



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
CHILLÁN

**“EVALUACIÓN DEL PROCESO DE FORMULACION ESTRATÉGICA DE LOS
CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE”**

Seminario para optar al Título de:
Ingeniero de Ejecución en Administración de Empresas

ALUMNOS:

Álvaro Felipe Hernández Hernández
Evelyn Cristina Jara Becerra
Miguel Ángel Peña Valdés

PROFESOR GUÍA:

Carolina Elena Leyton Pavez

Chillán, marzo de 2009

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO N° I	3
“FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO”	3
1.1. ANTECEDENTES DE LA FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	4
1.2. RESUMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	7
1.3. INVESTIGACIÓN PROPUESTA.....	8
1.3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	9
1.3.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.3 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4. METODOLOGÍA A UTILIZAR.....	14
1.4.1 Tipo de Investigación	14
1.4.2 Técnicas de Investigación	14
1.4.3 El Instrumento Técnico	15
1.4.4 Elementos del Instrumento Técnico.....	16
CAPÍTULO N° II	19
“MARCO TEÓRICO”	19
2.1. DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO.....	20
2.2. CONCEPTO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.....	20
2.2.1 La Gestión en Red.....	21
2.2.2 El Concepto de Formulación Estratégica	22
2.2.3 El Desarrollo de la Estrategia Empresarial	22
2.2.4 El Método Clásico para la Formulación de la Estrategia	23
2.2.5 La Planificación.....	24
2.2.6 La Planificación Estratégica.....	25
2.2.7 La Planificación Estratégica en Salud.....	26
2.2.8 Los Objetivos Nacionales de Salud.....	27
2.2.9 La Gestión Asistencial	27

2.3.	REFORMA DE SALUD CHILENA	28
2.3.1	Ley 19. 966 de Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE).....	28
2.3.2	Ley 19. 937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (modificatorio del Decreto Ley 2.726 de 1979).....	28
2.3.3	Ley 20.015 de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).	29
2.3.4	Ley 19. 888 de Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan AUGE	30
2.3.5	El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	30
2.3.6	Modelo de Salud Familiar	31
2.4.	ANTECEDENTES DEL CAMBIO DEL MODELO DE SALUD BIOMÉDICO AL NUEVO MODELO BIOPSIICOSOCIAL	33
2.4.1	El Modelo Biomédico	33
2.4.2	El Modelo Biopsicosocial	33
2.4.3	Importancia del Enfoque Familiar en la Transformación del Modelo Biomédico al Biopsicosocial	36
2.5.	El Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios	37
2.5.1	La Gestión Hospitalaria y el Modelo de Atención Integral en Salud.....	37
2.5.2	El Nuevo Contexto para la Gestión de los Establecimientos Hospitalarios.....	38
2.5.3	Organización Hospitalaria y Gestión Estratégica.....	38
2.5.4	Gestión Estratégica y Cambios Institucionales	38
CAPÍTULO N° III		40
“ANTECEDENTES DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS”		40
3.1.	ANTECEDENTES GENERALES Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS.....	41
3.1.1	Atención Abierta:	42
3.1.2	Atención Cerrada:	43
3.1.3	Atención de Urgencia:.....	46
3.1.4	El Equipo de Salud:.....	48
3.1.5	Infraestructura y Equipamiento:.....	50
3.1.6	Características Principales de los Hospitales Comunitarios	51

3.2.	DIAGNÓSTICO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS	54
3.2.1	Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Bulnes	54
3.2.2	Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de El Carmen	57
3.2.3	Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Yungay	62
3.2.4	Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Coelemu	65
3.2.5	Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Quirihue	68
CAPÍTULO N° IV	73
	“EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LA FORMULACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE”	73
4.1.	SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL PROCESO DE LA FORMULACIÓN ESTRATÉGICA	74
4.2.	APLICAR EL INSTRUMENTO A LOS CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE	75
4.3.	TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS	76
4.3.1	Resultados de la Aplicación del Instrumento a cada uno de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.....	77
4.3.2	Resumen Tablas de Datos y Gráficos	82
4.3.3	Análisis de Posibles Criterios que Determinan el Nivel de Cumplimiento de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble	84
CAPITULO N° V	91
	“PLAN DE ACCIÓN Y CONCLUSIONES”	91
5.1.	PLAN DE ACCIÓN DE ÁREAS A MEJORAR O FORTALECER	92
5.1.1.	Objetivo del Plan de Acción.....	92
5.1.2.	Alcance del Plan de Acción	92
5.1.3.	Responsabilidades del Plan de Acción.....	92
5.1.4.	Plan de Acción para cada uno de los Hospitales Comunitarios:	93
5.2.	CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	98
GLOSARIO	104

BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS	109
ANEXO N° 1:.....	110
ANEXO N° 2:.....	111
ANEXO N° 3:.....	112
ANEXO N° 4:.....	113
ANEXO N° 5:.....	114
ANEXO N° 6:.....	115
ANEXO N° 7:.....	116
ANEXO N° 8:.....	117
ANEXO N° 9:.....	118
ANEXO N° 10:.....	119
ANEXO N° 11:.....	124

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla N° 1: Número de Partos Hospitales de Baja Complejidad	10
Tabla N° 2: Resoluciones de Aprobación de la Planificación Estratégica de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble	72
Tabla N° 3: Fechas de Aplicación del Instrumento Técnico	75
Tabla N° 4: Monitoreo Hospital Bulnes 2008	77
Tabla N° 5: Monitoreo Hospital El Carmen 2008	78
Tabla N° 6: Monitoreo Hospital de Yungay 2008	79
Tabla N° 7: Monitoreo Hospital de Coelemu 2008	80
Tabla N° 8: Monitoreo Hospital de Quirihue 2008	81
Tabla N° 9: Nivel de Cumplimiento de los Cinco Hospitales Comunitarios según los Diferentes Indicadores	82
Tabla N° 10: Estadístico de Grupo según Cercanía al Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán	85
Tabla N° 11: Prueba T para Muestras Independientes según Cercanía al Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán	86
Tabla N° 12: Numero de Inscripciones de cada Hospital Comunitario	87
Tabla N° 13: Estadístico de Grupo según Numero de Inscripciones	88
Tabla N° 14: Prueba T para Muestras Independientes Según Número de Inscripciones	88
Tabla N° 15: Total Dotación de Camas Hospitales Comunitarios, en Medicina y Pensionados	89
Tabla N° 16: Estadístico de Grupo según Dotación de Camas Hospitales Comunitarios, en Medicina y Pensionados	89
Tabla N° 17: Prueba T para Muestras Independientes Según Dotación de Camas Hospitales Comunitarios, en Medicina y Pensionados	90
Tabla N° 18: Propuesta de Plan de Acción.	94-95
Tabla N° 19: Instrumento Medición Proceso Formulación Estratégica	119-123
Tabla N° 20: Tabla de Puntaje	124

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura N° 1: Mapa Ubicación Hospitales Comunitarios	53
Figura N° 2: Organigrama Ministerio de Salud	110
Figura N° 3: Organigrama Servicio de Salud Ñuble	111
Figura N° 4: Resolución Exenta Aprobación Planificación Estratégica Servicio Salud Ñuble	112
Figura N° 5: Resolución Exenta Aprobación Planificación Estratégica Hospital de Quirihue	113
Figura N° 6: Continuación Resolución Exenta Aprobación Planificación Estratégica Hospital de Quirihue	114
Figura N° 7: Resolución Exenta Aprobación Planificación Estratégica Hospital El Carmen	115
Figura N° 8: Resolución Exenta Aprobación Planificación Estratégica Hospital de Coelemu	116
Figura N° 9: Resolución Exenta Aprobación Planificación Estratégica Hospital de Bulnes	117
Figura N°10: Resolución Exenta Aprobación Planificación Estratégica Hospital de Yungay	118

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1:	Ponderación de los Diferentes Indicadores que se utilizan en la Investigación	76
Gráfico 2:	Representación Gráfica de los Cinco Hospitales Comunitarios, según Diferentes Indicadores que se utilizan en la Investigación.	83

INTRODUCCIÓN

La presente investigación evalúa la capacidad de generar una visión estratégica, traducida en políticas propias, concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio de Salud Ñuble y del Ministerio de Salud de los cinco Hospitales Comunitarios; de Bulnes, Coelemu, Quirihue, Yungay y El Carmen, correspondientes a la Provincia de Ñuble de la región del Bio Bío, considerando la capacidad de plantearse objetivos y metas, que al menos contemple los ámbitos de Satisfacción Usuaría, Gestión Clínica y Administrativa, Gestión Financiera y de Recursos Humanos. Si el establecimiento define plazos y responsables, y si este evalúa el cumplimiento de dichos objetivos y metas planteadas traducidos en planes anuales de actividades.

El objetivo de la presente investigación busca evaluar el proceso de Formulación Estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble. Para lo cual los objetivos específicos buscan la realización de un diagnóstico para conocer la situación estratégica actual, luego la aplicación de un Instrumento Técnico que permita evaluar el proceso de la formulación estratégica y posteriormente el análisis de los resultados, con lo que se elabora un Plan de Acción que permita generar mejoras en su grado de cumplimiento.

El capítulo I está referido por los antecedentes generales de la Formulación General del Proyecto, el cual está integrado por los objetivos de la presente investigación.

Siguiendo la estructura de la investigación, el capítulo II hace referencia al Marco Teórico, el cual integra la definición de los principales fundamentos que conforman la actual Reforma de la Salud Chilena, los antecedentes más relevantes del cambio del modelo Biomédico al nuevo denominado Biopsicosocial y el desarrollo de dicha transformación. Y por último describe y analiza el Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios.

El capítulo III describe antecedentes generales, características principales y planificaciones estratégicas de los Hospitales Comunitarios.

En el capítulo IV se hace referencia al diagnóstico de la formulación estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios, selección y aplicación del Instrumento Técnico, tabulación de los datos obtenidos y análisis estadísticos y el capítulo V presenta el Plan de Acción de áreas a fortalecer y las conclusiones de la presente investigación.

Para finalizar, y contribuir a la comprensión de la terminología utilizada en el ámbito de la salud, se ha incorporado un glosario y anexos con los que se espera contribuir a la comprensión y el análisis de la investigación.

CAPITULO N° I
“FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO”

1.1. ANTECEDENTES DE LA FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

En general el sistema de salud chileno busca optimizar la salud de la población empleando entre otros, los conocimientos más avanzados y minimizando las disparidades que existan, asegurando igual acceso a los servicios de salud y mejorando la capacidad de adquirir un nivel óptimo de salud. Países con sólidos sistemas de Atención Primaria, exhiben una mejor situación de salud y costos sanitarios más bajos que aquellos con una infraestructura más débil¹ en esta área.

La Atención Primaria apunta a resolver problemas generales de la comunidad, a través de servicios promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación para maximizar la salud y el bienestar. Además, integra la atención cuando existe más de un problema de salud, actúa en el contexto donde existe la enfermedad e influye en la respuesta de las personas ante los problemas de salud y por último organiza y racionaliza el despliegue de todos los recursos, básicos y especializados para promover, mantener y mejorar la salud.

El perfil epidemiológico y la transición demográfica introducen exigencias que, de acuerdo a experiencias internacionales busca abordar la actual reforma, a través de un cambio en el modelo de atención, fortalecimiento de la Atención Primaria e integración del sistema en torno a redes asistenciales.

La sustentabilidad técnica y financiera de este nuevo sistema, así como el cumplimiento de los objetivos sanitarios que el gobierno ha propuesto, requiere de importantes transformaciones en el modelo de atención, en las entidades que proveen dichos servicios y en la cultura de los usuarios².

¹ Fuentes, Roberto; Verdessi, Daniel. “La Reforma de la Salud en Chile, Caminos y Propuestas”. Documento de Estudio. Ministerio de Salud de Chile, 1996.

² H. Erazo M. y Reyes A. “Indicadores de Gestión de Servicios de Salud Públicos y Asignación de Recursos desde el Ministerio de Salud de Chile”. Revista Medica Chile. Vol. 132, no.12, Chile, 2004.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, hace suyas las demandas ciudadanas y define la atención de salud como un proceso continuo centrado en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Acoge, trata, rehabilita y ayuda a las personas a su reinserción.

Más allá de los avances alcanzados en la transformación del modelo, el desafío persiste en consolidar una relación que ponga al usuario en el centro del quehacer, con respeto, empatía y compromiso. El ejercicio de los derechos y deberes del paciente y el desarrollo de competencias en los equipos de salud son pilares fundamentales para el cambio cultural impulsado (Minsal 2000).

Es preciso potenciar las capacidades de la Atención Primaria, llevar los servicios lo más cerca posible de las personas, mejorar la calidad de las prestaciones, completar la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias, abrir nuevos espacios a la participación ciudadana y establecer con vigor la promoción de la salud en las políticas locales.

Actualmente, se enfrenta al desafío de hacer realidad este Modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitario en todos los establecimientos de Atención Primaria del país, siendo la meta, que cada uno de ellos sea un Centro de Salud Familiar. Se sabe que no todos ellos, se encuentran en el mismo nivel de desarrollo, pero se considera que, con el debido apoyo y orientación, sabrán alcanzar la meta. El Hospital Comunitario con enfoque de Salud Familiar, entidad que es el foco central de la presente investigación, es un establecimiento que cuenta entre sus actividades la provisión de cuidados básicos con énfasis en las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, se vincula a la Red Asistencial como un establecimiento de “baja complejidad”, biotecnológica a través del desarrollo de la modalidad de:

- Atención Cerrada.
- Atención Abierta.
- Atención de Urgencia.

Para ello el Servicio de Salud Ñuble ha direccionado la gestión de los establecimientos de baja complejidad, para transformarlos en Establecimientos Comunitarios de Salud Familiar, y así proporcionar atención de salud, de acuerdo a las necesidades de la comunidad e insertar este nivel a la Red Asistencial con el propósito de asegurar a las personas el acceso oportuno a los cuidados de salud que requiere.

Sin embargo este direccionamiento requiere, establecer instancias formales de evaluación y control que permitan dar cuenta del real avance en términos estratégicos y de que forma se ha generado una visión estratégica, traducida en políticas propias, concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio de Salud Ñuble y del Ministerio de Salud.

1.2. RESUMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

En el marco de la implementación de la reforma de Salud, la potenciación de la estrategia de Atención Primaria de Salud y el cambio en el Modelo de Atención, el cual, basado en los enfoques biopsicosocial y sistémico, se centra en las personas y su contexto (familiar y social) como eje de las decisiones en la entrega de servicios de salud para así responder de manera integral a sus necesidades. Ambos elementos conllevan al análisis de la red de atención y de cómo ésta se adapta a los nuevos desafíos de la Reforma.

En relación a la red de establecimientos, en la Ley de Autoridad Sanitaria³, se desarrollan definiciones de funcionamiento de la red, que sustentan el modelo de atención integral planteado. Se determinan distintos niveles de autonomía, funciones, mecanismos de evaluación, relación con los distintos componentes de la red y participación de los usuarios en la gestión de dichos establecimientos. Además, establece diferencias entre los distintos tipos de establecimientos de acuerdo a la complejidad de su tecnología y especificidad en la entrega de servicios, señalando un ámbito de gran amplitud del cuidado, que se corresponde con la estrategia de Atención Primaria.

El gran desafío está entonces, en dar una mirada renovada al rol que estos establecimientos jugarán en la satisfacción de las necesidades de atención de salud de la población beneficiaria y cómo se adaptan para formar parte de la estrategia de Atención Primaria. Esta renovación implica un proceso gradual de renovación de conceptos, toma de decisiones en el diseño de las funciones de estos establecimientos, su relación con la red tanto asistencial como territorial o comunal y su adaptación a los nuevos desafíos de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

La presente investigación, es un marco orientador para el proceso de cambio de los establecimientos hospitalarios denominados de baja complejidad (ex tipo IV), hoy reconocidos como Hospitales Comunitarios y ayudar a comprender como estos orientan su accionar de forma

³ Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937

estratégica hacia el logro exitoso de sus objetivos institucionales, del Servicio de Salud Ñuble, del Ministerio de Salud y por consiguiente del estado.

Es por ello que la presente investigación evalúa mediante la aplicación de un Instrumento Técnico la capacidad de los cinco Hospitales Comunitarios de la provincia de Ñuble de la región del Bio Bío, de generar una visión estratégica, traducida en políticas propias, concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial, la capacidad de plantearse objetivos, metas, plazos y responsables, y si este evalúa el cumplimiento de dichos objetivos y metas planteadas.

