demanda, en concordancia con el jefe de la atención abierta (CAE), los servicios clínicos, los apoyo clínico y terapéutico y de Orientación médica y usuaria, en coordinación con le gestor de la red del Servicio de Salud.

3) Definir los criterios de planificación sobre el uso de los recursos asistenciales (box de consulta, camas, pabellones, equipos de alto costo).

4) Coordinar el proceso de programación clínica, en conjunto con los servicios y unidades y el Gestor de Red.

5) Negociación de compromisos de gestión asistenciales, con el Servicio de Salud de Ñuble, Fonasa, subsecretaría de redes y los respectivos servicios y unidades.

6) Coordinación Asistencial con los establecimientos de la red en conjunto con el gestor de red y las asesorías respectivas.

7) Velar por mantener el equilibrio entre oferta y demanda, adoptando los mecanismos de asignación de recursos para superar las brechas de atención.

8) Coordinar los trabajos de los diferentes comités de responsabilidad de la subdirección médica (AUGE, Listas de espera).

9) Otras funciones que mencione el director.

## **Responsabilidades Asignadas al cargo de Subdirector Médico**

- 1.- Asumir los compromisos de Gestión y Desempeño Asistencial con el Servicio de Salud de Ñuble, Fonasa y el Ministerio.
- 2.- Mantener el equilibrio entre la oferta y demanda asistencial.
- 3.- Ejercer control sobre normas y procedimientos generales de la Administración pública y del quehacer hospitalario.
- 4.- Liderar el proceso de programación en Red.
- 5.- Dirigir y /o participar en los diferentes comités asesores del Director.
- 6.- Monitorear los compromisos de gestión y desempeño de las prestaciones PPV.
- 7.- Coordinar la elaboración del protocolo de referencia y contra referencia.
- 8.- Definir criterios de priorización de listas de espera.
- 9.- Asumir otros cometidos que le encargue el Director.

## **Subdirector Administrativa**

### **Propósito o función General**

Coordinación del quehacer de los Subdepartamentos Administrativos, negociación presupuestaria con la dirección del Servicio de Salud Ñuble, y con los

Centros de Responsabilidad, definición de criterios de asignación de recursos humanos, financieros y de inversión, además de :

1) Gestionar los recursos físicos, humanos y financieros del establecimiento permitiendo su aplicación oportuna en beneficio de los usuarios del sistema.

2) Proponer estrategias y programas para asegurar la capacidad operativa del establecimiento, asegurando la calidad de las acciones de salud, a través de un personal idóneo, procesos logísticos de apoyo y estructuras apropiadas.

3) Participar en conjunto con el equipo directivo del hospital en la definición, puesta en marcha y operación de los sistemas de información y sus plataformas operativas y de comunicaciones en el marco de las políticas del sector salud.

4) Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales, normas técnicas e instrucciones relativas a materia de su competencia.

### **Descripción de Funciones Específicas**

### **Recursos Humanos**

1) Promover y desarrollar la participación, compromiso y motivación de los funcionarios del establecimiento.

2) Ejecutar políticas y programas relacionados con la abstención, desarrollo, mantención y optimización de los recursos humanos en función de la demanda de los beneficiarios.

3) Velar por el cumplimiento de las políticas y normas en materia de recursos humanos del hospital.

- 4) Coordinar y supervisar la distribución de personal del Subdepartamento de su dependencia, así como la asignación de turnos de trabajo.
- 5) Velar por la función de Bienestar del personal de acuerdo a las normas y reglamentos vigentes.
- 6) Negociar los compromisos de gestión con el Subdepartamento de Recursos Humanos.

### **Recursos Financieros y de Abastecimiento**

- 1) Presentar a la dirección del hospital el programa anual de inversiones, de acuerdo a las diferentes fuentes de inversión disponible, disponibilidades Presupuestarias y a la información entregada por los diferentes Subdepartamentos de su competencia.
- 2) Elaborar el proyecto de presupuesto anual de ingresos y gastos de recursos humanos, de bienes y servicios de consumo y de inversión, en coordinación con el Servicio de Salud.
- 3) Definir el criterio de asignación presupuestaria para cada centro de responsabilidad y por ítem de ingreso y gastos del establecimiento.
- 5) Monitorear y evaluar el cumplimiento de los compromisos y planes financieros del establecimiento.
- 6) Organizar, mantener y utilizar la información financiera recopilada con el fin de apoyar la toma de decisiones, presupuestarias y de inversión del establecimiento.

- 7) Velar por que las actividades asistenciales programadas tengan respaldo financieros pertinentes.
- 8) Evaluar la disponibilidad de respaldo financiero de nuevas acciones asistenciales propuestas e informar de ello a las autoridades del Establecimiento.
- 9) Controlar la ejecución financiera de los proyectos de inversión del establecimiento ya sean estos de ejecución con presupuesto del establecimiento, fondos regionales o financiamiento de diferentes fuentes asignados por el Ministerio de Salud.
- 10) Administrar los recursos necesarios par ala adecuada provisión del hospital en las áreas clínicas y de apoyo, tales como: fármacos, usos clínicos, insumos diversos.
- 11) Colaborar y promover la implementación y mantención de sistemas y Tecnologías de la información en el establecimiento.
- 12) Establecer procedimientos de Abastecimiento y de apoyo logístico para el Hospital basado en la eficiencia y seguridad.
- 13) Mantener el sistema de control de los activos del establecimiento.
- 14) Negociar los compromisos de gestión de el Subdepartamento de Abastecimiento y Finanzas.

## **Recursos Industriales y de apoyo**

- 1) Establecer procedimientos para la buena operación de los equipos, clínicos, industriales y otros de apoyo a la gestión de los servicios clínicos, unidades de apoyo y secciones.
- 2) Planificar las acciones tendientes a la programación de las mantenciones tanto preventivas como reparativas de equipos e infraestructura.
- 3) Administrar de forma eficientes los sistemas de seguridad del establecimiento en sus diferentes accesos.
- 4) Gestionar la buena limpieza de los pasillos de circulación interna y su permanente mantención.
- 5) Asignar los presupuestos necesarios y adecuados para la operación de los procesos de mantención e industriales del establecimiento.
- 6) Coordinar la programación de las producciones industriales a fin de la subdirección (Alimentación, Lavandería, Esterilización, Vapor).
- 7) Evaluar la condición financiera y de operación de equipos con una vida económica baja.
- 8) Negociar los compromisos de gestión con el Subdepartamento de Apoyo a los servicios internos.

## **Gestión de Atención Usuarios**

- 1) Gestionar elementos de satisfacción de usuarios y participación social.