Finalmente, luego de obtenida la información cualitativa y cuantitativa de la aplicación del Instrumento Técnico se elabora un Plan de Acción, para fortalecer cuando sea pertinente aquellos aspectos más débiles detectados con el Instrumento Técnico de evaluación en los establecimientos estudiados.

1.3. INVESTIGACIÓN PROPUESTA

Los Hospitales tipo IV, surgen como una manera de abordar la falta de atención médica en las zonas rurales y/o apartadas, cumpliendo un rol muy relevante en los inicios del Sistema Nacional de Salud. No obstante, por estar fuertemente arraigados en la concepción y desarrollo de lo que se ha denominado como “Salud Rural”, están expuestos a seguir los cambios que allí ocurran. Por otra parte, el cambio en el perfil epidemiológico y el avance tecnológico de los centros de atención de las zonas urbanas, sumado a las mejoras de vialidad que han facilitado el acceso a éstos, han contribuido a cambiar el perfil de uso de estos establecimientos. A continuación se detallan algunos de estos cambios que a su vez constituyen ideas para el proceso de transformación a Hospitales Comunitarios⁴.

⁴ Dr. Iván Paul, Director Servicio de Salud Ñuble

1.3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El cambio en las localidades rurales ha significado una disminución de la población rural de 16,5% en Censo 1992 a 13,4% de la población nacional en censo 2002, lo que significó un movimiento de 181.674 personas durante el período (INE, 2008). Tal disminución se explica por la migración de la población más joven y de sexo femenino a zonas urbanas por mejores condiciones laborales, salariales y de calidad de vida.

Debido a los grandes cambios que ha tenido en los últimos años el entorno de los Hospitales tipo IV, es necesario que este tipo de organización también cambie para responder a las nuevas necesidades de individuos, familias y comunidades.

En este ámbito resulta relevante la multicausalidad de los problemas prevalentes, la modificación cualitativa en la población que demanda servicios: de lo materno-infantil a los problemas del adulto y adulto mayor, de las enfermedades agudas y transmisibles a las enfermedades crónicas, degenerativas no transmisibles las cuales imponen la necesidad de implementar nuevas terapias y enfoques orientados a los cambios de conducta, fomento del autocuidado, educación en salud, continuidad de la atención, intervenciones sobre determinantes sociales, etcétera, lo que implica, salir de los centros hospitalarios a la atención abierta con enfoque sistémico (Atención Primaria y Salud Familiar) a la comunidad⁵.

Se ha observado aumento de las consultas ambulatorias de Atención Primaria y de urgencia, con una relación urgencia-morbilidad al año 2006 de 44.7%⁶. También se observa una importante disminución del índice de ocupación de camas, cuya tasa promedio no supera 45% para el año 2006, lo que a su vez está sobredimensionado por el uso de las camas por “casos sociales”. Se observa además, una disminución de los egresos Hospitalarios por embarazo, parto y puerperio en 21% desde 2001 a 2005, lo que equivale a 6.727 menos egresos por embarazo, parto y puerperio en Hospitales Tipo IV. La tasa de decrecimiento del número de partos equivale a 51 %.

⁵ MINSAL, División de Atención Primaria, “Marco Referencial Hospitales Comunitarios”, 2008.

⁶ Fuente Deis Minsal 2006.

En la siguiente tabla se aprecia una sostenida disminución del número de partos en Hospitales tipo IV del país⁷.

Tabla N° 1: Número de Partos Hospitales de Baja Complejidad

Año	Número Partos
2002	15.400
2003	14.121
2004	12.207
2005	11.032
2006	9.558
2007	7.558

Fuente: Minsal 2008

Otro de los cambios suscitados en los Hospitales tipo IV es el aumento de demanda de laboratorio e imágenes para abordar los problemas AUGÉ de la Atención Primaria de Salud.

A todo lo anteriormente señalado se debe sumar la percepción que existe en los usuarios de validación de este tipo de establecimientos como el prestador más competente en el territorio en el que se encuentra la comunidad⁸.

Otro factor relevante lo genera el Gestor de Red, el cual tiene la facultad de definir el nivel de complejidad de los establecimientos de su red y las combinaciones posibles de acuerdo a los requerimientos de su población a cargo y la disponibilidad de recursos. En tal sentido y dado el desarrollo que han alcanzado hasta ahora los distintos establecimientos del país, algunos de ellos no se ajustan exactamente a estas definiciones, sino que corresponden a una mezcla de complejidades que deberán ser definidas a futuro.

La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria define dos tipos de establecimientos de acuerdo a su nivel de complejidad:

⁷ Fuente REM años 2002 al 2007 Deis Minsal.

⁸ MINSAL, División de Atención Primaria, “Marco Referencial Hospitales Comunitarios”, 2008.

- Hospitales Autogestionados en red (ex tipo I y II), que corresponden a aquellos de mayor complejidad tecnológica, a los cuales les otorga facultades específicas y que están definidos en la Ley.
- Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, que se dividen en:
 - a. Hospitales de mediana complejidad (ex tipo III).
 - b. Hospitales de baja complejidad (ex tipo IV).
 - c. Centros de Atención Primaria (Centro de Salud (CES), Centro de Salud Familiar (CESFAM), Consultorio General Urbano (CGU), Centro General Rural (CGR), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF), etc.).

De acuerdo a la Ley de Autoridad Sanitaria las características más importantes de un establecimiento de baja complejidad son las siguientes:

- Realizar acciones de cuidados primarios y de primer contacto, entendiendo estos como aquellos destinados a proteger la salud de poblaciones e individuos.
- Prevenir enfermedades y dar respuesta oportuna a la demanda de atención de salud con tecnología básica. Estas acciones son realizadas prioritariamente de manera ambulatoria, sin embargo, algunos establecimientos (antiguos hospitales tipo IV), pueden contar con camas para hospitalización básica; cuentan con tecnología simple de baja complejidad para usar en atención abierta y servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad o riesgo vital.
- El recurso humano debe tener competencias para abordar los problemas de salud más frecuentes que se presentan en la Atención Primaria, otorgar las prestaciones Garantías Explícitas en Salud de Atención Primaria, bajo los estándares de calidad establecidos, y hacer un abordaje basado en enfoque familiar, propendiendo al trabajo comunitario, estos dos últimos aspectos son propios del proceso de transformación a Hospitales Comunitarios.

Si bien el marco legal no precisa los alcances del concepto Complejidad (que separa en alta, mediana y baja), entre los actores del sistema de salud se cuenta con un consenso en que se

entiende que esta “complejidad” se refiere al desarrollo tecnológico y de especialización médica que acompaña el proceso de atención y no a la complejidad técnica dada por la problemática de salud, donde destaca la complejidad de la multicausalidad y el enfoque integral del ser humano que es propia de la Atención Primaria, la cual está determinada por una sumatoria de ámbitos que condicionan la salud de los individuos (referidas al desarrollo de procesos afectivos, de comunicación, cambios de conducta, etc.) y que requieren de una serie de habilidades y destrezas específicas del equipo de salud, en las áreas psicosocial, individual, familiar y comunitaria.

1.3.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Lo mencionado, plantea un interesante punto de inflexión organizacional, que debe ser visto como una oportunidad de cambio, que lejos de renegar de una larga tradición de salud pública, la reafirme sobre la base de al menos cuatro premisas:

- El cambio epidemiológico, es una oportunidad de relevar el rol del establecimiento en el territorio, generando con la lógica del usuario, y con el usuario, la cartera de servicios más adecuada para la realidad de su población a cargo.
- La relevación del rol en el territorio, implica el liderazgo de este tipo de establecimiento en el desarrollo de la zona y se constituye en un verdadero puente en la implementación del Modelo, hacia las comunidades más desprovistas.
- Los trabajadores de los Hospitales Comunitarios son los principales actores en este cambio, ellos conocen la realidad de su población a cargo, y desde esa perspectiva pueden contribuir a generar un cambio exitoso.
- El cambio no ocurre de manera espontánea, este debe ser planificado con sentido estratégico, con competencias y permanentemente evaluado.

A fin de avanzar en el camino que los equipos de salud de estos Hospitales Comunitarios de atención deben recorrer, para enfrentar los desafíos antes descritos, mediante la presente

investigación se busca evaluar y analizar el proceso de la formulación estratégica en los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble el año 2008, como una herramienta de Gestión del cambio y toma de decisiones que le permita conocer como es la formulación estratégica de los establecimientos hospitalarios.

1.3.3 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de formulación estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.

1.3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para lograr el Objetivo General de la presente investigación, se ha propuesto cuatro objetivos específicos:

1. Realizar un diagnóstico de los Planes Estratégicos vigentes en los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.
2. Aplicar un Instrumento Técnico de Evaluación de la Formulación Estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.
3. Evaluar y analizar los resultados de la aplicación del Instrumento Técnico.
4. Elaborar y presentar a los directivos de cada establecimiento un Plan de Acción que contemple todas aquellas áreas a fortalecer para los cinco Hospitales Comunitarios.

1.4. METODOLOGÍA A UTILIZAR

Este ítem indica el tipo de investigación, el método y las distintas técnicas utilizadas para efectuar el estudio sobre la evaluación de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.

1.4.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, ya que de acuerdo a Hernández Sampieri⁹ (1995) ésta tiene como propósito describir situaciones y eventos. Una investigación descriptiva, busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Para evaluar el proceso de la formulación estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble, se combinarán procedimientos de los métodos cuantitativo y cualitativo, dando un carácter mixto a la investigación, el cual empleará las distintas técnicas y conceptos fundamentales que permitirán aportar al desarrollo del estudio.

1.4.2 Técnicas de Investigación

La información que se ha obtenido, se basa en la recopilación de datos primarios y secundarios relevantes para el estudio.

Una de las técnicas empleadas, es la llamada técnica de búsqueda de información sistematizada, en la que el investigador de campo lee y registra conforme a guías, la información de acuerdo a

⁹ Hernández Roberto, Fernández Carlos, Baptista Pilar; “Metodología de la Investigación”. Mc Graw Hill, México, 1995.

los objetivos de la investigación, luego se analizan y agrupan los hallazgos para validar la información.

La información que se obtuvo para el desarrollo del estudio, fueron primordialmente: documentos de revisión bibliográfica, documentos publicados oficialmente por el Ministerio de Salud, documentos facilitados por el Servicio de Salud Ñuble, documentación otorgada por cada Hospital Comunitario y publicaciones disponibles en internet; Minsal, Fonasa, Servicio de Salud Ñuble, red salunet (Intranet de la Red Asistencial), entre otras. Adicionalmente, se obtuvo información actualizada, proporcionada tanto por directivos del Servicio Salud Ñuble y docentes de la Universidad del Bio Bío.

Después de haber recopilado y seleccionado una serie de antecedentes principalmente de fuentes oficiales del sistema de salud, éstas se utilizaron para describir y explicar a cabalidad el tema en cuestión, con la finalidad de entregar la mayor información posible para aplicar la evaluación y paralelamente, adquirir un mayor conocimiento de los ámbitos de la investigación.

1.4.3 El Instrumento Técnico

El Instrumento Técnico de Evaluación del Proceso de la Formulación Estratégica está basado en el Instrumento Técnico de certificación de cumplimiento de requisitos para la obtención de la calidad de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).

El Instrumento Técnico fue aplicado a los cinco Hospitales Comunitarios; El Carmen, Yungay, Quirihue, Coelemu y Bulnes, basado en la evaluación de la formulación estratégica, cuyo eje es la evaluación de la capacidad del establecimiento para generar una visión estratégica, la capacidad de plantearse objetivos y metas, satisfacción usuaria, gestión clínica y administrativa, gestión financiera y de recursos humanos, definiendo plazos y responsables, y evaluando el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas.

1.4.4 Elementos del Instrumento Técnico

A continuación se presentan los principales elementos evaluados que conforman el Instrumento Técnico:

- a. **Consejo Técnico:** Es de carácter de asesor y técnico. Su objeto será asesorar al establecimiento de salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las acciones de salud del establecimiento, además de emitir su opinión en aquellas materias en que sea requerido por el Director de establecimiento.
- b. **Gestión Red Asistencial:** La Red Asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de Atención Primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.
- c. **Satisfacción Usuaría:** Corresponde al conjunto de iniciativas orientadas a mejorar la calidad de atención a los usuarios y usuarias, las relaciones entre usuarios, usuarias, funcionarias y funcionarios; mejoramiento de condiciones de atención de los establecimientos de salud y mejoramiento de espacios de atención de salud u otras obras menores.
- d. **Control de Gestión:** Se refiere al proceso mediante el cual los administradores se aseguran de la obtención de los recursos y de su empleo eficiente en el cumplimiento de los objetivos de la empresa.
- e. **Plan Anual:** Corresponde al documento que traduce la Planificación Estratégica en actividades asistenciales y/o administrativas para el año calendario con su correlato presupuestario, definiendo los plazos y responsables de las mismas.

- f. **Consejo de Desarrollo:** Estos consejos son un espacio de participación que permite el diálogo e intercambio de información, planteamiento de propuestas y toma de decisiones de los trabajadores de los establecimientos de salud, sus directivos y los usuarios.
- g. **Participación en Salud:** La participación es un instrumento de control ciudadano que genera mecanismos de expresión e integración de las demandas populares. Esto significa que la población se hace parte y responsable de los factores que están determinando la salud y el auto cuidado, y participación en la toma de decisiones.
- h. **Recursos Físicos:** Tiene relación a los requerimientos en infraestructura, mantenimiento, reposición de equipamiento y profesionalización del área operacional del establecimiento.
- i. **Plan de Inversiones:** Corresponde principalmente al documento elaborado por el establecimiento, que señala las inversiones, sus costos y sus justificaciones con relación al cumplimiento de la Planificación Estratégica del establecimiento.
- j. **Gestión Clínica:** Es la gestión del más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos, y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos. Por lo tanto, su objetivo último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia).
- k. **Gestión Administrativa:** Conjunto de acciones mediante las cuales el directivo desarrolla sus actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo: Planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar.

- l. **Gestión Financiera:** Corresponde a la incorporación del concepto de eficiencia en la gestión financiera, desarrollando centros de responsabilidad, entre otros.
- m. **Gestión de Recursos Humanos:** Consiste en orientar al servicio de la estrategia global del establecimiento, estrategias de gestión de RRHH con tecnologías y acciones planificadas e integradas coherentemente para obtener, estimular y desarrollar personas automotivadas, competentes, comprometidas en un buen clima organizacional y compartiendo una cultura común¹⁰.

Cada encargado de los Hospitales Comunitarios, junto a su director, fue el responsable de aportar la información y los medios de verificación para comprobar y dar cuenta del real cumplimiento de los indicadores que contiene el Instrumento Técnico de Evaluación. De esta evaluación se extrajo valiosa información cualitativa y cuantitativa, para con esto elaborar un Plan de Acción para fortalecer el avance o bien para redireccionar el desarrollo de ésta.

El tema de la medición y evaluación en general es necesario, en cuanto permite identificar el estado actual de los recursos y las habilidades, además posibilita proyectar su potencial y correcto desarrollo. La identificación de tales habilidades y recursos es cada vez más imperiosa y su detección requiere de instrumentos confiables y válidos que permitan interpretar y anticipar el futuro comportamiento de la organización.

¹⁰ León M. Diplomado Salud Familiar, Universidad de Chile, Santiago 2007.

CAPÍTULO N° II
“MARCO TEÓRICO”

2.1. DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO

En general el desarrollo del Marco Teórico de la presente investigación, aborda los elementos de Reforma de Salud Chilena, Modelo de Atención (cambio del Modelo de Salud Biomédico al nuevo Modelo de Salud Biopsicosocial), Redes Asistenciales, Gestión Estratégica de los Establecimientos Hospitalarios, etc., todos desde una mirada o un foco de Evaluación del Proceso de la Formulación Estratégica y conformarán el contexto teórico de la presente investigación, para ello se plantea que:

En la última década ha surgido con fuerza la necesidad de contar con establecimientos a nivel de las redes prestadoras de servicios de salud y de los establecimientos relacionados, que sean competentes para impulsar con éxito complejos procesos de cambio organizacional.

A su vez, la ley 19.937 llamada de “Autoridad Sanitaria” genera profundos cambios estructurales y funcionales en la prestación pública de salud y exige altos estándares de gestión en el ámbito de las redes de los Servicios Asistenciales en Salud.

Todo lo anterior, demanda nuevas instancias de evaluación en el ámbito de la gestión, planificación y formulación estratégica ajustándose al nuevo perfil que se requiere para la implementación de las reformas como los nuevos gestores del cambio.