- 2) Establecer los procedimientos que faciliten el acceso de los usuarios en las áreas de admisión, citaciones.
- 3) Gestionar la buena gestión en la información estadística de producción del establecimiento, base para las negociaciones.
- 4) Programar las actividades relativas a los sistemas de ingreso de información de los usuarios Auge.
- 5) Administrar de forma eficiente la gestión de los sistemas de hospitalización de los usuarios.
- 6) Negociar los compromisos de gestión con el jefe del Subdepartamento de Some.
- 7) Otras funciones que le encomiende el director.

### **Responsabilidades Asignadas al Cargo de Subdirector Administrativo**

- 1) Mantener el equilibrio presupuestario entre las partidas de ingreso y gastos del hospital.
- 2) Mantener el equilibrio de oferta y demanda asistencial.
- 3) Asumir compromisos de gestión y desempeño asistencial y administrativa con el Servicio de Salud Ñuble, Fonasa y Ministerio de Salud.
- 4) Ejercer el control sobre normas y procedimientos generales de la administración pública y del quehacer hospitalario.

- 5) Dirigir y /o participar en los diversos comités asesores del Director.
- 6) Asumir cometidos asignaos por el director.

### **Atribuciones del Cargo de Subdirector Administrativo**

- 1) Autorizar el presupuesto anual determinado por el servicio de salud y sus ajustes derivados de programas u aportes especiales a los distintos centros de responsabilidad.
- 2) Delegar facultades de autorizaciones y /o firmas de documentos por resolución a los jefes de Subdepartamentos y/o centros de responsabilidad.
- 3) Dirigir y administrar el proceso de calificaciones.
- 4) Autorizar cambios o rotación de personal a proposición del jefe del Subdepartamento de Recursos Humanos.
- 5) Planificar utilización de recursos humanos, materiales y tecnológicos.
- 6) Coordinación de procesos clínicos y administrativos al interior del establecimiento, con el gestor de red.
- 7) Autorizaciones contenidas en la resolución exenta N° que el director le delegue.
- 8) Otras que le delegue el director.

## **Subdirección de Enfermería**

### **Propósito o función general**

Coordinar la gestión de cuidado y procedimientos de enfermería de los servicios clínicos y unidades, con el propósito de gestionar los recursos asignados de forma eficiente, colaborando en la gestión de los jefes respectivos.

### **Descripción de funciones Específicas**

1. Asesorar a los servicios clínicos en los procesos de enfermería que permitan una óptima acción en el cuidado de los pacientes.
2. Definir las pautas y criterios de atención de enfermería en función de las Evidencias científicas.
3. Establecer los estándares de niveles de recursos humanos que debe tener cada servicio, para cumplir los procesos de enfermería en forma óptima.
4. Participar en los procesos de negociación de los centros de responsabilidad en conjunto con la Subdirección médica y Administrativa.
5. Asesorar a los servicios clínicos en el proceso de categorización de pacientes.
6. Realizar labores de regulación y coordinación con centros formadores de educación superior con las cuales se suscriba convenio el hospital, en materia de su competencia, en cuanto a cupos de práctica.

7. Velar por la elaboración y cumplimiento de guías y protocolos de referencia y contrarreferencia en los temas de enfermería.
8. Colaborar con la Subdirección médica y Administrativa en el seguimiento de los compromisos de gestión de los servicios y unidades.
9. Otras funciones que le encomienden el director.

### **Responsabilidades Asignadas al cargo de Subdirector (a) de Enfermería**

1. Colaborar con la Subdirección médica y administrativa en los procesos de gestión de los servicios clínicos.
2. Liderar el proceso de gestión de cuidados del establecimiento.
3. Ejercer control sobre normas y procedimientos de enfermería del establecimiento.
4. Liderar el proceso de programación en Red en áreas de su competencia.
5. Dirigir y /o participar en los diferentes comités asesores del Director.
6. Monitorear los compromisos de gestión y desempeño de las prestaciones referidas a enfermería.
7. Coordinar la elaboración de guías y de protocolos de referencia y contra referencia de enfermería.
8. Coordinación con la Subdirección médica en los temas referidos a las listas de espera.

9. Asumir otros cometidos que le encargue el Director.

### **Atribuciones del Cargo de Subdirectora (o) de Enfermería**

1. Definir las guías y protocolos de la gestión de cuidados del establecimiento.
2. Establecer los procesos de referencia y contra referencia de enfermería en conjunto con el gestor de red.
3. Planificar en conjunto con la Subdirección Administrativa los recursos humanos no médicos de los servicios.

### **Oficina de Desarrollo Organizacional**

#### **Propósito o función general**

Sus funciones serán asesorar al Director en la Gestión y desarrollo del hospital, así como efectuar propuesta de planes de mejorar en los diferentes ámbitos del quehacer hospitalario.

#### **Descripción de funciones Específicas**

1. Proponer medidas de gestión para mejorar los procesos del hospital en todos los ámbitos de su quehacer.
2. Elaborar planes de mejora en las áreas donde no se ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Minsal.
3. Definir los requerimientos de información, diseño de formularios, planillas, estructuras de informes de gestión, en conjunto con el equipo de trabajo del comité de centros de responsabilidad.

4. Realizar estudios de oferta y demanda de presentaciones de áreas críticas, determinado brechas de recursos humanos, infraestructura y equipamiento.
5. Participar en la elaboración, revisión y actualización del Plan estratégico cuatrianual del establecimiento, en conjunto con el equipo directivo superior del establecimiento.
6. Integrar equipos de trabajo con el Departamento de coordinación de red del Servicio de Salud de Ñuble, para resolver tareas de coordinación con los establecimiento de la red como derivaciones y contra derivaciones de pacientes del área.
7. Elaborar, revisar y actualizar las normas técnicas, estándares, e indicadores de infecciones intrahospitalaria de acuerdo a las normas ministeriales sobre la materia.
8. Elaborar el plan de intervención que permita evaluar el cumplimiento de los procesos y acciones del hospital e informar a los directivos las medidas correctivas y los requerimientos de recursos para emprender los diferentes planes de mejora.
9. Elaborar el plan de intervención con actividades que permitan el mejoramiento continuo de los proceso.
10. Otras que le asigne el Director del Hospital.

### **Oficina de Unidad de Proyecto y Estudio**

Sus funciones serán asesorar al Director del Hospital en todo lo concerniente a los proyectos inversión, en función del plan estratégico de la institución, como el desarrollo de nuevas propuestas de creación de unidades.