2.2. CONCEPTO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA

El concepto de gestión viene del latín gestio, y hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Gestionar es realizar diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera. Administrar, por otra parte, consiste en gobernar, dirigir, ordenar, disponer u organizar.

La Gestión Estratégica se basa en dotar a las organizaciones de un propósito claramente definido, de un sentido de dirección y de los recursos necesarios para lograr los objetivos trazados, desarrollo de modelos de gestión para la planificación y seguimiento de programas de actuación y basados en el conocimiento de la organización. Asimismo, la Gestión Estratégica puede ser vista como el arte y/o ciencia de anticipar y gerenciar participativamente el cambio con el propósito de crear permanentemente estrategias que permitan garantizar el futuro del negocio.

Según Arnoldo Hax y Nicolás Majluf, Gestión Estratégica¹¹ se define como un modo de conducir a la firma cuyo objetivo último es el desarrollo de valores corporativos, capacidades gerenciales, responsabilidades organizacionales y sistemas administrativos que vinculan las decisiones operacionales y estratégicas, a todos los niveles jerárquicos, y a través de todos los negocios y líneas funcionales de autoridad en una firma. Las operaciones y estrategias están conectadas inherentemente en la definición de las tareas de gestión en cada nivel en la organización. Esta forma de conducir una firma está hondamente arraigada en el estilo gerencial, creencias, valores, ética y formas aceptadas de conducta en la organización, que tornan al pensamiento estratégico congruente con la cultura organizacional.

2.2.1 La Gestión en Red

El trabajo en red es una estrategia que crea vínculos de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes sobre la base de la cooperación y la confianza, en procura de objetivos compartidos explícitos¹².

Constituye un modelo de operación del conjunto de establecimientos y servicios de salud públicos, comunitarios y privados, de diferentes niveles y tipos de complejidad y capacidad de

¹¹ Hax, Arnoldo y Nicolás Majluf; Gestión Estratégica, Editorial Dolmen, Santa Elena 1996, P.P 491.

¹² Disponible en:

<http://samh.cl/samh2008/presentaciones/mesa%20redonda%201/MESA%20REDONDA%20GESTION%20HOSPITALARIA.pdf>

resolución, interrelacionados por una serie de procedimientos y estilos de trabajo que permiten el tránsito de los usuarios entre todos ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada una de las patologías priorizadas.

2.2.2 El Concepto de Formulación Estratégica

Tras una revisión de varias definiciones se desarrolló una definición de Formulación Estratégica la cual se adapta a lo que persigue evaluar la presente investigación.

Para la presente investigación se entiende como Formulación Estratégica lo siguiente:

La Formulación Estratégica es el proceso altamente participativo donde se busca además establecer la Visión, Misión, los Objetivos, políticas y en algunos casos valores y elegir estrategias que ayuden al cumplimiento de los lineamientos estratégicos. A veces la formulación de la estrategia se llama "Planeamiento Estratégico". Se refiere a las decisiones que se toman para instalar nuevas estrategias o para reforzar estrategias existentes. Para ello además se debe asignar suficientes recursos (financieros, personal, tiempo, tecnología), asignar la responsabilidad de tareas o de procesos específicos a los individuos o a grupos específicos, también implica manejar el proceso. La formulación y la puesta en práctica de la estrategia es un proceso en curso, interminable e integrado que requiere de nueva valoración y reformas continuas. Formulación Estratégica es dinámica, implica un patrón complejo de acciones y de reacciones.

2.2.3 El Desarrollo de la Estrategia Empresarial

Aunque la estrategia empresarial es bastante reciente, mucho de sus conceptos y teorías tienen sus antecedentes en la estrategia militar, que se remonta a los principios enunciado por Julio César y Alejandro Magno alrededor del año 400 a.c.

De acuerdo a lo anterior, fue definida la estrategia como el arte de la guerra, especialmente la planificación de los movimientos de tropas y barcos, etc., hacia unas posiciones favorables; plan de acción o políticas a seguir en los negocios, etc.¹³.

Una estrategia es el modelo o plan que integra los principales objetivos, políticas y sucesión de acciones de una organización en un todo coherente. Una estrategia bien formulada ayuda a ordenar y asignar los recursos de una organización de una forma singular y viable basada en sus capacidades y carencias internas relativas, en la anticipación a los cambios del entorno y en las eventuales maniobras de los adversarios inteligentes.

Existen diversas definiciones de estrategias¹⁴. Integrándolas, se podría proponer una definición más global, las que indican que, la estrategia;

1. Es un patrón de decisiones coherente, unificador e integrativo.
2. Determina y revela el propósito organizacional en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción y prioridades en la asignación de recursos.
3. Intenta lograr una ventaja sostenible a largo plazo en cada uno de sus negocios respondiendo adecuadamente ante las amenazas y oportunidades en el medio ambiente de la firma, y las fortalezas y debilidades de la organización.
4. Abarca todos los niveles jerárquicos de la firma (corporativos, de negocios y funcionales).

2.2.4 El Método Clásico para la Formulación de la Estrategia

La elaboración de una estrategia competitiva¹⁵ consiste en desarrollar una amplia fórmula de cómo la empresa va a competir, cuáles deben ser sus objetivos y que políticas serán necesarias

¹³ Grant, Robert; Dirección estratégica, Editorial Civitas; España, 1998, p.p 36-37

¹⁴ Hax, Arnoldo y Nicolás Majluf; Gestión estratégica, Editorial Dolmen, Santa Elena 1996, P.P 25

¹⁵ Porter, Michael; Estrategias Competitivas, Compañía Editorial Continental, S.A. de C.V; México, 1995, p.p.16-17

para alcanzar tales objetivos. Los objetivos pueden estar orientados a la rentabilidad, participación de mercado, responsabilidad social, etc. (según lo anterior, los objetivos pueden ser económicos y no económicos). Por lo tanto y según lo descrito, estrategia competitiva, es la combinación de los fines (metas) por los cuales se está esforzando la empresa y los medios (Políticas) con las cuales está buscando llegar a ellos. Diferentes empresas tienen palabras distintas para algunos de los conceptos ilustrados. Por ejemplo, algunas empresas usan términos como “misión” u “objetivos” en vez de “metas” y algunas otras usan “tácticas” en vez de políticas operacionales o funcionales. Sin embargo, la noción esencial de la estrategia está captada en la distinción entre fines y medios.

2.2.5 La Planificación

La Planificación consiste en especificar los objetivos que se deben conseguir y en decidir con anticipación las acciones adecuadas que se deben ejecutar para ello. Entre las actividades de planificación se considera, el análisis de las situaciones actuales, la anticipación al futuro, la determinación de objetivo, la decisión de los tipos de actividades en las que participará la compañía, la elección de estrategias corporativas y de negocios, y la determinación de los recursos necesarios para lograr las metas de la organización.

Los planes pueden abarcar largos períodos (de cinco o más años) o un horizonte de tiempo cercano (días o semanas). Pueden ser muy generales (por ejemplo, para mejorar las utilidades mediante el desarrollo de nuevos productos) o muy específicos (por ejemplo, para reducir 10% de los defectos de los productos durante el mes siguiente).

Sin embargo, en cada caso los gerentes son responsables de recopilar y analizar la información sobre la que se basan los planes, de establecer los objetivos y decidir que se necesita hacer¹⁶.

¹⁶ Robbins, Stephen y Coulter, Mary; “Administración”, Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México. 1996. p.p 229-231

2.2.6 La Planificación Estratégica

Son planes de largo plazo, normalmente de cinco años o más, y son aplicables a toda la organización, establecen objetivos generales y posicionan a la organización en términos de su entorno.

1. Planes a corto plazo : Planes que cubren menos de un año
2. Planes a largo plazo: Planes que van más allá de cinco años.
3. Planes específicos: Planes que están claramente definidos y no dan lugar a interpretaciones
4. Planes operacionales: Planes que establecen detalles de cómo se lograrán los objetivos generales¹⁷.

Según Illanes (1996)¹⁸, define a la Planificación Estratégica como un proceso de planificación a largo plazo, que por lo común se origina en los niveles gerenciales de la empresa y considera todos los factores externos e internos que inciden en la formulación de planes de desarrollo macro. Utilizando un horizonte de tiempo de varios años, lo que en sí implica prever un régimen de gran incertidumbre, la alta administración revisa su actual estrategia, buscando oportunidades, detectando amenazas en el medio ambiente y evaluando los recursos de la empresa para identificar sus puntos fuertes y débiles¹⁹.

Arnoldo Hax y Nicolas Majful establecen que el proceso de Planificación Estratégica es un esfuerzo organizacional bien definido y disciplinado, que apunta a la total especificación de la estrategia de una firma y la asignación de responsabilidades para su ejecución²⁰.

¹⁷ Robbins Stephen P. y Coulter Mary, Administración, Miembro de la cámara nacional de la industria editorial, Reg. Num. 1524., Mexico 1996. p.p 229-231

¹⁸ Frontaura, Pablo; “El Sistema Empresa: Una visión integral de la administración”. Manepa Impresiones. Chile. 1996

¹⁹ Frontaura, Pablo; “El Sistema Empresa: Una visión integral de la administración”. Manepa Impresiones. Chile. 1996

²⁰ Hax, Arnoldo y Nicolás Majluf; “Gestión de la Empresa con una Visión Estratégica” Editorial Dolmen. Santa Elena 1996.p.p. 35.

En la actualidad, la mayoría de las empresas realizan planeación estratégica, aunque existe una variación considerable entre los grados de complejidad y formalidad. Desde un punto de vista conceptual, la Planificación Estratégica es engañosamente sencilla: analiza la situación actual y la que se espera para el futuro, determina la dirección de la empresa y desarrolla medios para lograr la misión. En realidad este es un proceso en extremo complejo que requiere de un enfoque sistemático para identificar y analizar factores externos de la organización y confrontarlos con las capacidades de la empresa²¹.

2.2.7 La Planificación Estratégica en Salud

Según la Superintendencia de Salud de Chile²² planificar estratégicamente permite definir el modelo de gestión organizacional para alcanzar eficiencia global. Significa establecer las definiciones estratégicas (visión, misión, objetivos) que conducen el quehacer de la Institución.

Se planifica anualmente con el principal objetivo de revisar y sancionar los lineamientos estratégicos que deben guiar la organización y ser conocidos por todos los funcionarios. A su vez, el proceso facilita la elaboración de los planes de acción anuales, tanto por parte de las unidades operativas como de las unidades funcionales, vinculándose al proceso presupuestario. Al mismo tiempo, el proceso se ha orientado a más largo plazo y permite elaborar y conducir los procesos de cambio que enfrenta la organización. La planificación está íntimamente relacionada con el control de gestión institucional que vela por la consistencia entre los lineamientos estratégicos y los planes de acción y verifica el cumplimiento de objetivos y metas organizacionales.

²¹ Koontz, Harold y Wehrich, Heinz; “Administración: Una perspectiva global”, McGraw Hill. México. 1994. p.p. 168.

²² Disponible en: <http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-1696.html>

2.2.8 Los Objetivos Nacionales de Salud

Los objetivos nacionales de salud²³ son esenciales para reorientar el Modelo de Atención de Salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población. Son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades más adecuadas para la población. El Modelo de Atención de Salud durante la década que finaliza el 2010, se debe orientar hacia el logro de los siguientes objetivos nacionales de salud:

- Disminuir las desigualdades en salud.
- Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

Un rol importante para el cumplimiento de estos objetivos sanitarios lo tiene el Régimen General de Garantías en Salud, que define un conjunto de prestaciones y orienta recursos a las actividades de mayor impacto sanitario. Dentro de éste, mención especial debe hacerse a las Garantías Explícitas en Salud que norman igualitariamente las condiciones de acceso, oportunidad, calidad de las acciones en salud y protección financiera para los beneficiarios del sistema público y privado de salud.

2.2.9 La Gestión Asistencial

Los Servicios de Salud deben concentrarse en la gestión asistencial para dar una atención oportuna y de calidad a la población. La gestión asistencial incluye el desarrollo de nuevas capacidades de coordinación sanitaria entre los niveles de distinta complejidad. Las intervenciones que constituyen Bienes de Salud Pública, entre los cuales está la promoción,

²³ Documento objetivos nacionales de salud 2000-2010, Ministerio de Salud, octubre 2002.

protección de la salud y prevención de la enfermedad, serán desarrolladas, reguladas y conducidas por la Autoridad Sanitaria Regional.

2.3. REFORMA DE SALUD CHILENA

La reforma se materializa con la aprobación de cuatro leyes que modifican el sistema hasta el momento vigente:

2.3.1 Ley 19. 966 de Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE)

La Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas, entró en vigencia el 1º de Julio de 2005 con 25 problemas de salud, es un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos los chilenos porque no discrimina por edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas, es igual para todos y contempla todas las enfermedades, incluidas las más graves y de mayor costo, en sus diversas etapas. Actualmente, el AUGE cubre un total de 56 enfermedades que afectan a niños, adultos y adultos mayores y que van desde los cánceres hasta aquellas relacionadas con la salud mental.

2.3.2 Ley 19. 937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (modificadorio del Decreto Ley 2.726 de 1979)

Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, Modalidades de Gestión y fortalece la Participación Ciudadana²⁴.

²⁴ Disponible en: http://www.supersalud.cl/normativa/571/articles-553_recurso_1.pdf

La ley N° 19.937 señala que el rol principal de la Autoridad Sanitaria será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población. Entre sus funciones se destacan velar por el cumplimiento de las normas, planes, políticas y programas nacionales de salud fijados por la autoridad; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías²⁵.

2.3.3 Ley 20.015 de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Permite a las Isapres adecuar sus precios, pero esta revisión y adecuación debe ser fundada en hechos objetivos comprobadas cabalmente las razones de tal alza. En este sentido, las Isapres muchas veces adecuan los valores de los planes que tienen sus afiliados sin existir una razón para tal alza. Por lo demás cabe decir que, si las condiciones cambian favorablemente para los afiliados, jamás bajan el valor de los planes.

Entre algunos de los temas que trata esta ley se pueden mencionar por ejemplo:

1. Se establecieron restricciones para ser director, apoderado o gerente (representante en general) de la Isapre: se busca la idoneidad de las personas a cargo de la entidad por lo que se prohíbe que asuman cargos de representatividad los fallidos de una quiebra que no hubieren sido rehabilitados, los condenados a pena aflictiva, ni quienes hayan estado en empresas que hubieren sido sancionadas por la Superintendencia de Salud, etc.
2. La Ley 20.015 reguló la figura de los agentes de ventas, dependientes de las Isapres que ofrecen los planes de salud. Se les exige actualmente requisitos de idoneidad, deben ser

²⁵ Disponible en: <http://163.247.51.38/desarrollo/css/desal/publicacion%20AS.pdf>

chilenos o extranjeros con residencia en Chile, mayores de edad, deben acreditar conocimiento suficiente de la Isapre y haber aprobado la enseñanza media.

2.3.4 Ley 19. 888 de Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan Auge

La Ley N° 19.888, publicada en agosto del 2003, estableció el aumento en la tasa de el IVA de un 18% a un 19%, a partir del 1 de octubre del 2003 hasta el 31 de diciembre del 2006, donde a contar del 1 de enero del 2007, la tasa volvía a ser del 18%. Cuando se envió al Congreso el proyecto para aumentar en forma transitoria el IVA, el mensaje señaló la relación de las modificaciones tributarias con la necesidad de financiar el Plan Auge y Chile Solidario, además de la menor recaudación de 430 mil millones de pesos, producto de los tratados de libre comercio²⁶.

2.3.5 El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)

La Ley 19.966 creó un Régimen General de Garantías en Salud (RGGS), definido como un instrumento de regulación sanitaria, elaborado por el MINSAL, que establece las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación o paliativo que FONASA debe cubrir a sus beneficiarios.

Fue el nombre original que se le dio a la propuesta que luego fue aprobada, a través de la Ley de Régimen de Garantías en Salud. Sin embargo, en la Ley se cambió la terminología por Garantías Explícitas en Salud (GES). El nombre AUGE no se menciona en la Ley y quedó desechado, con el fin de aclarar que existe un Régimen General de Garantías en Salud y dentro de él se establecerán Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y

²⁶ Disponible en: http://www.institutolibertad.cl/ie_151_h_Lagos.pdf

oportunidad, para salvar la dicotomía de la atención AUGE. Sin embargo, para la opinión pública y los actores involucrados, el nombre AUGE se continúa utilizando.

2.3.6 Modelo de Salud Familiar

El modelo de salud familiar constituye el pilar fundamental. Este modelo se centra en el equipo de salud familiar, y entre sus profesionales cuenta con médico, enfermera y matrona, superando la idea del médico de cabecera, dado que permite desarrollar un concepto interdisciplinario, apuntando a la promoción de estilos de vida más saludables, no sólo a curar la enfermedad.

El objetivo de la atención es la familia, entendiendo que la salud y la enfermedad se dan en un contexto fuertemente determinado por esta estructura social. Para el sustento del modelo, es necesario contar con profesionales especializados en salud familiar, así como con infraestructura y tecnologías adecuadas. Se ha avanzado sustancialmente en los últimos años. Un médico de salud familiar es un profesional con un fuerte componente social y comunitario, con destrezas para el trabajo en equipo. Requiere calidad técnica para responder de manera adecuada a la demanda prevalente, que sepa determinar la oportunidad de las derivaciones. Un profesional especialista en personas, comprometido con la salud y no con la enfermedad, que no sólo conoce a su paciente sino a su grupo familiar.

A principios de los años 90, el Ministerio de Salud inició la preparación de médicos en medicina familiar. La estrategia consistía en favorecer que las universidades abrieran campos de formación para lo cual se establecieron becas y diplomados en salud familiar para distintos profesionales, financiando pasantías tanto nacionales como en el extranjero. Se cuenta con una Sociedad de Medicina Familiar, y mediante el Consejo Nacional de Certificaciones Médicas (CONACEM), se reconoce a los profesionales egresados de las universidades del área. Existe una importante masa crítica de médicos de familia formados en Chile.

En los últimos años, el Gobierno ha incrementado sustancialmente los recursos en Atención Primaria, con un sostenido aumento del financiamiento y la construcción de numerosos consultorios. Desde este año, los consultorios serán diseñados con el propósito de adecuar la planta física a los nuevos requerimientos del modelo de salud familiar. La base es transformar los consultorios en centros de salud familiar (CESFAM). Hoy son noventa y tres centros acreditados, lugar en el que se atienden a más de dos millones de personas.

Los equipos de cabecera en forma sectorizada atienden a la población tanto geográficamente como a las familias e individuos, mejorando la cobertura en los CESFAM. El impacto no es inmediato, pero las evaluaciones cualitativas son notablemente superiores. En el resto de los consultorios del país, también se está aplicando la sectorización. El sistema público ha desarrollado esta iniciativa. En el sector privado se está produciendo el mismo fenómeno. No es medicina para pobres, esta es la mejor medicina que se puede dar, es buena medicina para todos.

Se debe seguir avanzando. Se formarán más profesionales de familia y en la medida en que los equipos cumplan con esta formación será posible transformar los consultorios en centros de salud familiar. Se atenderán a todos los usuarios de la Atención Primaria con un enfoque familiar; es decir, un equipo de salud que se especializa, que logra una experticia en las patologías más prevalentes de su población, un experto del seguimiento del contexto en que esto se desarrolla y un experto en el acompañamiento del proceso de la enfermedad.

2.4. ANTECEDENTES DEL CAMBIO DEL MODELO DE SALUD BIOMÉDICO AL NUEVO MODELO BIOPSIICOSOCIAL

En relación al cambio del modelo de atención desde el Biomédico al Biopsicosocial es necesario establecer:

2.4.1 El Modelo Biomédico

Se basa en una concepción patologista, es curativo, es reduccionista, objetivo, separa mente-cuerpo, hace diagnósticos biológicos, establece barreras disciplinarias y los tratamientos son externos al paciente.

2.4.2 El Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial establece que la salud y enfermedad son un continuo, puesto que es preventivo, con un diagnóstico contextualizado, que permite una relación humana, relevante, mediante la cual otorga una atención de salud integral que define el problema de salud. Por otra parte, el modelo estimula la participación social e intersectorial, mediante el trabajo en equipo.

La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del “Trabajo en Red” (Red Asistencial, Comunitaria, Social). En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.

Estos elementos del modelo Biopsicosocial son:

- a. **Prestación de Servicios Integrados:** A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población.

- b. **Resolutividad:** Se traduce en la capacidad del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la Red Asistencial.

Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

- c. **Participación Social:** Distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:

La corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables, del quehacer en salud, según las competencias de la red comunitaria (organizaciones comunitarias de salud, grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud) y el equipo de salud. El control sobre la

calidad, pertinencia de los servicios y prestaciones de salud, el ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos, de generar mecanismos de participación como son los diálogos ciudadanos, los diagnósticos y presupuestos participativos, entre otros.

- d. **La Promoción de Salud en Chile:** Constituye un proceso social y político amplio. No sólo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional. La Promoción de Salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinan su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla.
- e. **Interculturalidad del Sector Salud:** Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud, es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo occidental como el único deseable y válido. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo. En este sentido, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características socioculturales de la población indígena es un desafío que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico, a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales.
- f. **Impacto Sanitario:** El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y al mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista biopsicosocial. Para tales efectos los centros de salud, deben generar la capacidad de establecer metas de resultados en salud, programar las acciones para cumplirlas y evaluarlas en forma sistemática.
- g. **Enfoque de Género:** La aplicación del enfoque de género se fortalece con la participación activa y protagónica de las mujeres y de los hombres a su vez, y que en conjunto juegan un

importante papel al interior de las familias y cada vez más en las organizaciones laborales y comunitarias.

2.4.3 Importancia del Enfoque Familiar en la Transformación del Modelo Biomédico al Biopsicosocial

La transformación de este cambio, le atribuye un especial énfasis al Enfoque familiar, el cual se considera como un elemento relevante dentro de este modelo, el que además busca comprender las distintas interrelaciones entre los subsistemas familiares. Por tanto, permite comprender las diferentes situaciones que vive cada individuo y cada familia, conocer el entorno o contexto de sus usuarios, ya que considera los aspectos subjetivos del proceso salud- enfermedad y es un coordinador de recursos para el beneficio de los usuarios.

Este modelo de enfoque familiar, está comprometido con las personas, se preocupa de los distintos grados de riesgo, se considera parte de una red comunitaria y de salud y comprende el contexto de la situación de la familia. Cada contacto es una ocasión para la prevención, ya que ve al conjunto de su población como una población con distintos riesgos y logra un mayor cumplimiento de indicaciones para curación o rehabilitación.

El modelo permite y favorece una mejor utilización de los recursos familiares, debido que permite que las acciones de salud tengan un mayor impacto en cuanto a prevención de aparición de daños en salud.

2.5. El Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios

A continuación se explican los elementos de mayor importancia sobre el Modelo de Gestión Hospitalaria.

2.5.1 La Gestión Hospitalaria y el Modelo de Atención Integral en Salud

El nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el modelo de atención integral en Salud²⁷. Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población Chilena. Las deficiencias del modelo de atención, obligaron a hacer transformaciones orientadas hacia la maximización del impacto sanitario: el énfasis en la promoción y el control de factores de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de enfermedades con énfasis en la pesquisa oportuna o el diagnóstico precoz de éstas; la resolución integral de los problemas de salud, mayoritariamente en forma ambulatoria, incorporando, además mecanismos de financiamientos que incentivarán la atención ambulatoria y el uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada.

El modelo de atención es la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. El modelo de atención en el ámbito público consiste en un conjunto de redes territoriales que dan cuenta de la acciones de promoción de salud, prevención, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia y emergencia.

²⁷ Documento Modelo de Atención Integral en Salud, Minsal, 2008.

2.5.2 El Nuevo Contexto para la Gestión de los Establecimientos Hospitalarios

La actual legislación propugna un modelo de organización hospitalaria, eficaz y eficiente, capaz de responder a las prioridades sanitarias definidas por la autoridad a través de su Red Asistencial, a los requerimientos de sus usuarios, y configurada como un sistema vivo y abierto, claramente influido por y proyectado a los valores de las personas que componen la organización y su entorno.

2.5.3 Organización Hospitalaria y Gestión Estratégica

Un establecimiento hospitalario es una organización con algunas particularidades. Hoy día se acepta que una organización cualquiera es el conjunto de personas que la conforman, que interactúan para el logro de determinados objetivos, que se expresan en resultados. Esta definición no es menor puesto que hasta hace algunos años, se identificaba la organización con la estructura más que con las personas que la constituyen. Hoy día, se avanza hacia organizaciones en las cuales su principal activo son las personas que la constituyen²⁸.

2.5.4 Gestión Estratégica y Cambios Institucionales

Cuando un grupo humano tiene la oportunidad de vivir la confluencia de un buen líder, de una misión seductora construida desde los valores de las personas y de un plan de acción compartido, está en medio de una oportunidad de cambio organizacional.

El director y mejor aún, el equipo directivo, es un grupo líder multidisciplinario, que debe movilizar a su organización en el cumplimiento de su función pública, la cual debe ser incorporada en carácter de misión institucional y traducida a objetivos estratégicos precisos y

²⁸ Documento Modelo de atención integral en salud, Minsal, 2008.

verificables. Para el cumplimiento efectivo de su misión, el equipo directivo debe comprometer a toda la organización para que, repasándose constantemente a sí misma, responda efectivamente a las necesidades de salud requeridas desde la red; se adapte con éxito a las condiciones socioculturales, económicas y políticas del medio; cumpla con los objetivos de producción requeridos por la Red Asistencial; se posicione adecuadamente en la percepción ciudadana como proveedor de calidad; y dé cuenta ante la comunidad y los organismos públicos pertinentes (políticos y de financiación) de los resultados obtenidos con los recursos disponibles.

CAPÍTULO N° III
“ANTECEDENTES DE LOS HOSPITALES
COMUNITARIOS”.

3.1. ANTECEDENTES GENERALES Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS

Según el nuevo marco legal, los hospitales de baja complejidad pasan a formar parte de la estrategia de Atención Primaria, en forma explícita, ello implica que su rol en la Red Asistencial es semejante al de los Centros de Atención Primaria (CES, CESFAM), es decir, ser primer y más permanente contacto, otorgar cuidado continuo y coordinado en la red de salud, enfatizar las acciones de promoción y prevención en salud y abrirse al trabajo e interacción con la comunidad y el intersector. Estos establecimientos pueden solicitar apoyo especializado cuando el caso lo requiera (derivaciones). Sin embargo, desde su historia y origen como hospitales, conservan ciertas características que a su vez los distinguen de los centros de APS, CES, CESFAM y CECOF, por ejemplo, la atención cerrada, la atención de urgencia y aún la atención de especialistas como se ha observado en algunas redes.

El accionar de los Hospitales Comunitarios de salud familiar, se basa en el Modelo de Atención integral con enfoque familiar y comunitario, basado en los principios del enfoque biopsicosocial y sistémico²⁹. En este marco se busca crear una relación de continuidad del equipo de salud con una población a cargo, que les permita manejar los factores determinantes de la salud, potenciar factores protectores, crear las condiciones para una efectiva promoción de la salud y responder de manera contextualizada e integrada, a las necesidades de atención de salud, de dicha población.

De acuerdo al tipo de atención que estos establecimientos deben realizar, se distinguen las siguientes:

²⁹ Modelo de atención integral en salud DIGERA Minsal 2005

3.1.1 Atención Abierta:

El Hospital Comunitario, tiene como finalidad dar atención de calidad a su población a cargo a través de su equipo de cabecera, el que, el número o coeficientes técnicos para este ámbito será concordado caso a caso, según metodología de inversiones. Además en relación a los equipos transversales, descritos anteriormente, deberá propenderse a la adecuación de los servicios de apoyo: que corresponden a los servicios específicos de apoyo otorgados a todas las acciones del establecimiento y por ende a la población adscrita: laboratorio, esterilización, bodega, vacunatorio, farmacia, aseo, administración, etc. que complementan la labor global del Establecimiento. Las personas que efectúan estos servicios estarán compenetradas con el Modelo y tendrán flujos de coordinación claros con los equipos de cabecera y transversales.

Dentro de esta adecuación es de vital importancia una redefinición y reorganización del SOME de manera de cumplir con el objetivo de poner al servicio del equipo de cabecera la información y los registros que facilitan su quehacer. Habitualmente se sectoriza e incorpora registros de familia.

Los cambios sostenibles de estilos de trabajo y relacionales, en situaciones como la presente, se logran cuando la afectividad de las personas está comprometida en el cambio, por ello es de vital importancia que se haga un diagnóstico democrático y participativo sobre las competencias necesarias para el desarrollo del Modelo instaladas en el equipo, para así establecer la brecha y poder abordarla en el Plan de Capacitación, que el Servicio de Salud debe generar, procurando respetar las características, conocimientos y experiencias previas de los trabajadores. Este Plan debe abarcar a todos los estamentos del centro, aún cuando se trate de trabajadores que sólo se ocupan de la atención cerrada.

Este tipo de atención debe considerar:

1. Realizar las actividades definidas en Plan de Salud Familiar, considerando las Orientaciones para la Programación Local³⁰ en las cuales deben recogerse especialmente las orientaciones de inclusión de los ámbitos de interculturalidad, en todos los aspectos de funcionamiento del establecimiento.
2. Reflejar en la programación de cada establecimiento las prioridades locales, emanadas de los diagnósticos de salud participativos considerando la información, etnológica, socio cultural, demográfico y epidemiológico.
3. Desarrollar trabajo comunitario e intersectorial de acuerdo a las estrategias de Atención Primaria.
4. La resolución de especialidades se realizará de acuerdo a las definiciones de la red.
5. Evaluar continuamente la capacidad de respuesta a las necesidades, identificando brechas y generando estrategias de ajuste, en estrecha coordinación con la red comunitaria y asistencial.
6. Incorporar la actividad docente en el quehacer del Centro, como una forma de actualización y mejora de calidad, contribuyendo a la formación de pre y post grado de las carreras de la salud, de acuerdo a los convenios existentes en la red.
7. Fomentar el auto cuidado en salud, manteniendo un sistema de educación en salud, información y orientación al usuario, que permita aumentar su empoderamiento en las decisiones en materia de su propia salud, la de sus familias y su comunidad.

3.1.2 Atención Cerrada:

Este tipo de atención debe considerar:

1. Cada Red Asistencial deberá definir el número y tipo de cuidados que brinda. La gestión de estas camas se hará bajo la Modalidad de Camas Indiferenciadas con Gestión Centralizada. Los protocolos de atención y derivación deberán ser establecidos por el Gestor de Redes.

³⁰ Documento anual Subsecretaría de Redes Asistenciales

2. Velar por la más rápida recuperación del paciente acortando el tiempo de alejamiento del entorno familiar, disminuyendo los riesgos y costos asociados.
3. La internación de una persona estará determinada por las condiciones de la patología propiamente tal, la situación familiar, la situación geográfica del domicilio y las posibilidades del equipo de salud de resolver adecuadamente el problema de salud.
4. Existe la alternativa, que un episodio de enfermedad pueda ser atendido en el hogar de la persona, en la modalidad de cuidados domiciliarios, definidos en conjunto con la red. Es preciso que esta modalidad de atención, cumpla con los siguientes requisitos³¹:
 - La atención debe ser aceptada por la familia y debe contar con mecanismos financieros que permitan no aumentar el gasto de la familia o los cuidadores.
 - Se asegure la entrega a la familia, de equipos e insumos necesarios para los cuidados del paciente.
 - Se asegure la realización de la visita médica.
 - Se provea de capacitación permanente a la familia o los cuidadores.
 - Se reingrese al paciente en caso de claudicación familiar o complicaciones de la patología.
 - Cuente con un sistema de consulta y resolución de dudas para los cuidadores y la familia.
5. En algunos hospitales comunitarios de salud familiar es posible considerar la realización de cirugía mayor electiva por parte de médicos especialistas, de acuerdo a las definiciones realizadas por el Servicio de Salud, siempre y cuando se cuente con los recursos materiales y el equipo de salud adecuado y se asegure la calidad, seguridad y la optimización del uso de los recursos de la Red.
6. Será función de la red definir si se realizará atención de parto en el establecimiento y los protocolos y las condiciones operativas para su atención, considerando las características de cada establecimiento y tomando en cuenta los factores culturales, geográficos, de

³¹ Documento "Hospitalización Domiciliaria" MINSAL- División de Planificación y Presupuestos- Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial 2002

transporte, accesibilidad, calidad, seguridad y la optimización de los recursos de la Red. Si se opta por no hacer este tipo de prestación el servicio de emergencia debe estar habilitado para la atención de partos de urgencia.