## **Descripción de Funciones Específicas**

1. Elaborar proyectos de inversión en equipamiento que permitan mejorar la oferta de prestaciones, asumir el desarrollo de nuevas unidades clínicas o responder equipos para mantener los niveles de producción.
2. Liderar el proceso de inversión del nuevo Consultorio de especialidades, desde la etapa de idea hasta la ejecución del mismo.
3. Desarrollar estudios de proyectos de inversión en toda la organización para el mejoramiento de los procesos y desarrollo de las actividades del hospital.
4. Proponer medidas de corrección en los centros de responsabilidad en materias de inversión que lleven a cabo un adecuado desarrollo del plan estratégico de la institución.
5. Efectuar diagnósticos y proponer modificaciones de procesos clínicos en Red que permitan mejorar la aplicación de la Ley Auge.
6. Efectuar diagnóstico de procesos clínicos que requieren la intervención para lograr el cumplimiento de metas sanitarias.
7. Elaborar, revisar y actualizar en conjunto con el Departamento de Coordinación Red del Servicio de Salud de Ñuble, Jefe del Consultorio de Especialidades del Hospital Base Herminda Martín de Chillán los protocolos de referencia y contra referencia.
8. Otras que le asigne el director.

# ***ANEXO Nº 2***

## **PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO HOSPITAL HERMINADA MARTÍN DE CHILLAN (2007-2010).**

### **I.- GESTIÓN Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL**

#### **POLÍTICA N° 1.**

Será de responsabilidad del establecimiento contar con políticas de recursos humanos en toda la fase del ciclo laboral: selección, inducción, capacitación, motivación, bienestar, evaluación del desempeño, reemplazos, promoción y desvinculación (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07).

#### **METAS 2007**

a. Evaluar, aprobar y actualizar documentos de políticas en funcionamiento y nuevas políticas de recursos humanos de acuerdo a los cambios para aplicar planes de mejora.

#### **ACTIVIDADES**

- a.1. Revisar políticas existentes.
- a.2. Establecer plan de mejora de acuerdo a las políticas.

#### **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa RRHH y equipo.
- a.2. Jefa RRHH y equipo.

#### **POLÍTICA N° 2.**

Desarrollar procesos de selección del personal sobre la base de criterios objetivos, transparentes e informados considerando procedimientos e instrumentos validados que permitan proveer los cargos según los perfiles de competencia efectivamente deseados, otorgando igualdad de oportunidad de

ingreso para los postulantes y generando alternativas que permitan elegir al mejor candidato. (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07).

### **METAS 2007**

- a. Implementar y mantener actualizado un manual de procedimientos de reclutamiento y selección conocido por todos los CR.
- b. Lograr a lo menos un 90% de los ingresos a contrata y honorarios durante el año según proceso establecido en el manual.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Revisión y difusión del manual de reclutamiento y selección en todos los CR del hospital.
- b.1. Utilizar manual en todos los ingresos en calidad de contrata y honorario del Establecimiento.

### **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa RRHH y equipo.
- b.1. Jefa RRHH y equipo.

### **POLÍTICA N° 3.**

Facilitar el proceso de incorporación de los nuevos funcionarios a la organización a través de la aplicación de un programa de inducción que les oriente en lo relativo a sus derechos, deberes y tareas del cargo, como en lo atinente a la Planificación Estratégica y cultura organizacional. (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07).

### **METAS 2007**

- a. Mantener, complementar y difundir manual de inducción.
- b. Planificar procesos de inducción semestrales.

## **ACTIVIDADES**

- a.1. Actualizar y difundir manual de inducción.
- b.1. Calendarizar fechas de inducción semestrales y con la participación de todos los ingresos semestrales en calidad de contrata y honorarios.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa RRHH y equipo.
- b.1. Jefa RRHH y equipo.

## **POLÍTICA N° 4.**

Promover la desvinculación de funcionarios en edad de jubilar en las mejores condiciones económicas y de salud factibles en el marco de acción del Hospital. (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07, Reglamento Interno de Higiene y Seguridad).

## **METAS 2007**

- a. Declarar y mantener actualizada la política de desvinculación y conocida por todos los CR.
- b. Lograr un mínimo de 80% de desvinculación de los funcionarios en edad de jubilar y en aquellos con condiciones de salud no recuperables.

## **ACTIVIDADES**

- a.1. Difundir política de desvinculación actualizada a todos los CR.
- b.1. Efectuar catastro de funcionarios que jubilan por edad y salud irrecuperable.
- b.2. Organizar una ceremonia de despedida anual para personal que se acoge a jubilación.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa RRHH y equipo.
- b.1.2. Jefa RRHH y equipo.

### **POLÍTICA N° 5.**

Desarrollar anualmente un programa de capacitación orientado a los lineamientos estratégicos institucionales, en forma participativa y que garantice el acceso a los funcionarios que requieran nivelar brechas de competencias para el buen desempeño de su cargo. (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07, C.G. N° 8 con SSÑ).

### **METAS 2007**

- a. Difundir el programa participativo de capacitación anual antes del 30 de enero, a partir del año 2008. Debe incluirse % de participación en el PAC anual de los distintos estamentos.
- b. Ejecución total de actividades PAC, cumpliendo a lo menos el 30% al 30.06 y el 90% al 30/12.
- c. Cobertura funcionaria del PAC, cumpliendo al menos el 90% de lo programado al 30.12.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Difundir el programa participativo de Capacitación anual a todos los CR.
- b.1. Evaluación trimestral de cumplimiento actividades PAC.
- c.1. Proceso participativo en detección de necesidades en el PAC y priorización de acuerdo a los objetivos institucionales.

### **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa RRHH y equipo.
- b.1. Jefa RRHH y equipo.
- c.1. Jefa RRHH y equipo.

### **POLÍTICA N° 6.**

Ajustar paulatinamente los requerimientos de recursos humanos de cada Centro de Responsabilidad en base a estudio de brechas de RRHH, considerando

la proyección de demanda asistencial y mejoría de competencia de los funcionarios y con presupuesto ajustado. (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07).

### **METAS 2007**

- a. Implementar un sistema de medición de brechas de recursos humanos.
- b. Mantener política de reemplazo por ausentismo y para provisión de cargos.
- c. Resolver la brecha con provisión de cargos nuevos.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Efectuar estudio de brechas de RRHH por cada CR.
- b.1. Difundir instrumento con procesos administrativos para el reemplazo de ausentismo y provisión de cargos por cada CR con estudio de brechas realizado.
- c.1. Aplicar sistema de selección de acuerdo a políticas vigentes.

### **RESPONSABLES**

- a.1. Jefe de RRHH y comité ad-hoc.
- b.1. Jefa RRHH y equipo.
- c.1. Jefe RRHH, SDM, SDA.

### **POLÍTICA N° 7**

Incentivar los procedimientos y acciones destinadas a reconocer las buenas prácticas laborales de los funcionarios, aumentando la motivación de estos. (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07, EAR).

### **METAS 2007**

- a. Implementar y mantener actualizado programa de reconocimiento y sistema de promoción.

## **ACTIVIDADES**

- a.1. Evaluar programa de reconocimiento y promoción establecido semestralmente.
- a.2. Organizar programa de celebraciones institucionales.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa RRHH y equipo.
- a.2. Jefa RRHH y equipo.