7. La estrategia del Hospital Amigo, que se constituye como un derecho, deberá realizarse toda vez que la situación del usuario y/o su familia lo permitan³².
8. Se debe incorporar el enfoque familiar y comunitario a las prestaciones de atención cerrada, se recomienda incluir prestaciones de atención abierta a la atención cerrada como son las consejerías familiares y entrega de Guías Anticipatorias durante la hospitalización.
9. Algunas actividades de atención cerrada: hospitalización abreviada para adulto, hospitalización diurna, descompresión de los hospitales de mayor complejidad, respuesta a demandas emergentes, educación permanente al paciente y su familia.

El número de camas existentes se cuantificará y establecerá a través de un acuerdo entre los equipos técnico del MINSAL y el Gestor de Redes, caso a caso, de acuerdo a elementos epidemiológicos y del índice ocupacional de camas, observando series temporales y otros elementos relevantes como extremo aislamiento de la zona y complementariedad con otros establecimientos de la red electiva.

En el caso de otros servicios de apoyo como farmacia; bodegas; SOME; laboratorios, administración se entienden como servicios comunes, que prestan apoyo tanto a la atención abierta como cerrada.

Acoger a la familia y comunidad en el acompañamiento de sus familiares cuando ellos requieran atención cerrada, conforme a lo prescrito en programa Hospital Amigo³³.

³²MINSAL, DIGERA, Dpto. Modelo Hospitales Minuta Hospital Amigo, octubre de 2007.

³³ Minsal- Digerá-Departamento hospitales “hospital amigo” diciembre 2006.

3.1.3 Atención de Urgencia:

Las prestaciones de urgencia que se otorguen en estos establecimientos, serán aquellas que estipule el Servicio de Salud, las cuales deben estar respaldadas por protocolos o guías clínicas concordadas con la Red Asistencial.

La consulta de urgencia – emergencia, como se sabe encierra dos conceptualizaciones. La consideración subjetiva, del demandante que es la que lo hace concurrir a solicitar atenciones para lo que él estima que requiere atención inmediata impostergable, a la cual se llama “urgencia” y en paralelo la consideración o valoración que los técnicos clínicos de salud hacen de su problema y que dependiendo de su naturaleza y riesgo se denominará “emergencia”. Ambas miradas deben ser acogidas, la atención de urgencia propiamente tal se construye desde la subjetividad del usuario, en cambio la atención de emergencia es la que los clínicos califican como tal.

A la atención de urgencia que tradicionalmente se ha otorgado en los establecimientos se ha agregado actualmente un componente conocido como Atención Pre-hospitalaria y que corresponde a aquella atención que se otorga antes que el usuario sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, en lugares de asistencia masiva, en domicilio), la que deben realizar los hospitales comunitarios, ya que son ellos los que se encontrarán más cerca del evento mientras se coordina la llegada del SAMU según sea la gravedad del paciente.

Estas instancias, sumadas a la atención en las Unidades de Emergencia Hospitalaria UEH, constituyen la red de atención de urgencia.

A la red de urgencia le corresponderá además de las atenciones de urgencia habituales que los establecimientos hacen en el contexto de las necesidades de su Red Asistencial, estar preparados para reaccionar coordinadamente con las autoridades locales, regionales y nacionales ante accidentes, incendios, y catástrofes naturales.

Este sistema o red de urgencias, integrada por los dispositivos Servicios de Urgencia Rural (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) y el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), desplegada en el país, además de las atenciones de urgencia que se entregan en cada establecimiento, aún sin tener estos servicios como una estructura independiente, requieren una coordinación permanente para educar a su población para realizar un uso racional de la misma, con utilización de cada uno de sus componentes que sea el más pertinente según el grado de resolutivez de cada instancia.

Las prestaciones de urgencia que se otorguen en estos establecimientos, serán aquellas que estipule el Servicio de Salud, las cuales deben estar respaldadas por protocolos o Guías de Práctica Clínica concordadas con la Red Asistencial.

Para la organización misma de las atenciones y su racionalización se requerirá que existan protocolos locales donde se señalen los niveles de resolutivez de cada componente y que en cada uno de ellos se maneje conceptos básicos de triage, que les permita atender a todas las demandas de atención priorizadas según el mérito de sus riesgos.

Los sistemas de atención de urgencia para funcionar de manera adecuada, requieren de recursos humanos profesionales y no profesionales especialmente adiestrados en el manejo de la emergencia, así como sistemas de comunicación y transporte con características distintivas.

Independientemente de la composición de los equipos humanos de atención pre-hospitalaria, todos sus integrantes deben cumplir con un requisito de capacitación en el manejo de la emergencia médica, siendo la certificación de aprobación satisfactoria del o los cursos específicos, una condición básica de su acreditación para poder desempeñarse en este sistema de atención. La certificación de estas capacitaciones deberá ser otorgada por el Servicio de Salud correspondiente y/o la institución u organismo que éste determine.

Los Servicios de Atención de Urgencia en Hospitales de Baja Complejidad que brindan atención de urgencia/emergencia del Hospital de baja complejidad, son (al igual que los Servicios de

Atención Primaria de Urgencia SAPU) un componente de la Red de Urgencia y como tal debe asegurar el acceso oportuno, equitativo y con calidad a este tipo de atención, en los lugares donde éstos están emplazados, resolviendo los problemas de salud presentados de acuerdo a la capacidad resolutive o bien derivando a otro establecimiento de manera coordinada cuando la resolución no es alcanzable en ese hospital de baja complejidad. El parto estará incluido entre los eventos urgentes a resolver.

El nivel de resolución debe ser definido por el Director del Servicio de Salud de acuerdo a la necesidad de esa Red Asistencial en particular.

Otra prestación que deberá considerarse es la acogida a la atención de víctimas de maltrato, ofreciendo para ello, las mejores condiciones posibles de privacidad en el acogimiento, según Norma establecida³⁴, así como también a las víctimas de abuso sexual³⁵.

En el diseño de la atención de urgencia el establecimiento debe contar con un modelo de atención que le permita identificar el tipo de urgencia y la prioridad con que el paciente debe ser atendido (TRIAGE) o priorización unificada para consultas de urgencia del adulto (categorización)³⁶, a fin de optimizar la calidad de la atención y la satisfacción del usuario.

3.1.4 El Equipo de Salud:

Cada gestor de red en conjunto con los equipos locales, debe definir las competencias del equipo de salud del establecimiento de acuerdo al modelo de atención y los servicios que otorgará. Del mismo modo deberá determinar las necesidades de formación y capacitación que se necesita, para

³⁴“MINSAL, División de Programas en Salud, Manual de Apoyo Técnico para las acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar”1997.

³⁵ MINSAL, División de Salud de las Personas, Unidad Salud Mental “Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Infantil Niños y Adolescentes en los Servicios de Urgencia” 1998.

³⁶ Priorización unificada para consultas de urgencia del Adulto en la Región Metropolitana 2004

dar respuesta a todos los requerimientos del Plan de Salud Familiar y demás prestaciones especificadas.

Los equipos de salud estarán calificados para: desarrollar acciones de prevención, formular y confirmar diagnósticos, instaurar los tratamientos que se requieran, utilizar tecnología apropiada, manejar adecuadamente los recursos, realizar una derivación adecuada y oportuna al resto de la Red Asistencial.

El establecimiento deberá contar con toda la gama de profesionales necesaria para cubrir la cartera de servicios, definida en el Plan de Salud Familiar, el AUGE y las adicionales establecidas por el Servicio de Salud para la población que atienden.

Para establecer la dotación de Recursos Humanos que cubrirá la cartera de servicios es preciso tener en cuenta la distribución etárea, la demanda expresada y la demanda potencial en algunos casos, además de las recomendaciones técnicas en cuanto tasa de consulta, coberturas, concentraciones, es decir, la programación de actividades. Por último, para el caso de las prestaciones cerradas, la Ley de Autoridad Sanitaria establece asignaciones de turno para el personal que se desempeña en labores intramurales cubriendo actividades los días inhábiles incluido en horarios nocturnos³⁷.

Respecto a lo anterior y producto del cambio de modelo de atención que se prevé para los establecimientos de baja complejidad, cambiando el énfasis desde lo intramural hacia lo ambulatorio y al reducirse el número de camas, a índices de ocupación funcionales para cada establecimiento, según lo establezcan los correspondientes gestores de redes, será labor de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, transformar, mediante una ley ad-hoc las asignaciones por turnos en asignaciones por trabajo comunitario u otra similar. Lo anterior con el fin de no deteriorar las rentas de los funcionarios de los establecimientos en reforma.

³⁷ Ley 19.937, Título V, art.72

3.1.5 Infraestructura y Equipamiento:

La infraestructura existente se hace insuficiente para el nuevo concepto del Modelo, por lo que se hace necesario optimizar y adecuar los espacios que actualmente están ocupados por camas con menor uso, esto con el objetivo de crear espacios para:

- Sectorización (SOME).
- Espacios de acogida y recepción de usuarios (SOME).
- Espacios para interactuar con las familias.
- Integrar la gestión del Hospital Comunitario con la gestión municipal del territorio (salas multiuso)
- Interacción del equipo de salud (salas de reuniones)
- Apoyo espiritual (espacio ecuménico habilitado de manera ad-hoc y permanente).
- Acompañamiento de las familias a los usuarios (baños, espacios de espera con sillones y comodidades mínimas)
- Apoyo de las familias al cuidado de los usuarios
- Señalética adecuada.
- Modificaciones para discapacitados.

Es relevante revisar el equipamiento tanto para la capacidad resolutive como para los nuevos enfoques:

- La cartera de servicios de cada establecimiento determinará el tipo de equipamiento a adquirir.
- TIC-Salud, como se ha visto es necesario avanzar para que en el mediano plazo se pueda efectuar aplicaciones avanzadas en este ámbito, lo que en primera instancia estará supeditada a los recursos con los que cuente el sistema y aspectos técnicos relacionados con la conectividad de los establecimientos y definición de estándares para su implantación exitosa.

3.1.6 Características Principales de los Hospitales Comunitarios

Dentro de las principales características de los cinco hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble tenemos que:

a. Hospital Comunitario de Coelemu

Establecimiento ubicado hacia el sur oeste de Chillán, al cual se accede por carretera pavimentada en un recorrido de 105 Km. aproximados. Se caracteriza por su cercanía a Tome (VIII Región), por numerosos sectores rurales, algunos de ellos de difícil acceso al establecimiento.

Director: Ronald Riffo, Administrador Público.

Subdirector Médico: Dra. Ingrid Luengo.

b. Hospital Comunitario de Bulnes

Establecimiento ubicado a 23 Km. de Chillán, se accede directamente por la carretera Sur, ubicada en el valle central de la provincia, caracterizada por ser una ciudad con baja ruralidad y con desarrollo más avanzado, ya que al estar junto a la carretera le permite mayor conectividad.

Directora: Dra. Loreto Vivallos, Odontóloga.

Subdirector Médico: Dr. Ricardo Kreisel.

c. Hospital Comunitario de Yungay

Establecimiento ubicado a 76 Km. de Chillán, al sur este internado en la precordillera de los Andes, se accede por carretera pavimentada. Ciudad caracterizada por su actividad agrícola y forestal de empresas privadas.

Director: Carlos Zapata, Administrador Público.

Subdirector Médico: Dr. Richard Castillo.

d. Hospital Comunitario de Quirihue

Establecimiento ubicado a 72 Km. de Chillán, al cual se accede por carretera pavimentada, ciudad ubicada en el secano costero de la provincia, caracterizada por una alta ruralidad, dispersión de la población e índice de analfabetismo.

Directora: Soledad Valdés, Ingeniero Civil Industrial.

Subdirector Médico: Dra. Claudia Campos.

e. Hospital Comunitario de El Carmen

Se encuentra ubicado al sur-este de la ciudad de Chillán, distante a 42 Km. unidos por una vía pavimentada. Se caracteriza por el alto nivel de pobreza y de ruralidad lo cual dificulta el acceso al sistema de salud.

Director: Nolasco Pérez, Administrador Público.

Subdirector Médico: Dr. Jorge Luengo.

Figura N° 1: Mapa Ubicación Hospitales Comunitarios



Fuente: Servicio de Salud Ñuble, 2007

3.2. DIAGNÓSTICO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS HOSPITALES COMUNITARIOS

La importancia de la Planificación Estratégica radica en la capacidad de observación y anticipación al futuro, permite hacer un alto en el diario quehacer y planificar el accionar con una mirada a largo plazo, representa un patrón de objetivos, propósitos y metas, así como las políticas y los planes principales para alcanzar estas metas, presentándolos de tal manera que permitan determinar claramente cual es el norte, los usuarios objetivos, las carteras de servicios, entre otros.

Actualmente a modo de diagnóstico es posible establecer que los cinco Hospitales Comunitarios cuentan con un Plan Estratégico vigente, y en pleno proceso de implementación, el cual fue elaborado por los equipos locales con el apoyo de la Dirección de Servicio, constituyéndose en el proceso formal de prioridades estratégicas para los próximos tres años a contar del año 2007.

A continuación se hará una breve descripción y análisis de los datos más relevantes de la Situación Actual de la Planificación Estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de Salud Familiar de la Provincia de Ñuble.

3.2.1 Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Bulnes

En un comienzo la elaboración de la Planificación Estratégica de este establecimiento se remonta al año 2005, donde en su confección participaron los líderes estratégicos que conformaban el equipo de trabajo que guiaba el funcionamiento hospitalario en las distintas áreas de intervención y desarrollo de la gestión del establecimiento. En el proceso de planificación del año 2005 participaron los diversos actores del quehacer de la institución representado por sus funcionarios y funcionarias, jefaturas, dirigentes gremiales y representantes comunitarios quienes definieron

los ejes centrales que estructuran los lineamientos orientadores de la gestión del Hospital de Bulnes.

Durante el año 2007, el equipo estratégico a contar del mes de julio comenzó el proceso de análisis organizacional para establecer un diagnóstico de la situación actual y determinar de esa forma las estrategias que se debieron desarrollar para lograr el cumplimiento de las metas, objetivos e iniciativas que permitiesen abordar las diversas brechas en las unidades de gestión claves del establecimiento que apuntan a cumplir la misión, visión y valores establecidos por el Hospital de Bulnes en un proceso de definición previo altamente participativo.

Es importante mencionar que dicho proceso de continuidad del Plan Estratégico del Hospital de Bulnes, se ha alineado a los objetivos sanitarios de la década, la Planificación Estratégica del Servicio de Salud Ñuble y en general a todas las políticas públicas de salud vigentes; cabe destacar que las principales estrategias que se establecieron para el trienio 2007-2100 están orientadas a desarrollar el Trabajo en Red, la instalación del Modelo de Salud Familiar, la Acreditación Sanitaria y cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.

El documento de continuidad de la Planificación Estratégica comprende los diferentes aspectos de la Gestión del Hospital en cada una de sus áreas; rescata además el trabajo desarrollado durante el año 2005 donde se concretó un primer diagnóstico organizacional de los establecimientos de la red del Servicio de Salud Ñuble y se redefinió la visión de los Hospitales de Baja Complejidad en el contexto de la Reforma de la Salud.

Para el logro de los factores mencionados anteriormente, se diseñó una serie de estrategias, para difundir, validar y evaluar los Planes de Trabajo los cuales fueron diseñados para ser evaluados anualmente.

La Visión que posee actualmente el Hospital de Bulnes es la siguiente:

“Ser el Hospital tipo IV, líder e innovador del Servicio de Salud de Ñuble, con calidad reconocida por su comunidad”.

Siguiendo con esta postura, la Misión se estableció de la siguiente manera:

“Entregar atención de salud de calidad, oportuna y resolutive, a través de un equipo innovador, sano y amable, siendo líder de una Red Asistencial funcional, en conjunto con la comunidad, contribuyendo así a mejorar el nivel de vida de la población de Bulnes y el área sur de Ñuble, basado en las políticas y normativas de salud vigentes”

Entre los Objetivos que persigue La Planificación Estratégica de este Hospital se destacan:

- Avanzar en el proceso de Acreditación Sanitaria de las distintas unidades del Hospital de Bulnes.
- Definir la organización interna del Hospital de Bulnes, de acuerdo a su nivel de resolutiveidad y en el contexto del desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Acreditación Sanitaria.
- Dotar al Hospital de Bulnes de una Unidad de Recursos Humanos organizada, ordenada, con definición y análisis de procesos internos que permita mejorar la distribución y organización de todo el RR.HH. que se desempeña en el Hospital de Bulnes.
- Perfeccionar el sistema de registro para la obtención de información en forma expedita, oportuna y de apoyo directo al mejoramiento de la gestión del establecimiento.
- Implementar políticas de reclutamiento, selección, inducción y desvinculación del personal de acuerdo a los lineamientos estratégicos vigentes sobre manejo de Recursos Humanos.
- Avanzar en la implementación y fortalecimiento de una Red Asistencial fluida, organizada y coordinada que satisface oportunamente las necesidades de salud de la población beneficiaria del Servicio de Salud Ñuble.