## **POLÍTICA N° 8**

Implementar una política de comunicación interna con la finalidad de darle continuidad institucional a la gestión del Hospital Clínico Herminda Martín y mejorar la percepción conjunta que tienen los funcionarios respecto de su trabajo y la relación que establecen entre pares y jefaturas. (Resolución exenta N° 1300 del 19/4/07).

## **METAS 2007**

- a. Desarrollar plan integral de comunicaciones internas del Hospital.
- b. Establecer mecanismos eficientes de coordinación y gestión de la política comunicacional de la institución.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Implementar plan de comunicación interna.
- b.1 Evaluar anualmente el plan de comunicación interna y su cumplimiento.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Director, Jefe de Comunicaciones RRHH y RRPP.
- b.1. Director, Jefe de Comunicaciones RRHH y RRPP.

### **POLÍTICA Nº 9**

El Establecimiento velará por un desarrollo de clima laboral adecuado. (Resolución exenta Nº 1300 del 19/4/07).

#### **METAS 2007**

a. Contar con un programa permanente de estudios de climas laborales en la organización y efectuar planes de mejora de acuerdo a los resultados.

#### **ACTIVIDADES**

- a.1 Aplicar estudios de climas laborales.
- a.2. Efectuar planes de mejor en los CR que corresponda.
- a.3. Ejecutar programa participativo EML anual.

#### **RESPONSABLES**

- a.1 y a.2. Jefa RRHH y equipo.
- a.3. Comité MEL.

### **POLÍTICA Nº 10**

Consolidar un plan de cuidado de la salud del personal, integrando las diversas acciones de promoción, tratamiento y prevención de riesgos laborales funcionarios. (Resolución exenta Nº 1300 del 19/4/07, C.G. Nº 8 con SSÑ).

#### **METAS 2007**

- a. Establecer plan de cuidado de salud del personal.
- b. Lograr un 80% en la ejecución anual de las actividades del Plan.
- c. Mantener evaluación de porcentaje de ausentismo de licencias médicas por funcionario y de número de accidentes laborales. Ambas con disminución de tendencia anual.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Efectuar planes de mejora en los CR que corresponda.
- b.1 Avances de ejecución del plan.
- b.2 Desarrollar un programa de actividades culturales, deportivas y recreativas para los funcionarios.
- c.1 Efectuar evaluación trimestral de ausentismos por licencias médicas y de accidentes laborales.

## **RESPONSABLES**

- a.1 y b.1 Jefa RRHH y equipo
- b.2 Director y Jefe de Comunicaciones y RRPP.
- c.1 Jefa RRHH y Prevención de Riesgos.

## **II.- GESTIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL Y COORDINACION CON LA RED ASISTENCIAL DE ÑUBLE.**

### **POLÍTICA N° 1**

El establecimiento deberá establecer un procedimiento de referencia y contrarreferencia con los establecimientos de la red local, provincial y nacional. (Ref.; PE, C.G. Nro. 2 con SSÑ).

### **METAS 2007**

- a. Coordinar con la res asistencial un protocolo de referencia y contrarreferencia de interconsultas y su digitación a los sistemas de información.
- b. Formalizar los procesos de hospitalización y alta de pacientes con cada CR.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Actualizar protocolo de referencia y contrarreferencia de interconsultas.
- a.2 Evaluación trimestral del cumplimiento de protocolo de referencia y contrarreferencia y por la digitación en los sistemas de información.

- b.1 Establecer formalmente los procesos de hospitalización y altas de pacientes por Centros de Responsabilidad.

### **RESPONSABLES**

- a.1 SDM, Jefe CAE.
- a.2 SDM, Jefe SOME, Jefe CAE
- b.1 SDM, SDE, SOME

### **POLÍTICA Nº 2**

El Establecimiento deberá velar por la coordinación de la red electiva ambulatoria de Ñuble. (Ref.; C.G. Nro. 4 con SSÑ).

### **METAS 2007**

- a. Mantener y mejorar progresivamente los requisitos de la coordinación de la red electiva ambulatoria.

### **ACTIVIDADES**

- a.1 Gestionar listas de espera.

### **RESPONSABLES**

- a.1. Jefe CR SOME, Jefe CR CAE

### **POLÍTICA Nº 3**

Toda prestación facturable a Fonasa deberá estar digitada oportunamente y disponible para cada jefe de CR a través del sistema de costos. (Ref.; EAR).

### **METAS 2007**

- a. Implementar un software para los CR en relación a producción asistencial y costos que les permita generar reportes para la toma de decisiones.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Implementar software compatible con sistema de información del hospital.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Jefe SOME, Jefe SAF, Jefe Informática.

## **POLÍTICA Nº 4**

El Establecimiento velará porque exista una programación de actividades entre los CR del hospital, la red local, provincial y la comunidad por medio del CIRA. (Ref.; EAR, C.G. Nro. 2 con SSÑ).

## **METAS 2007**

- a. Mantener monitoreo trimestral de la programación de actividades efectuadas a través del CIRA.
- b. Fortalecer el vínculo de la red de Urgencia de Ñuble.
- c. Programar en octubre para cada CR las actividades del año siguiente.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Evaluación trimestral de los programados a través del CIRA.
- b.1 Efectuar todas las medidas tendientes para lograr flujo expedito de pacientes de urgencia.
- c.1 Efectuar evaluación a octubre de lo programado en el año y programar de acuerdo a diagnóstico para el año siguiente.

## **RESPONSABLES**

- a.1 Director SOMES, CAE.
- b.1 SDM, Jefes CR Emergencia y SAMU.
- c.1 Jefe CR, SDM, SDA y Jefe CR SOME.

## **POLÍTICA N° 5**

Asegurar el cumplimiento GES y no GES manteniendo un diagnóstico de brechas en recurso humano, insumos, equipos e infraestructura para las patologías actuales y futuras. (Ref.; PE, EAR).

### **METAS 2007**

- a. Efectuar diagnóstico de brechas para patologías actuales y futuras anualmente.
- b. Cumplir plazos establecidos para patologías GES.

### **ACTIVIDADES**

- a.1 Elaborar y aplicar formato para diagnóstico de brechas.
- a.2 Elaborar y aplicar plan según diagnóstico efectuado.
- a.3 Definir brecha priorizada en infraestructura, equipamiento, dotación e insumos por CR, desarrollando proyectos de inversión.
- b.1 Monitoreo del cumplimiento de plazos de patologías GES.

### **RESPONSABLES**

- a.1 SDM, Jefe CR SOME.
- a.2 SDM.
- a.3 Director, Oficina Jefe Of. Proyecto, SDA, SDM, SDE, SAF, SASI.
- b.1 SDM, SDA, SOME

## **POLÍTICA N° 6**

El Hospital debe dar cumplimiento a compromisos con FONASA, Minsal, Servicios de Salud y SEREMIS. (Ref.; PE, EAR, Chile Crece Contigo).

### **METAS 2007**

- a. Lograr un buen cumplimiento de las Prestaciones Valoradas año 2007.
- b. Lograr cumplimiento de Metas Sanitarias y de otros compromisos con

Seremi y compromisos de Gestión anuales.

- c. Lograr un porcentaje significativo del acompañamiento de la madre en el parto y postparto.
- d. Atender a mujeres y recién nacidos con riesgo psicosocial en el puerperio otorgándoles condiciones de asistencialidad y trámites flexibles.
- e. Otorgar atención especializada de niños / as con sospecha de problema biológico.

### **ACTIVIDADES**

- a.1 Difundir y monitorear trimestralmente el cumplimiento de las prestaciones valoradas.
- b.1 Difundir y monitorear el cumplimiento de las metas sanitaria y compromisos de gestión anuales.
- c.1 Crear las condiciones adecuadas para un parto individual y con calefacción para el contacto piel a piel del recién nacido con su madre.
- c.2 Favorecer el inicio de lactancia materna.
- d.1 Mantener horas de recurso humano y aplicar encuesta de satisfacción usuaria.
- e.1 Mantener horas de especialistas (neurólogo infantil, oftalmólogo, Otorrino) y flujograma de derivación.

### **RESPONSABLES**

- a.1 SDA, SDM, Jefes CR y SOME.
- b.1 Director, SDA, SDM, SDE y jefes CR y SOME.
- c.1 SDA, SDM, Jefe CR Obstetricia y matrona supervisora.
- c.2 Jefe CR Obstetricia y matrona supervisora.
- d.1 Jefe CR Obstetricia, matrona supervisora, Jefa CR Pediatría y OIRS.
- e.1 SDM, Jefa CAE, Jefe Neurología, Jefe Oftalmología, Jefe Otorrino y jefe SOME, Jefe CR Pediatría.

## **POLÍTICA N° 7**

Se gestionarán las actividades clínicas basados en la medicina de evidencia (Ref.; Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07. C.G. N° 5 con SSÑ).

### **METAS 2007**

a. Desarrollar las actividad clínica en base a la mejor evidencia científica disponible.

### **ACTIVIDADES**

- a.1 Implementar las guías clínicas de todas las patologías GES definidas por el Minsal.
- a.2 Implementar guías clínicas de patologías sin GES con alta prevalencia por cada CR Clínico.

### **RESPONSABLES**

- a.1 Jefe de CR.
- a.2 Jefe de CR.

## **POLÍTICA N° 8**

El Establecimiento velará por la transformación de la Gestión Hospitalaria asegurando el modelo de atención progresiva. (Ref.; Metas Sanitarias, C.G. N° 5 con SSÑ).

### **METAS 2007**

- a. Reestructurar el quehacer hospitalario implementando indiferenciación de camas por bloques médicos, quirúrgicos y pediátricos.
- b. Propiciar el desarrollo continuo de la cirugía mayor ambulatoria, la atención progresiva, categorización de pacientes y gestión centralizada de camas.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Establecer y actualizar número de camas por los Centros de Responsabilidad que corresponda trabajar bajo esta modalidad.
- a.2 Elaborar plan anual con requisitos técnicos de la estrategia instalación de camas indiferenciadas.
- a.3 Monitorear trimestralmente la gestión del plan de camas indiferenciadas.
- a.4 Evaluar gestión de camas indiferenciadas.
- b.1 Cumplir con las etapas de desarrollo establecidas por compromisos de gestión anual con Minsal.

## **RESPONSABLES**

- a.1 SDM, SDE y Jefes CR.
- a.2 SDM.
- a.3 Oficina de Desarrollo Organizacional.
- a.4 SDM, SDE.
- b.1 SDM, SDA, SDE.

## **POLÍTICA N° 9**

El Establecimiento deberá cumplir con el sistema de medicamentos por dosis unitaria. (Ref.; PE, Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR).

## **METAS 2007**

- a. Establecer sistema de dosis unitaria con estadía promedio en camas mayor o igual a 3 días.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Organizar y monitorear sistema de dosis unitaria del establecimiento.

## **RESPONSABLES**

- a.1 SDA, SDM, Jefa CR Farmacia.

### **POLÍTICA N° 10**

El trabajo clínico de servicio y unidades debe ser evaluado sistemáticamente. (Ref.; Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR).

### **METAS 2007**

- a. Establecer controles periódicos para fallecimientos intrahospitalarios, procesos clínicos, terapéuticos, diagnósticos y de cuidados paramédicos, al igual que controlar los indicadores de infecciones intrahospitalaria.

### **ACTIVIDADES**

- a.1 Elaborar y aplicar plan de control anual con sus respectivos instrumentos validados.
- a.2 Establecer plan de mejora según aplicación de plan de control.
- a.3 Establecer y actualizar registros clínicos a evaluar por CR con su respectivo instrumento de evaluación.
- a.4 Implementar control de los registros clínicos establecidos.

### **RESPONSABLES**

- a.1 Jefe de CR, Jefe Auditoría.
- a.2 Jefe de CR, Jefe Auditoría.
- a.3 Jefe de CR, Jefe Auditoría.
- a.4 Jefe de CR, Jefe Auditoría.

## **III. GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS Y FISICOS DEL HOSPITAL.**

### **POLÍTICA N° 1**

El Establecimiento contará con un sistema de información presupuestaria oportuna, validada a través del sistema SIGFE y del sistema propio denominado. (Ref.; Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR).

### **METAS 2007**

- a. Sistema desarrollado e implementado por CR a partir del mes 01 del 2007.
- b. Validación del sistema con la información proporcionada en el 2º semestre del 2007.

### **ACTIVIDADES**

- a.1 Mantener y actualizar sistema en los equipos computacionales de cada Jefe de CR y a quién este autorice.
- b.1 Validar sistema de costo con ejecución presupuestaria SIGFE.
- b.2 Capacitar a jefes de CR en el uso de la herramienta.
- b.3 Crear un sistema de acuse de recibo como información de la utilización del sistema para la gestión del Centro de Responsabilidad.

### **RESPONSABLES**

- a.1 Jefe de Informática.
- b.1 Jefe de SAF y equipo.
- b.2 Jefe de Capacitación, Jefe de Informática.
- b.3 Jefe de Informática.

### **POLÍTICA N° 2**

Optimizar la gestión financiera por cada Centro de Responsabilidad. (Ref.; Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR).