- Avanzar en la Implementación del Modelo de Salud Familiar y avanzar en la Implementación Estrategia Hospital Amigo.
- Avanzar en la implementación de sistemas de información para el fortalecimiento de la Gestión Clínica y Administrativa que contemple el monitoreo de productividad v/s gastos, ejecución y cumplimiento programático en la Atención Primaria, ausentismo laboral y salud ocupacional.
- Fortalecer el rol de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias en la Gestión del Hospital de Bulnes.
- Implementar y actualizar procedimientos de Auditoría Clínica.

La Planificación Estratégica del Hospital de Bulnes fue aprobada por el Servicio de Salud de Ñuble el 26 de Noviembre de 2007 bajo resolución Exenta N° 959 con vigencia hasta el año 2010, fecha en la cual se espera haber cumplido con todos los objetivos y las metas propuestas.

Desde la implementación de cada una de las actividades se ha requerido del esfuerzo y trabajo de las personas que dan vida a la Organización, las cuales basadas en los valores del Establecimiento Hospitalario (Equidad, Responsabilidad, Respeto, Empatía, Amabilidad, Tolerancia) y en conjunto con el compromiso firme de las autoridades del sector para gestionar los recursos económicos necesarios que permitan sortear las brechas de infraestructura física, tecnológicas, materiales y de Recursos Humanos disponibles se ha ido buscando el poder garantizar una atención de salud integral, equitativa, eficiente y de calidad técnica y humana.

3.2.2 Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de El Carmen

Esta entidad esta integrada por 96 personas, de las cuales 61 son mujeres (69%). Al ser el servicio público de la comuna más concurrido, también es sobre el cual hay mayores expectativas y

mayores exigencias, es por lo anterior que se debe organizar de la mejor forma el servicio entregado, velando por la eficiencia y la eficacia, que dé como resultado una mejor calidad para el usuario.

Siguiendo el lineamiento impulsado por el Servicio de Salud Ñuble, como metodología de trabajo participativo con mesas de trabajo, se fijó:

“Involucrar y construir junto a los participantes una visión compartida de la planificación estratégica, como una herramienta de trabajo útil y necesaria para asegurar el éxito de la gestión del Servicio de Salud Ñuble”,

El lineamiento del Servicio de Salud tiene como principales objetivos los siguientes:

1. Identificar los desafíos pendientes del Servicio de Salud de Ñuble para el año 2010.
2. Establecer los lineamientos estratégicos del 2007 al 2010 del Servicio de Salud de Ñuble.
3. Validar, sociabilizar y difundir el Plan Estratégico.

Considerando lo dicho anteriormente, los directivos desarrollaron una Planificación Estratégica que ayudara a alcanzar sus objetivos en pos de los del Servicio de Salud de Ñuble y el MINSAL.

La actual Planificación Estratégica del Hospital de El Carmen fue aprobada el 13 de noviembre del 2007 bajo la Resolución Exenta N° 443 con vigencia hasta el año 2010.

No está demás mencionar la actual Visión y Misión del Establecimiento Hospitalario para que se entiendan más claramente los fines que este Hospital persigue.

Visión:

“Liderar y acercar la salud a la familia de la comunidad de El Carmen y sus alrededores, para mejorar su calidad de vida, a través de una atención humanizada e integral, basadas en acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación con trabajadores comprometidos con vocación de servicio”.

Misión:

“Ser el mejor Hospital Tipo IV, reconocido por su humanidad, trabajando con la familia y la comunidad”.

Los Objetivos más destacables de este establecimiento hospitalario son los siguientes:

- Identificar las brechas de estándares de calidad para efecto de las prestaciones que se otorga a los usuarios.
- Elaborar un documento que asigne la dirección técnica del laboratorio atribuyendo funciones y responsabilidades.
- Elaborar un documento formal que describa las funciones de cada auxiliar paramédico.
- Restringir el acceso al laboratorio sólo a personal autorizado el cual debe quedar señalado apropiadamente.
- Definir áreas de trabajo en los cuales se separen según riesgo biológico (áreas administrativas, limpia, sucia, preparación de material).
- Contar con un Comité de Adquisiciones el cual será aprobado a través de resolución en donde se indicarán sus integrantes, dicho comité se reunirá periódicamente para realizar

evaluaciones de los procesos de adquisiciones para así buscar mejoras en los procesos y dar transparencia.

- Contar con programas y planes de mantenimientos y reparaciones de equipos médicos y/o otros equipos los cuales deben ser actualizados cada vez que se requiera.
- Desarrollar procesos de selección del personal sobre la base de criterios objetivos y transparentes.
- Elaborar procesos de Inducción y desvinculación de los funcionarios.
- Diagnosticar el clima Organizacional y contar con el plan de mejora.
- Elaborar un Protocolo aprobado con las Políticas de Capacitación para el Hospital El Carmen.
- Acreditar anualmente la planta profesional a través de las capacitaciones para la carrera funcionaria e incentivos
- Mantener un equilibrio permanente entre ingresos y egresos de operación del establecimiento.
- Desarrollar procedimientos de cobranza y recaudación expedita que permitan recuperar y mejorar la recaudación de los ingresos propios.
- El Hospital desarrollará una política de mantención preventiva de los equipamientos e infraestructura en forma progresiva.
- Mejorar la calidad y condiciones de espacio de trabajo del personal del área contable y abastecimiento que desarrolla labores en una misma oficina.
- Utilizar el portal de compras públicas.

- Inventariar todos los bienes muebles.
- Designar un profesional que realice la función de monitorear la demanda en el establecimiento.
- Tener mecanismos de coordinación formales y de funcionamiento sistemático entre el hospital y los establecimientos de la red respecto de la articulación de la red de urgencia.
- Contar con un registro de listas de espera actualizado.
- Realizar gestiones para mejorar la pertinencia, con los establecimientos de la micro red.

El establecimiento hospitalario con la creación de su Plan Estratégico busca alcanzar sus nuevos desafíos que están orientados a continuar con la gran oportunidad de la Reforma de Salud, con énfasis en el trabajo en red y en el cumplimiento de las patologías GES. Otro punto relevante ha sido el poder generar un fortalecimiento del equipo de trabajo para la concreción de iniciativas de inversión que conduzcan en el avance de la resolutivez, dotándolo de más tecnología y equipamiento y a mejorar su infraestructura. Siguiendo en la búsqueda de mejoras en la calidad del servicio brindado se busca, además, avanzar en la participación social como instancia de trabajo conjunto entre la comunidad y el establecimiento. Y por último se desea continuar con el cumplimiento de los objetivos sanitarios impulsados por el gobierno para la década 2000-2010 mejorando los logros sanitarios, enfrentando los desafíos derivados del envejecimiento de la población, disminuyendo las desigualdades en salud y proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

3.2.3 Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Yungay

El año 2005, se inicio un importante proceso de Planificación Estratégica en el establecimiento, guiados por docentes y/o profesionales de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Chile y por profesionales de la Dirección del Servicio de Salud Ñuble.

Posteriormente el año 2006, se trabajó bajo las orientaciones de la Planificación Estratégica, elaborando un plan de trabajo, el cual no se alcanzó a cumplir a cabalidad, sin embargo mostró los primeros indicios de lo que vendría el año 2007 con la Planificación trienal.

Finalmente el 29 de octubre del año 2007, después de haber realizado un diagnóstico de la situación actual para identificar los factores más relevantes a considerar y que ayudasen a realizar el logro de la continuidad de la Planificación Estratégica se logra su materialización y aprobación legal mediante la Resolución Exenta N° 340 para el trienio 2007-2010 (junto con el plan para el año 2008, el cual seria evaluado a fines de ese año y se construiria el del 2009 para continuar con el proceso hasta el año 2010) la cual busca (al igual que todos lo hospitales comunitarios) el logro de la Acreditación Sanitaria, definir claramente la forma como se organiza internamente, el informar a los usuarios de la prestaciones que se entregan y la disposición para recibir sugerencias y/o reclamos y por último el deseo inmediato de transformarse de un Hospital de Baja complejidad a un Hospital Comunitario con un enfoque de salud familiar.

En dicho proceso altamente participativo de Planificación Estratégica se definió la Misión, Visión y Valores del establecimiento, los cuales han guiado el accionar del establecimiento.

Visión:

“Ser un Hospital líder, con enfoque de salud familiar, amigable, acogedor y resolutivo, reconocido por la comunidad”.

Misión:

“Liderar las acciones en salud tendientes a mejorar la calidad de vida de la población de Yungay y sus alrededores a través del mejoramiento continuo de la capacidad Técnico – profesional, con la participación de la comunidad organizada con énfasis en la satisfacción integral del usuario”.

Cabe destacar que este hospital junto con el de Quirihue son los únicos que cuentan con valores en su Planificación Estratégica. Dichos valores son los siguientes:

- Equidad
- Confianza
- Solidaridad
- Eficiencia
- Compromiso

Entre los Objetivos primordiales de este establecimiento se pueden mencionar:

- Eliminar las brechas de estándares de calidad para efecto de las prestaciones que otorga el establecimiento a sus usuarios.
- Elaborar Plan estratégico de Abordaje de las brechas identificadas a través de las Pautas de acreditación.
- Poseer programa y/o plan de mantención y reparación de todo el equipamiento del establecimiento.
- Instalar con el mayor de los éxitos el nuevo Modelo de gestión clínica.

- Optimizar lo mejor posible la Atención de Urgencia.
- Contar con un sistema establecido para la entrega de información a usuarios y recepción de reclamos y sugerencias.
- Contar con políticas de gestión de RRHH, que permitan uniformar y/o estandarizar los procesos de reclutamiento, selección, inducción y desvinculación de personal
- Efectuar un seguimiento del trabajo de clima laboral.
- Mantener personal competente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.
- Implementar un sistema de control eficiente del Presupuesto Anual del establecimiento.
- Mejorar la gestión de inventario en el establecimiento.

3.2.4 Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Coelemu

Esta Planificación Estratégica se ha realizado con la participación de la mayor cantidad de integrantes del equipo local de salud, compartiendo ideas, experiencias, expectativas y llegando a un consenso, sin perder su máximo norte que es la satisfacción usuaria.

Con una metodología 100% participativa se hizo responsable a cada miembro del equipo de realizar su diagnóstico de la situación actual del establecimiento, medir brechas y hacer propuestas de solución. El equipo estratégico está compuesto por todos los jefes de servicios y departamentos, liderados por el Director y con la colaboración permanente de la Enfermera Coordinadora y el Subdirector Médico.

Con la Resolución Exenta N° 2 se da por aprobada recién el 30 de enero de 2008 la Planificación estratégica de este Recinto Hospitalario.

A continuación se presentan los principales factores que conforman la Planificación Estratégica de este Establecimiento Hospitalario.

Visión:

“Ser el mejor Hospital Comunitario con un enfoque de Salud Familiar e Integral y satisfacción usuaria”.

Misión:

“Vigilar y satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población de Coelemu, Trehuaco y Ranquil, trabajando en Red, con un enfoque de salud familiar, entregando un servicio de calidad, en un clima de respeto y tolerancia, con un equipo capacitado y motivado.”

De parte de la Dirección del Establecimiento como del equipo estratégico ha existido siempre el mejor ánimo de lograr los objetivos, como también un gran compromiso institucional y espíritu de responsabilidad. Entre los principales Objetivos se destacan los siguientes:

- Cumplir con todas las Garantías Explícitas de Salud de los casos que se ingresen al establecimiento de acuerdo a las normas establecidas.
- Optimizar los recursos físicos y financieros, acorde con las metas establecidas por el sector.
- Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto.
- Implementar un modelo de gestión de Recurso Humano por competencias en el establecimiento, considerando el ciclo de vida laboral.
- Incorporar la metodología de capacitación y formación con enfoque de competencias en los Planes Anuales de Capacitación del establecimiento.
- Capacitar al Recurso Humano para implementar el Modelo de Salud Familiar.
- Establecer procesos de selección de personal con enfoque de competencias.
- Generar e implementar programas de inducción integral de ingreso al establecimiento y de incorporación al puesto de trabajo.
- Establecer una política de dotación y de perfiles de competencias para el Hospital Comunitario con Enfoque de Salud Familiar (HCSF).
- Implementar las políticas de Calidad de Vida Laboral (CVL) orientadas al autocuidado y a transformar el establecimiento de salud en Lugar Saludable de Trabajo (LST).

- Desarrollar estrategias que promuevan la adaptación al cambio organizacional y la generación de una cultura de la participación institucional y ciudadana.
- Implementar los nuevos modelos de salud familiar en el consultorio adosado de Atención Primaria, potenciando la consolidación y el trabajo protocolizado de los equipos de cabecera para la realización de actividades con las familias y comunidad.
- Estimular el compromiso de las agrupaciones ya conformadas dentro de la comunidad y las autoridades comunales, en el desarrollo del modelo de Salud Familiar, que propicie el sentido de responsabilidad compartida.
- Implementar la estrategia y asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales con un Sistema de Control de Gestión.
- Difundir y promocionar a través de un proceso participativo los lineamientos y metas estratégicas del Hospital de Coelemu por área organizativa, a todos los establecimientos de la micro red.
- Diseñar e implementar un Sistema de Control de Gestión de acuerdo a los recursos existentes.
- Implementar las políticas de Calidad de Vida Laboral (CVL) orientadas al autocuidado y a transformar el establecimiento de salud en Lugar Saludable de Trabajo (LST).
- Desarrollar estrategias que promuevan la adaptación al cambio organizacional y la generación de una cultura de la participación institucional y ciudadana.
- Implementar el nuevo Modelo de Salud Familiar en el consultorio adosado de Atención Primaria, potenciando la consolidación y el trabajo protocolizado de los equipos de cabecera para la realización de actividades con las familias y comunidad.

3.2.5 Planificación Estratégica del Hospital Comunitario de Quirihue

En el marco de la modernización del estado, la Reforma de la Salud plantea como gran desafío lograr un Chile más saludable, con un sistema de salud que sea capaz de anticiparse a los problemas sanitarios a través de políticas y estrategias de promoción y prevención, que garantice a las personas el acceso a una atención integral, oportuna y acogedora.

Los principales ejes de la Reforma de Salud consideran la implementación de la Ley de Autoridad Sanitaria y de Gestión de Redes, el Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES), y avanzar en el Modelo de Atención con base en la Atención Primaria.

Las intervenciones y acciones prioritarias de salud a desarrollar responden a los objetivos sanitarios a cumplir al 2010, los que se constituyen en una referencia obligada para los servicios de salud del país y por ende para los establecimientos de salud. Dichas acciones buscan mejorar y mantener los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos del envejecimiento y de los cambios de la sociedad, disminuir las desigualdades en Salud y proveer servicios acordes con las necesidades y expectativas de la población.

El proceso de planificación estratégica realizado durante el año 2007, es la continuación del proceso iniciado en septiembre de 2004, oportunidad donde el servicio de salud comprometió sus esfuerzos y recursos en el desarrollo organizacional de los hospitales comunitarios (ex tipo 4). En esta oportunidad se realizó un trabajo participativo, con una alta convocatoria y con la consultora del Instituto de Administración en Salud perteneciente a la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Chile.

La formulación e implementación de la planificación y control estratégico del Hospital de Quirihue para el período 2007 – 2010 (aprobado el 25 de octubre de 2007 bajo la Resolución Exenta N° 408) guía las acciones hacia la transformación en un Hospital Comunitario con

Enfoque en Salud Familiar concordante con los lineamientos y la Planificación Estratégica del Servicio de Salud Ñuble, objetivos sanitarios y reforma de salud del MINSAL.

La planificación estratégica de este establecimiento hospitalario deja entre ver además, el trabajo y proceso de modernización de la gestión del Hospital de Quirihue, proceso lleno de aspiraciones, sueños y desafíos de orientar sus recursos, estrategias, acciones y metas para responder responsablemente a los requerimientos actuales y futuros de su población y de la Red Asistencial de Ñuble. El desarrollo de la Planificación estratégica fue fruto del trabajo en equipo del reciente conformado equipo directivo del Hospital de Quirihue, quienes dieron consistencia y forma a los documentos de diagnóstico, metas y planes de las diferentes áreas de trabajo prioritarias en la gestión del hospital en el proceso de transformación del modelo de atención y que responde a los desafíos de la reforma de salud, la gestión y Acreditación Sanitaria, el régimen de garantías explícitas de salud, el modelo de salud familiar, el desarrollo y capacitación del recurso humano y la participación ciudadana.