### **METAS 2007**

- a. Generar informes a los Centros de Responsabilidad por medio de cuadros de mando que contengan información financiera y de gestión del recurso humano.
- b. Mantener herramienta de gestión informática en cada CR.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Generar informe escrito trimestral de los CR en relación a las principales variables de recurso humano.
- b.1 Instalar y mantener actualizado sistema Doña Herminda para cada CR.

## **RESPONSABLES**

- a.1 Jefa RRHH, Jefe SAF, Jefe SASI, Jefe SOME.
- b.1 Jefe de Informática.

## **POLÍTICA N° 3**

Conocer los costos unitarios de los productos y subproductos de los Centros de Responsabilidad, con el objeto de eficientar su producción y determinar márgenes respecto a aranceles establecidos por FONASA. (Ref.; Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR).

## **METAS 2007**

- a. Determinar los costos unitarios de los productos y subproductos principales de los Centros de Responsabilidad que incluyan los costos directos del centro y los indirectos distribuidos desde los centros logísticos.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Distribuir los costos de los CR intermedios a los finales para determinar costos unitarios totales de los productos de los CR Finales.
- b.1 Capacitar en metodología para determinar costo de los principales productos y subproductos del Centro de Responsabilidad.

## **RESPONSABLES**

- a.1 SDM, SDA y Jefe SAF, Jefe SOME, Jefe SASI, Jefe RRHH.
- b.1 Jefe CR Logísticos (RRHH, SAF, SOME, SASI).

#### **POLÍTICA Nº 4**

El Hospital mantendrá un equilibrio permanente entre los ingresos y egresos de operación del establecimiento. (Ref.; PE, Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07, EAR, C.G. Nº 9 con SSÑ).

#### **METAS 2007**

- a. Contar con un programa de actividades con presupuestos de Ingresos, Gastos e Inversiones por Centros de Responsabilidad previamente negociados a enero de 2007.
- b. Propiciar el equilibrio presupuestario entre ingresos y gastos por toda la organización y por centro de responsabilidad durante el año 2007.
- c. Controlar la antigüedad de la deuda total del Establecimiento.

#### **ACTIVIDADES**

- a.1 Analizar programación trimestralmente.
- b.1 Analizar brechas del equilibrio presupuestario y proponer medidas de mejora en los casos de déficit por CR.
- c.1. Cumplir requisitos establecidos por el Minsal para dar cuenta del control de la deuda total.

#### **RESPONSABLES**

- a.1 Jefe SAF.
- b.1 SDA y Jefe SAF.
- c.1. SDA, Jefe de Contabilidad y Presupuesto y Jefe SAF.

#### **POLÍTICA Nº 5**

El Hospital desarrollará procedimientos de cobranza y recaudación expedita con manuales de procedimientos que sean conocidos en toda la organización para recuperar ingresos y mejorar la recaudación de los ingresos propios. (Ref.; PE, Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07).

## **METAS 2007**

- a. Desarrollo de procedimientos para los procesos de recaudación y cobranza.
- b. Que los valores recuperados del año en curso corresponda al 85% de los valores devengados en el año y que las deudas respaldadas con documentos de crédito durante el año en curso sean recuperadas en un 80%.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Desarrollar y aplicar procedimientos de recaudación y cobranza a partir de enero.
- b.1 Auditar los valores recuperados anualmente de aquellos devengados y de deudas respaldadas con documentos de crédito.

## **RESPONSABLES**

- a.1 Jefe de Comercialización y Recaudación.
- b.1 Jefe de Auditoría y equipo.

## **POLÍTICA Nº 6**

De acuerdo a nuestra cartera de productos y del Plan de Normalización y Desarrollo del CR de Pensionado ofrecer a otras instituciones la materialización de convenios asistenciales y no asistenciales y como también a privados. (Ref.; PE, Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07).

## **METAS 2007**

- a. Generar convenios con todas las organizaciones públicas, asistenciales o no asistenciales (Isapres, Fonasa, etc.-).
- b. Generar convenios con al menos el 90% de los profesionales médicos de la institución para la atención en la modalidad PAD Libre Elección en el Primer trimestre.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Difundir y negociar con Organizaciones públicas asistenciales y no asistenciales nuestra cartera de productos.
- b.1 Negociar convenios con médicos de la institución en la modalidad PAD Libre Elección.

## **RESPONSABLES**

- a.1 SDM, SDA y Jefe SOME.
- b.1 SDM, SDA, y Jefe SOME.

## **POLÍTICA Nº 7**

El Hospital desarrollará una política de mantención preventiva de los equipamientos e infraestructura en forma progresiva. (Ref.; PE, Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07, Requisitos de Autoridad Sanitaria).

## **METAS 2007**

- a. Aumentar en un 20% anual el equipamiento médico y no médico con mantención preventiva tomando como base el año 2006.

## **ACTIVIDADES**

- a.1 Desarrollar catastro de equipamiento médico y no médico actualizado y plan de mantención preventiva.
- b.1 Evaluar anualmente el progreso del plan de mantención preventiva de equipos médicos y no médicos.

## **RESPONSABLES**

- a.1 SDM, SDA y equipo.
- b.1 Jefe SASI y equipo.

## **POLÍTICA Nº 8**

El Hospital adaptará la infraestructura, en cantidad y calidad en la atención de los usuarios, así como para el óptimo desempeño de las áreas administrativas y de apoyo logístico. (Ref.; Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07, EAR, C.G. Nº 5 con SSÑ).

## **METAS 2007**

- a. Diagnóstico de la actual situación de infraestructura por CR.
- b. Desarrollar una cartera de proyectos de inversión.

## **ACTIVIDADES**

- a.1. Desarrollar diagnóstico y plan de infraestructura por CR.
- a.2. Presentar cartera de proyectos para obtener vías de financiamiento a distintas fuentes.
- a.3. Evaluar anualmente el progreso del plan de infraestructura por CR.
- b.1. Desarrollar y actualizar diagnóstico del estado de situación de requerimientos de inversiones.
- b.2. Elaborar y aplicar plan de desarrollo de cartera de proyectos de inversión
- b.3. Monitorear y analizar cumplimiento del desarrollo de la cartera de proyectos de inversión.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Director, SDA, SDM, SDE, Jefe SASI y equipo.
- a.2. Director, SDA, SDM, SDE, Jefe SASI y equipo, Jefe Of. Proyectos
- a.3. SDA, SDM, Jefe SASI.
- b.1. SDM, SDA, SDE, Jefe Oficina Proyectos y Jefe de CR.
- b.2. Jefe Oficina Proyectos.
- b.3. Jefe Oficina Proyectos.

## **IV. MEJORAMIENTO DE LA SATISFACCIÓN USUARIA.**

### **POLÍTICA N° 1**

Cumplir con política de satisfacción usuaria implementada en el establecimiento. (Ref.; PE, Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR).

### **METAS 2007**

- a. Evaluar los criterios de acción para el cumplimiento de la política.