Determinadas las brechas respecto a los requerimientos y condiciones ideales versus la situación actual del Hospital de Quirihue, se desarrolló el proceso de planificación estratégica, orientando y organizando el trabajo con la planificación estratégica del Servicio de Salud, y las políticas ministeriales. Esta etapa tiene como principal resultado, la elaboración de la visión, misión, valores y objetivos para el periodo 2007-2010 y la definición de planes de trabajo para el año 2008 para todas las dimensiones de la gestión hospitalaria consideradas en el Modelo de atención de un Hospital Comunitario.

Visión:

“Ser un Hospital Comunitario con Enfoque de Salud Familiar, brindando un servicio de excelencia para alcanzar una comunidad Sana y Alegre”.

Misión:

“Brindar una atención integral de salud, en oportuna, equitativa y de calidad a todas las familias de Quirihue y sus alrededores con equipos multidisciplinarios, capacitados y comprometidos con la labor de Servicio Público”

Valores:

- Vocación de servicio
- Empatía
- Respeto
- Honestidad
- Tolerancia
- Solidaridad y
- Compromiso

Principales Objetivos planteados:

- Consolidar el modelo de atención de un Hospital Comunitario con enfoque de salud familiar, organizando y orientando las acciones hacia la prevención y promoción de la salud, fomentando la participación ciudadana y colaboración de redes comunitarias.
- Implementar Modelo de Atención Amable en los Servicios Clínicos del Hospital de Quirihue, integrando a la familia y redes de apoyo en el acompañamiento y cuidado integral, con asesoría y capacitación constante.
- Cumplir el 100% de las garantías GES, manteniendo información oportuna y confiable para la toma de decisiones.

- Mantener un equipo directivo activo, con un rol de planificador y control de la gestión hospitalaria, asesor de la dirección.
- Optimizar la gestión de recursos físicos e inversiones que responda a los requerimientos del nuevo modelo de atención del establecimiento.
- Modernizar la Gestión de Productos Farmacéuticos, eficientando su trabajo y respondiendo a los requerimientos asistenciales de los centros de responsabilidad clínicos y que dé satisfacción a la comunidad.
- Contar con un Modelo de Gestión de Recursos Humanos por competencias, que responda y guíe los procesos de reclutamiento, selección, inducción y desvinculación de los funcionarios y funcionarias.
- Contar con manuales de reclutamiento, selección, inducción y desvinculación, reconocimiento y capacitación de los funcionarios del Hospital de Quirihue.
- Establecer un plan de mejora del clima organizacional y ambientes de trabajo, basado en el diagnóstico, realizado a los funcionarios y funcionarias del Establecimiento.
- Estructurar, organizar y direccionar la función financiera del establecimiento, de tal forma de apoyar la planificación y control de la gestión presupuestaria y financiera del hospital a través de centros de responsabilidad.
- Responder a los requerimientos de bienes y servicios de las unidades clínicas y administrativas del Hospital
- Gestionar los Recursos Financieros del Hospital utilizando la estrategia de Centros de Responsabilidad.

- Mejorar la coordinación y comunicación entre unidades, funcionarios y funcionarias, usuarios y comunidad, Red Asistencial que permita mejorar la gestión hospitalaria.
- Lograr el compromiso de la comunidad y usuarios en la gestión de un Hospital Comunitario con enfoque de salud familiar, generando valor y diferenciación por un modelo de atención amable centrado en el cuidado, promoción y participación ciudadana.
- Establecer la correcta asignación o asignación eficiente de los recursos, alcanzando el equilibrio financiero a través de los Centros de Responsabilidad.

Sin duda, la planificación estratégica es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas en torno al quehacer actual y al camino a recorrer en el futuro.

Tabla N° 2: Resoluciones de Aprobación de la Planificación Estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble

Establecimiento	Resolución
Servicio de Salud Ñuble	N° 2589 del 29 de Octubre de 2007
Hospital El Carmen	N° 443 del 13 de Noviembre de 2007
Hospital Quirihue	N° 408 del 25 de Octubre de 2007
Hospital Coelemu	N° 23 del 30 de Enero de 2008
Hospital Yungay	N° 340 del 29 de Octubre de 2007
Hospital Bulnes	N° 959 del 26 de Noviembre de 2007

Fuente: Servicio de Salud Ñuble, 2008.

CAPÍTULO N° IV

**“EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LA
FORMULACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS CINCO
HOSPITALES COMUNITARIOS DE LA
PROVINCIA DE ÑUBLE”**

4.1. SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL PROCESO DE LA FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

Para la elección del instrumento de evaluación que se utilizará en esta investigación los investigadores se basaron en el instrumento utilizado por los Establecimientos Autogestionados en Red conocido como; Instrumento Técnico de certificación de cumplimiento de requisitos para la obtención de la calidad de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR). Bajo el criterio de que todo instrumento de evaluación debe contar con validez y confiabilidad este fue elaborado por profesionales en el área salud y junto con ello ha sido aplicado en reiteradas ocasiones, con lo que cuenta con validez y confiabilidad y ha arrojado resultados a sus directores los cuales los utilizan como herramienta para una mejor toma de decisiones. El asunto de la medición y evaluación en general es necesario, ya que permite identificar el estado actual de los recursos y las habilidades, además hace posible proyectar su potencial y correcto desarrollo.

El instrumento fue aplicado a los cinco Hospitales Comunitarios; El Carmen, Yungay, Quirihue, Coelemu y Bulnes. Las áreas analizadas fueron; Planificación Estratégica, Política Red Asistencial, Participación Elaboración Plan Estratégico, Procesos Clínicos y de Apoyo, Satisfacción Usuaría, Recursos Humanos, Control de Gestión, Finanzas, Recaudación, Recursos Físicos e Inversiones, Auditoría, Plan Anual de Actividades, Presupuesto Plan Anual, Revisión Plan Anual, Plan de Inversiones, Plan de Inversiones Concordante y Revisión Plan de Inversiones. Cada una de estas áreas tiene un porcentaje que determina el cumplimiento del indicador, con este porcentaje se determinan las brechas respecto a los requerimientos y condiciones esperadas versus la situación actual de cada Hospital, definiendo plazos, asignando los responsables y el preocuparse de evaluar el real cumplimiento de los objetivos y metas trazadas.

Finalmente una forma de mejorar el instrumento para investigaciones posteriores y este pueda otorgar un mayor grado de exactitud de la información que se evalúa, no fuese dicotómico sino más bien, se pueda medir mediante grados o escalas de cumplimiento.

4.2. APLICAR EL INSTRUMENTO A LOS CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE

El Instrumento Técnico fue aplicado durante el mes de octubre del año 2008 en las siguientes fechas:

Tabla N° 3: Fechas de Aplicación del Instrumento Técnico

HOSPITAL	FECHA
Bulnes	06 de octubre de 2008
Coelemu	07 de octubre de 2008
El Carmen	21 de octubre de 2008
Quirihue	08 de octubre de 2008
Yungay	20 de octubre de 2008

Fuente: Elaboración Propia.

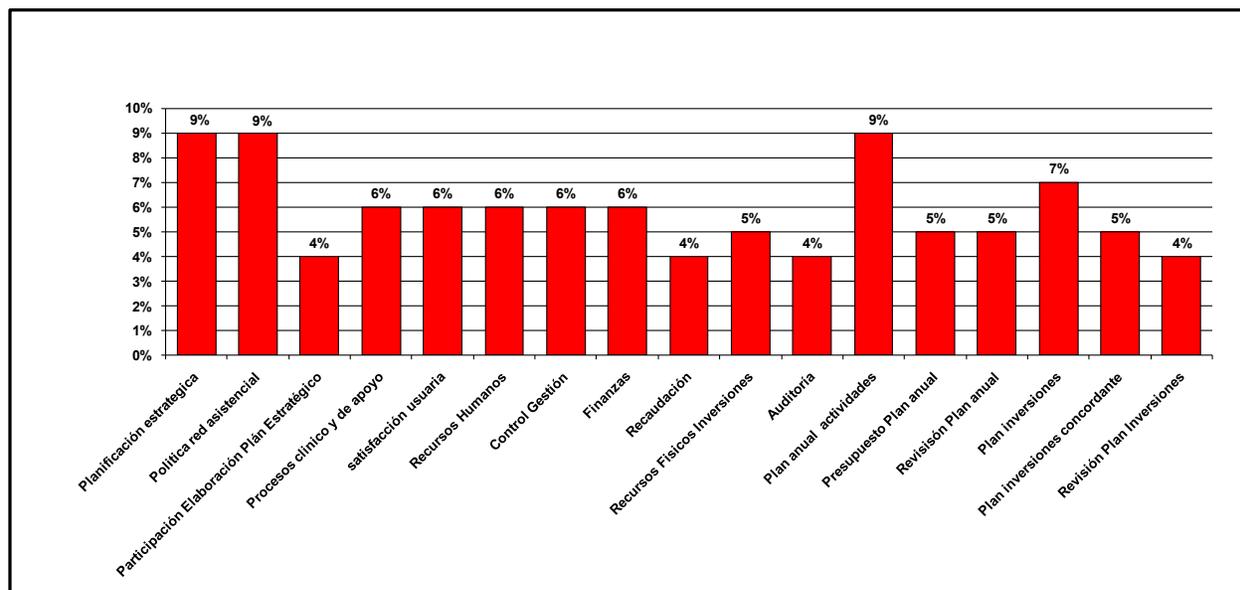
En estos establecimientos después del análisis del diagnóstico realizado, se aplicó el Instrumento Técnico del proceso de Formulación Estratégica, en la cual participaron los investigadores junto con una profesional perteneciente al Servicio Salud de Ñuble, esto permitió lograr una mejor coordinación y facilidad para obtener la información requerida.

En cada visita a los establecimientos, se participó llevando registro de lo verificando con documentos facilitados por los Directores acerca del cumplimiento o no de los acápite que conforman el instrumento.

4.3. TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CINCO HOSPITALES COMUNITARIOS

En este punto se verán los resultados del Instrumento Técnico, los cuales se tabularon de forma que se facilite la interpretación y análisis de dichos resultados.

Grafico N° 1: Ponderación de los diferentes indicadores que se utilizan en la investigación



Fuente: Elaboración propia en base a ponderaciones determinadas según grado de importancia.

Como muestra el gráfico N° 1, se observa que para la evaluación del cumplimiento se considera de mayor relevancia con un 9% los indicadores tales como, Planificación Estratégica, Política de Red Asistencial y el Plan Anual de Actividades, por ser ellos de mayor relevancia al momento de formular la estrategia, mientras que los indicadores de menor relevancia con un 4% tales como la participación en la elaboración del Plan Estratégico, recaudación, auditoría y revisión plan de inversiones, debido a que estos si bien es cierto contribuyen a la formulación de la estrategia son de apoyo a los primeros mencionados.

4.3.1 Resultados de la Aplicación del Instrumento a cada uno de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble

Seguidamente se presentan los resultados de la aplicación del instrumento a cada uno de los Hospitales Comunitarios de la Provincia Nuble.

Tabla N° 4: Monitoreo Hospital Bulnes 2008

Indicador	Ponderación	Cumplimiento	Puntaje Cumplimiento
Planificación estratégica	9%	SI	9,0
Política red asistencial	9%	SI	9,0
Participación Elaboración Plan Estratégico	4%	SI	4,0
Procesos clínico y de apoyo	6%	SI	6,0
satisfacción usuaria	6%	SI	6,0
Recursos Humanos	6%	SI	6,0
Control Gestión	6%	SI	6,0
Finanzas	6%	SI	6,0
Recaudación	4%	SI	4,0
Recursos Físicos Inversiones	5%	SI	5,0
Auditoría	4%	SI	4,0
Plan anula actividades	9%	SI	9,0
Presupuesto Plan anual	5%	SI	5,0
Revisión Plan anual	5%	SI	5,0
Plan inversiones	7%	SI	7,0
Plan inversiones concordante	5%	SI	5,0
Revisión Plan Inversiones	4%	SI	4,0
	100%	Total	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Según los datos de la tabla, se presenta un porcentaje de cumplimiento en todos los ítems, por ende se puede establecer que en el Hospital de Bulnes existe un 100% de cumplimiento en cuanto a los elementos evaluados de la Formulación Estratégica.

Tabla N° 5: Monitoreo Hospital El Carmen 2008

Indicador	Ponderación	Cumplimiento	Puntaje Cumplimiento
Planificación estratégica	9%	SI	9,0
Política red asistencial	9%	SI	9,0
Participación Elaboración Plan Estratégico	4%	SI	4,0
Procesos clínico y de apoyo	6%	SI	6,0
satisfacción usuaria	6%	SI	6,0
Recursos Humanos	6%	SI	6,0
Control Gestión	6%	SI	6,0
Finanzas	6%	SI	6,0
Recaudación	4%	SI	4,0
Recursos Físicos Inversiones	5%	SI	5,0
Auditoría	4%	SI	4,0
Plan anula actividades	9%	SI	9,0
Presupuesto Plan anual	5%	SI	5,0
Revisión Plan anual	5%	SI	5,0
Plan inversiones	7%	NO	0,0
Plan inversiones concordante	5%	NO	0,0
Revisión Plan Inversiones	4%	NO	0,0
	100%	Total	84,0

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los datos que presenta esta tabla, se puede indicar que en el Hospital El Carmen existe un cumplimiento de 14 de los 17 ítems evaluados, lo que equivale a un 82,35% de la totalidad de los acápite. Esto según el grado de relevancia de los acápite cumplidos entrega un 84% del porcentaje total que equivale al 100%. Los tres tópicos que no fueron cumplidos equivalen al 16% de relevancia, estos fueron; Plan de Inversiones, Plan de Inversiones Concordante y Revisión del Plan de Inversiones. Cabe destacar que si existe no cumplimiento en el Plan de Inversiones, no existirá cumplimiento en la concordancia de dicho Plan ni revisiones.

Tabla N° 6: Monitoreo Hospital de Yungay 2008

Indicador	Ponderación	Cumplimiento	Puntaje Cumplimiento
Planificación estratégica	9%	SI	9,0
Política red asistencial	9%	SI	9,0
Participación Elaboración Plan Estratégico	4%	SI	4,0
Procesos clínico y de apoyo	6%	SI	6,0
satisfacción usuaria	6%	SI	6,0
Recursos Humanos	6%	SI	6,0
Control Gestión	6%	SI	6,0
Finanzas	6%	SI	6,0
Recaudación	4%	SI	4,0
Recursos Físicos Inversiones	5%	SI	5,0
Auditoría	4%	SI	4,0
Plan anula actividades	9%	SI	9,0
Presupuesto Plan anual	5%	SI	5,0
Revisión Plan anual	5%	SI	5,0
Plan inversiones	7%	SI	7,0
Plan inversiones concordante	5%	SI	5,0
Revisión Plan Inversiones	4%	SI	4,0
	100%	Total	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Según los datos de la tabla, se presenta un porcentaje de cumplimiento en todos los ítems, por ende se puede establecer que en el Hospital de Yungay existe un cumplimiento total en cuanto a la Formulación Estratégica.

Tabla N° 7: Monitoreo Hospital de Coelemu 2008

Indicador	Ponderación	Cumplimiento	Puntaje Cumplimiento
Planificación estratégica	9%	SI	9,0
Política red asistencial	9%	SI	9,0
Participación Elaboración Plan Estratégico	4%	SI	4,0
Procesos clínico y de apoyo	6%	SI	6,0
satisfacción usuaria	6%	SI	6,0
Recursos Humanos	6%	SI	6,0
Control Gestión	6%	SI	6,0
Finanzas	6%	SI	6,0
Recaudación	4%	SI	4,0
Recursos Físicos Inversiones	5%	SI	5,0
Auditoría	4%	SI	4,0
Plan anula actividades	9%	SI	9,0
Presupuesto Plan anual	5%	SI	5,0
Revisión Plan anual	5%	NO	0,0
Plan inversiones	7%	NO	0,0
Plan inversiones concordante	5%	NO	0,0
Revisión Plan Inversiones	4%	NO	0,0
	100%	Total	79,0

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los datos que presenta esta tabla, se puede indicar que en el Hospital de Coelemu existe un cumplimiento de 13 de los 17 ítems evaluados, lo que equivale a un 76.47% de la totalidad de los acápite. Esto según el grado de relevancia de los acápite cumplidos entrega un 79% del porcentaje total que equivale al 100%. Los cuatro tópicos que no fueron cumplidos equivalen al 21% de relevancia, estos fueron; Revisión del Plan Anual, Plan de Inversiones, Plan de Inversiones Concordante y Revisión del Plan de Inversiones. Cabe destacar que si no existe cumplimiento en el Plan de Inversiones, no existirá cumplimiento en la Concordancia de dicho Plan ni revisiones.