### **ACTIVIDADES**

- a.1 Evaluar los criterios de acción para el cumplimiento de la política.

### **RESPONSABLES**

- a.1 SDM, SDA, SDE, Jefe OIRS.

### **POLÍTICA N° 2**

La satisfacción usuaria será medida a través de encuestas que se aplicarán anualmente en todos los CR. (Ref.; Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR).

### **METAS 2007**

- a. Planificar encuesta de satisfacción usuaria por CR durante el período de planificación Estratégica.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Aplicar encuesta anual de satisfacción usuaria por CR.
- b.1. Elaborar y aplicar plan de mejora donde la encuesta de satisfacción usuaria de resultados regulares y deficientes.
- c.1. Evaluar cumplimiento de plan de mejora anual.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa OIRS.
- b.1. Jefe de CR.
- c.1. Jefa OIRS.

## **POLÍTICA Nº 3**

El Establecimiento mantendrá una organización sobre gestión de reclamos y sugerencias. (Ref.; Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07, EAR).

## **METAS 2007**

- a. Propiciar la respuesta de solicitudes ciudadanas por CR dentro de los 20 días hábiles.

## **ACTIVIDADES**

- a.1. Monitorear y analizar mensualmente respuesta a solicitudes ciudadanas de acuerdo a lineamientos del Minsal.
- a.2. Elaborar y aplicar plan de mejora trimestral en CR con mayor número de incumplimientos de la normativa.
- a.3. Emitir informes cuatrimestrales de evaluación de las solicitudes ciudadanas por CR.
- a.4. Respuesta reclamos GES.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Jefa OIRS, Jefes CR.
- b.2. Jefe de CR.
- c.3. Jefa OIRS.

## **POLÍTICA Nº 4**

Se aplicarán medidas progresivas para lograr en Hospital amigable con la comunidad. (Ref.; Hospital Amigo).

### **METAS 2007**

- a. Propiciar el Hospital Clínico Herminda Martín como un Hospital Amigo de la familia y de la comunidad.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Finalizar diagnóstico y mantener actualizadas las necesidades para cumplir los requisitos de un Hospital Amigo.
- b.1. Elaborar y aplicar plan anual de trabajo del Hospital Amigo.
- c.1. Evaluar cumplimiento de plan anual del Hospital Amigo.

### **RESPONSABLES**

- a.1. SDE y Comisión.
- b.1. SDE, Comisión Hospital Amigo y Jefes de CR.
- c.1. SDE, Comisión Hospital Amigo.

## **V. GESTIÓN DIRECTIVA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL HOSPITAL.**

### **POLÍTICA Nº 1**

El establecimiento contará con un sistema de gestión de acuerdo a modelos eficientes, actuales y apoyado en los instrumentos de certificación legales que son parte de la reforma de salud. (Ref.; Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07, EAR, requisitos Autoridad Sanitaria, PECAH).

### **METAS 2007**

- a. Cumplir con los requisitos de Establecimientos Autogestionados en RED (EAR) con un desarrollo óptimo de los CR en el periodo. (nota: estas actividades están supeditadas a cambios de la ley 19.937).
- b. Cumplir con estándares de la Autoridad Sanitaria en toda materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

- c. Garantizar la calidad de la atención con evaluaciones periódicas teniendo como referente un patrón preestablecido otorgado por el Minsal.
- d. Mantener y desarrollar progresivamente sistemas de información para el apoyo a la Gestión.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Aplicar en forma óptima el cumplimiento del instrumento Técnico de Certificación EAR y elaborar planes de mejora.
- a.2. Monitorear avance en el plan de mejora.
- a.3. Desarrollar y actualizar diagnóstico de estado de situación de cada CR.
- a.4. Elaborar y aplicar plan de trabajo para cumplir etapas de desarrollo.
- a.5. Monitorear y analizar cumplimiento del plan de trabajo y de compromisos adquiridos por Jefes de CR para la toma de decisiones.
- b.1. Desarrollar y actualizar diagnóstico de estado de situación ante requisitos mínimos exigidos por Autoridad Sanitaria.
- b.2. Elaborar y aplicar plan de trabajo para cumplir etapas de desarrollo.
- b.3. Monitorear y analizar cumplimiento del plan de trabajo y de compromisos adquiridos por Jefes de CR para la toma de decisiones.
- c.1. Desarrollar y actualizar diagnóstico del PECAH.
- c.2. Elaborar y aplicar plan de trabajo para cumplir etapas de desarrollo del PECAH.
- c.3. Analizar cumplimiento del plan de trabajo PECAH.
- c.4. Monitorear cumplimiento PECAH.
- d.1. Establecer y actualizar diagnóstico de los sistemas de información en el establecimiento.
- d.2. Elaborar un plan anual de trabajo en el desarrollo de sistemas de información incorporando capacitaciones continuas.
- d.3. Monitorear trimestralmente el cumplimiento del plan anual.
- d.4. Evaluación anual a la gestión de los sistemas de información.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- a.2. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- a.3. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- a.4. Director, SDA, SDM, SDE, Jefe CR Logísticos y Oficina de Desarrollo Organizacional.
- a.5. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- b.1. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- b.2. Director, SDA, SDM, SDE, Jefe CR Logísticos y Oficina de Desarrollo Organizacional
- b.3. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- c.1. SDM, SDE y equipo ad-hoc.
- c.2. SDM, SDE y equipo ad-hoc.
- c.3. SDM, SDE y equipo ad-hoc.
- c.4. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- d.1. Jefe Informática.
- d.2. Jefe Informática.
- d.3. Jefe Informática.
- d.4. SDA.

## **POLÍTICA N° 2**

El establecimiento gestionará la aplicación de Auditoría tanto administrativa como médica en el establecimiento de acuerdo al programa que desarrolle la unidad y que apruebe el director. (Ref.; EAR, PECAH).

### **METAS 2007**

- a. Realizar plan anual de auditorías médicas, administrativas, financieras y contables.
- b. Evaluar en forma anual la Planificación Estratégica.

## **ACTIVIDADES**

- a.1. Elaborar y cumplir plan anual de auditoria de acuerdo a políticas gubernamentales, ministeriales y locales.
- a.2. Efectuar análisis trimestrales de resultados de auditorias (seguimiento) para el apoyo.
- b.1. Efectuar Auditoria del Plan Estratégico anual del Establecimiento.

## **RESPONSABLES**

- a.1. Jefe Auditoria y equipo.
- a.2. Jefe Auditoria y equipo.
- b.1. Jefe Auditoria y equipo.

## **POLÍTICA N° 3**

El establecimiento deberá velar por tener una actitud integrativa con la comunidad a la cual pertenece. (Ref.; PE, Resolución exenta N° 1300 del 19/04/07, EAR, C.G. N° 5 y 6 con SSÑ).

## **METAS 2007**

- a. Fortalecer convenios docentes asistenciales con las universidades.
- b. Estudiar niveles actuales de contaminación de procesos industriales.
- c. Definir un plan de mejora de brechas en el ámbito de la contaminación ambiental.
- d. El establecimiento deberá contar con un plan de emergencia actualizado anualmente.

## **ACTIVIDADES**

- a.1. Participar activamente en las comisiones, servicios de salud, Universidad y hospital clínico.
- a.2. Desarrollar y presentar proyectos conjuntos con universidades con convenio docente asistencial vigente.

- a.3. Implementar reglamento de docencia.
- b.1. Hacer diagnóstico de niveles de contaminación ambiental y efectuar monitoreo periódico.
- c.1. Aplicar plan de mejora.
- d.1. Reestructurar comité de emergencia del establecimiento y la organización de su funcionamiento.

### **RESPONSABLES**

- a.1. Director, SDA, SDE.
- a.2. Director Hospital y Jefe Oficina Proyecto..
- a.3. Director, SDA, SDM, SDE, Jefe RRHH.
- b.1. Jefe SASI y equipo.
- c.1. Jefe SASI.
- d.1. Comité Emergencia.
- d.2. Comité Emergencia.

### **POLÍTICA Nº 4**

El establecimiento debe mantener y adecuar estrategias de participación social en la red de Salud. (Ref.; PE, Resolución exenta Nº 1300 del 19/04/07, EAR, C.G. Nº 9 con SSÑ).

### **METAS 2007**

- a. Continuar con el proceso de revisión de Cuenta Pública en forma participativa.
- b. Mantener y mejorar la constitución del Consejo Consultivo.
- c. Fortalecer actividades de extensión científica y cultural abierta a toda la comunidad.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Realizar Cuenta Pública participativa dentro del primer semestre.

- b.1. Ejecutar programa de reuniones mensuales de marzo a diciembre con temas de salud y de la comunidad.
- c.1. Difundir programa en forma calendarizada.

### **RESPONSABLES**

- a.1. Director, Jefe OIRS, Jefe de Comunicaciones y RRPP.
- b.1. Director, Jefa OIRS.
- c.1. Director, Jefe Comunicaciones y Jefes CR.

### **POLÍTICA N° 5**

El establecimiento deberá implementar un sistema de Planificación y Control de Gestión para el apoyo a la toma de decisiones. (Ref.; EAR).

### **METAS 2007**

- a. Desarrollar un Sistema de Control de Gestión de acuerdo a las necesidades del Establecimiento.

### **ACTIVIDADES**

- a.1. Monitorear trimestralmente el cumplimiento del plan anual.
- a.2. Evaluación anual al trabajo del Control de la Gestión del Plan Estratégico.

### **RESPONSABLES**

- a.1. Oficina de Desarrollo Organizacional.
- a.2. Directo.

# **ANEXO Nº 3**

**Los requisitos mínimos que se deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado son los siguientes:**

a) Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumplir las obligaciones que establece el artículo 18 de este Reglamento, para lo que se requerirá un informe del Director del Establecimiento al Director de Servicio correspondiente;

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento que Establece el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud;

c) Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que deberá considerar, a lo menos, los siguientes aspectos:

- Política y plan de acción de Recursos Humanos.
- Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistemas de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.
- Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.
- Plan de Gestión Clínica y Administrativa.
- Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos.

- Plan de Actividades de Auditoría interna.
  - Sistemas de Planificación y Control de Gestión.
- d) Contar con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico;
- e) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente;
- f) Tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones Prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las Metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión;
- g) Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento;
- h) Tener implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N° 18.469, procedimientos de cobro y recaudación de ingresos;
- i) Contar con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.

j) Deberá existir en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.

Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

Obligaciones emanadas del artículo N° 18 de la presente Ley:

Los Establecimientos Autogestionados, como parte de la Red Asistencial, deberán:

- a) Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red;
- b) Atender beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio respectivo, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes;
- c) Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

- d) Entregar la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla;
  
- e) Contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo;
  
- f) Dar cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente;
  
- g) Efectuar auditorias de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales. Estas auditorias deberán evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 16 de este Reglamento y los establecidos precedentemente.

## BIBLIOGRAFÍA

- **Anthony, Robert y Vijay Govindarajan.** “Sistemas de Control de Gestión” . Capítulos 3,4 y 6. McGraw-Hill, 2003.
- **Hill, Charles y Gareth Jones.** “Administración Estratégica: Un enfoque Integrado”. Capítulos 1 al 6. McGraw Hill. Tercera Edición.
- **Stephen P.Robbins.** “[Comportamiento Organizacional](#)” . Pearson Educación, 2004.
- **Bossi, A, Fuentes, Y y Serrano, C** (2001): «El Capital Intelectual en el Sector Público», [en línea] *5campus.org*, *Capital Intelectual* <http://www.5campus.org/leccion/cipub>> [Consulta:06.06.2005
- **Donoso, Patricio, (1998);** “Sistemas Integrados de Control de Gestión”, Revista administración y Economía UC, Primavera 1998.
- **Donoso, Patricio,** (2003); “Instrumentalización del Control de Gestión”, Universidad Católica
- **Kaplan, Robert y Norton, David** (2001); “Cómo utilizar el Cuadro de Mando Integral (Para implementar y gestionar su estrategia)” Ediciones Gestión 2000.
- Ministerio de Salud (2005) “ Reglamento orgánico de los servicios de Salud” Decreto 140 de 2004.
- **Tobar Federco,**(2000) “Herramientas para el análisis del sector salud”, Medicina y Sociedad. Volumen 23 N° 2, Julio.
- **Anthony, Robert, Govindarajan Vijay;** Sistemas de Control de Gestión
- **Participación y control social de la ciudadanía en la gestión de lo público.** (Herrera Zgaib, Miguel A.2007)
- **Estrategia de Implementación de Centros de Responsabilidad.** (Subsecretaria de Redes Asistenciales, Junio 2006)
- **Las Claves de la Gestión Hospitalaria.** (M.A. Asenjo, 1999)
- **Hacia la Gestión de Excelencia en Redes de Salud.** (Ministerio de Salud, 2004).

- **Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria.** (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud).
- **Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud.** (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud).
- **Manual de Organización.** (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2007).
- **Norma Técnica de Certificación y Evaluación Anual de Hospitales Autogestionados.** (M. Drago, 2006).
- **Programa de Evaluación de la Calidad de Atención Hospitalaria.** ([www.acschile.cl](http://www.acschile.cl))
- **Plan Estratégico del Servicio de Salud Ñuble.** (Servicio de Salud Ñuble, 2007)
- **Plan Estratégico de Desarrollo Hospital Herminda Martín de Chillán.**
- **[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl).**