Tabla N° 8: Monitoreo Hospital de Quirihue 2008

Indicador	Ponderación	Cumplimiento	Puntaje Cumplimiento
Planificación estratégica	9%	SI	9,0
Política red asistencial	9%	SI	9,0
Participación Elaboración Plan Estratégico	4%	SI	4,0
Procesos clínico y de apoyo	6%	SI	6,0
satisfacción usuaria	6%	SI	6,0
Recursos Humanos	6%	SI	6,0
Control Gestión	6%	SI	6,0
Finanzas	6%	SI	6,0
Recaudación	4%	SI	4,0
Recursos Físicos Inversiones	5%	SI	5,0
Auditoría	4%	SI	4,0
Plan anula actividades	9%	SI	9,0
Presupuesto Plan anual	5%	SI	5,0
Revisión Plan anual	5%	SI	5,0
Plan inversiones	7%	SI	7,0
Plan inversiones concordante	5%	SI	5,0
Revisión Plan Inversiones	4%	SI	4,0
	100%	Total	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Según los datos de la tabla, se presenta un porcentaje de cumplimiento en todos los ítems, por ende se puede establecer que en el Hospital de Quirihue existe un cumplimiento total en cuanto a la Formulación Estratégica.

4.3.2 Resumen Tablas de Datos y Gráficos

Siguiendo, con el análisis de los datos se presenta a continuación un resumen de las tablas y gráficos anteriormente vistos, donde se puede observar el resultado total de la aplicación del instrumento por Establecimiento Hospitalario:

Tabla N° 9: Nivel de cumplimiento de los cinco Hospitales Comunitarios según los diferentes indicadores

Indicador	Hospital Coelemu	Hospital Bulnes	Hospital Quirihue	Hospital El Carmen	Hospital Yungay
Planificación estratégica	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Política red asistencial	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Participación Elaboración Plan Estratégico	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Procesos clínico y de apoyo	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
satisfacción usuaria	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Recursos Humanos	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Control Gestión	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Finanzas	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Recaudación	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Recursos Físicos Inversiones	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Auditoría	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Plan anula actividades	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Presupuesto Plan anual	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Revisión Plan anual	0,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Plan inversiones	0,0	7,0	7,0	0,0	7,0
Plan inversiones concordante	0,0	5,0	5,0	0,0	5,0
Revisión Plan Inversiones	0,0	4,0	4,0	0,0	4,0
Total	79%	100%	100%	84%	100%

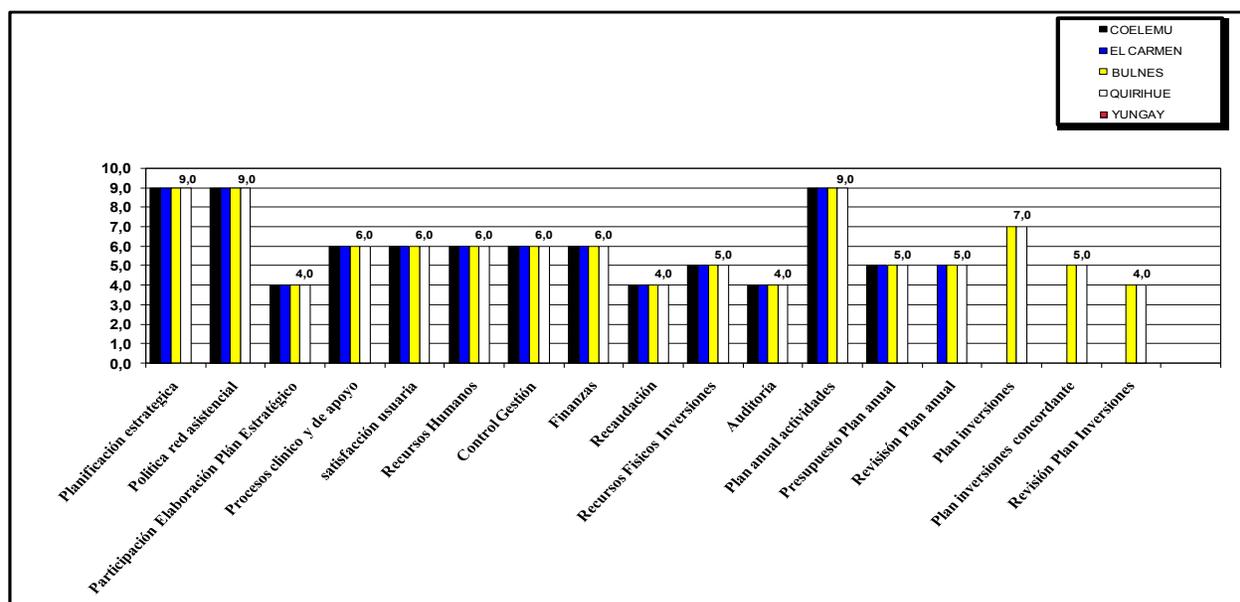
Fuente: Elaboración propia basada en el cumplimiento de cada uno de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.

Esta tabla agrupa la totalidad de los Hospitales Comunitarios y muestra cuanto cumple cada uno de acuerdo a los acápite del Instrumento Técnico de Evaluación y el respectivo porcentaje que se obtiene al cumplimiento de dicho acápite.

Se puede mencionar que de los acápite evaluados en los cinco Hospitales Comunitarios, los con no cumplimiento dicen relación con el Plan de Inversiones y corresponden a los Hospitales de Coelemu y El Carmen. Sin embargo, cabe destacar que los porcentajes totales obtenidos de los cinco Hospitales son positivos y corresponden a un promedio de un 92.6%, lo cual indica claramente una cifra superior a la media. Con esto se concluye que se está en presencia de un nivel de cumplimiento excelente.

Los dos hospitales que presentan ese grado de incumplimiento son el de Coelemu y El Carmen.

Gráfico N° 2: Representación gráfica del nivel de cumplimiento de los cinco Hospitales Comunitarios, según los diferentes indicadores que se utilizan en la investigación



Fuente: Elaboración propia basada en el cumplimiento de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble respecto de los 17 indicadores que se aplican en esta investigación.

Este gráfico contiene la totalidad de los Hospitales Comunitarios y muestra cuanto cumple cada uno de acuerdo a los acápite del Instrumento Técnico de Evaluación y el respectivo porcentaje que se obtiene al cumplimiento de dicho acápite.

Como muestra el Gráfico N° 2, se observa que el Hospital de Coelemu no cumple con los requisitos técnicos que le permitan conseguir las metas de cumplimiento en los indicadores que se mencionan a continuación:

Revisión del Plan Anual, Plan de Inversiones, Plan de Inversiones Concordante con el Plan Estratégico y Revisión del Plan Anual de Inversiones. A su vez el Hospital El Carmen es la otra entidad de Salud, que no cumple con la metas de cumplimiento en los últimos tres indicadores anunciados precedentemente.

4.3.3 Análisis de Posibles Criterios que Determinan el Nivel de Cumplimiento de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble

A continuación se realizarán pruebas estadísticas que buscan demostrar si existe o no, relación entre ciertos criterios de clasificación y el nivel de cumplimiento del Instrumento Técnico de Evaluación del Proceso de Formulación Estratégica.

La metodología empleada es la prueba T para muestras independientes³⁸, la cual tiene como hipótesis nula que no existen diferencias de medias entre los grupos especificados o si existen diferencias estas sólo se deben al azar y no necesariamente a que exista una relación entre la variable contrastada y pertenecer a cierto grupo.

Si se asume igualdad de varianzas se puede calcular un estimador único y más estable de la varianza poblacional a partir de las varianzas muestrales. Si las varianzas no son iguales no se

³⁸ Estas pruebas fueron realizadas con el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 15.

puede hacer esto. El procedimiento es comparar medias, realizar automáticamente un test de hipótesis para la igualdad de las varianzas (test de Levene), el cual se mostrará más adelante.

- 1) El primer criterio de clasificación es según la cercanía de los hospitales con respecto al Hospital Clínico Herminda Martín, suponiendo que a mayor cercanía debiera existir una mayor interacción que les permita mayor nivel de cumplimiento.

Grupo 1: Abarca a los hospitales que están a menos de 50 kilómetros de distancia del Hospital Clínico de Chillán, (Bulnes 25 Km. y El Carmen 42 km).

Grupo 2: Contiene a los hospitales que se encuentran a más de 50 Kilómetros del Hospital Clínico de Chillán, (Coelemu 84 Km.; Quirihue 69 Km. y Yungay 66 Km).

El objetivo de este contraste es estudiar si es que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de cumplimiento y la distancia que hay entre los Hospitales Comunitarios y el Hospital Herminda Martín de Chillán.

A continuación se muestran los estadísticos relevantes para inferir una tendencia:

Tabla N° 10: Estadístico de Grupo según Cercanía al Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán

	Distancia a Chillan	N	Media	Desviación Típica	Error Típ. de la Media	Coefficiente de Variación
Puntaje de cumplimiento	cercano a chillan	34	5,4118	2,37560	0,40741	0,43897
	lejano a chillan	51	5,4706	2,30957	0,32340	0,42218

Fuente: Elaboración propia. Basado en las salidas del programa estadístico SPSS al aplicar la prueba T.

N: Representa los indicadores que están dentro de la categoría 1 ó 2, es decir cercano y/o lejano a Chillán.

Media: Representa el promedio de cumplimiento para cada grupo.

Desviación Típica: Muestra la desviación que existe entre los datos o puntaje de cumplimiento y su media para cada grupo.

Lo importante de la información de la tabla estadística es que permite inferir a priori que el grupo conformado por los hospitales más lejanos (grupo 2) obtienen levemente un grado de cumplimiento promedio mayor, la prueba T entonces permite concluir si esta diferencia de medias entre los dos grupos se debe al azar o realmente existe una relación entre estas variables.

Tabla N° 11: Prueba T para Muestras Independientes según Cercanía al Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntaje de cumplimiento	Se han asumido varianzas iguales	0,007	0,935	-0,114	83	0,910	-0,05882	0,51721	-1,08753	0,96989
	No se han asumido varianzas iguales			-0,113	69,48	0,910	-0,05882	0,52017	-1,09640	0,97876

Fuente: Elaboración propia.

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas: Determina si es que se debe considerar que las varianzas de los dos grupos tienen una varianza común, la hipótesis nula plantea homogeneidad de varianzas, por lo tanto con significancia mayor a 0,05 se puede aceptar la hipótesis nula y de lo contrario, rechazarla. Los datos que el procedimiento de la prueba T muestra que:

t: Estadístico utilizado para el contraste de hipótesis.

gl: Número de grados de libertad del estadístico t.

Sig. (Bilateral): Valor p de significación estadística obtenido para el contraste de hipótesis, si es mayor a 0,05 se acepta que las medias son iguales, es decir no hay relación entre las variables contrastadas, si es menor a 0,05 existe relación entre la variable y pertenecer a cierto grupo.

Diferencia de medias: Estimador puntual de la diferencia de medias.

Intervalo de confianza para la media: Límites inferior y superior del intervalo de confianza que valora la precisión de la estimación que estamos realizando para la diferencia de medias.

En base al p valor (0,91) se debe aceptar H_0 , por ende las medias se deben considerar iguales o su diferencia se debe al azar, en palabras claras no existe relación entre el nivel de cumplimiento de un hospital y su cercanía con el Hospital Clínico Herminda Martín.

- 2) El segundo criterio de clasificación es según la cantidad de inscripciones o beneficiados que posee cada hospital, suponiendo que a mayor número de beneficiados mayor debe ser el grado de cumplimiento.

Tabla N° 12: Número de Inscripciones de cada Hospital Comunitario

Grupo	Hospital	N° Personas Beneficiarias a Inscribir
Grupo 1	Hospital Coelemu	12.500 Personas
	Hospital Yungay	12.500 Personas
	Hospital El Carmen	8.611 Personas
Grupo 2	Hospital Bulnes	11.000 Personas
	Hospital Quirihue	10.500 Personas

Fuente: Servicio Salud Ñuble, Informe avance Transformación de Hospitales de baja complejidad en Hospitales Comunitarios de Salud Familiar.

La tabla posterior muestra la totalidad de los hospitales investigados y los usuarios inscritos en cada uno de ellos y los separa en dos grupos para luego ser analizados con la prueba T.

Tabla N° 13: Estadístico de Grupo según Número de Inscripciones

	Grupo según n° de Inscripciones	N	Media	Desviación Típica	Coefficiente de Variación
Puntaje de Cumplimiento	Mayor N° de Inscripciones	34	5,26	2,550	0,48440
	Menor N° de Inscripciones	51	5,57	2,175	0,39056

Fuente: Elaboración propia. Basado en las salidas del programa estadístico SPSS al aplicar la prueba T.

Al ver los resultados se aprecia que los hospitales que manejan un menor número de inscritos obtienen un promedio de cumplimiento mayor. La prueba T entonces permite concluir si esta diferencia de medias entre los dos grupos se debe al azar o realmente existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Tabla N° 14: Prueba T para Muestras Independientes según Número de Inscripciones

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	Inferior
Puntaje de cumplimiento	Se han asumido varianzas iguales	0,621	0,433	-0,589	83	0,558	-0,304	-1,331	0,723
	No se han asumido varianzas iguales			-0,570	62,987	0,571	-0,304	-1,369	0,761

Fuente: Elaboración propia.

En base al p valor (0,558) se debe aceptar Ho, por ende las medias se deben considerar iguales o su diferencia se debe al azar, en palabras claras no existe relación entre el nivel de cumplimiento de un hospital y su número de inscripciones.

- 3) El tercer criterio de clasificación es según la cantidad de camas en medicina y pensionado (datos relacionado con el tamaño del establecimiento de salud) que posee cada hospital, suponiendo que a mayor número de camas, mayor debe ser el nivel de cumplimiento.

Tabla N° 15: Total Dotación de Camas Hospitales Comunitarios, en Medicina y Pensionados

Hospital	Medicina	Pensionados	Total Número de Camas
El Carmen	12	1	13
Coilemu	18	2	20
Bulnes	22	8	30
Quirihue	25	4	29
Yungay	30	3	33

Fuente: Servicio de salud Ñuble.

Esta tabla muestra la dotación de camas que poseen los Hospitales Comunitarios en las Areas de Medicina y pensionados.

Tabla N° 16: Estadístico de Grupo según Dotación de Camas Hospitales Comunitarios, en Medicina y Pensionados

	Grupo Según N° de Camas	N	Media	Desviación típica	Coefficiente de Variación
Puntaje de Cumplimiento	Menor N° de Camas	34	4,79	2,942	0,614
	Mayor N° de Camas	51	5,88	1,693	0,288

Fuente: Elaboración propia.

Al ver los resultados se observa que los hospitales que manejan un mayor número de camas, obtienen un promedio de cumplimiento mayor. La prueba T entonces permite concluir si esta diferencia de medias entre los dos grupos se debe al azar o realmente existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Tabla N° 17: Prueba T para Muestras Independientes según Dotación de Camas Hospitales Comunitarios, en Medicina y Pensionados

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Puntaje de cumplimiento	Se han asumido varianzas iguales	9,065	0,003	-2,162	83	0,033	-1,088	-2,089	-0,087
	No se han asumido varianzas iguales			-1,952	47,648	0,057	-1,088	-2,209	0,033

Fuente: Elaboración propia.

En base al p valor (0,033) se debe rechazar H_0 y aceptar que las diferencias de medias son significativas con lo que se puede concluir que existe relación entre el nivel de cumplimiento y el numero de camas que posee cada Hospital Comunitario.

CAPITULO N° V
“PLAN DE ACCIÓN Y CONCLUSIONES”

5.1. PLAN DE ACCIÓN DE ÁREAS A MEJORAR O FORTALECER

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación del Instrumento Técnico se elaboró un Plan de Acción el cual busca fortalecer las áreas en las cuales se detectaron menores cumplimientos de los ítems del instrumento, el cual posteriormente será facilitado a los directores de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.

5.1.1. Objetivo del Plan de Acción

Fortalecer las líneas de acción conducentes a mejorar la Formulación Estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.

5.1.2. Alcance del Plan de Acción

Este plan está dirigido a los cinco Hospitales Comunitarios, con énfasis al Hospital de Coelemu y El Carmen.

5.1.3. Responsabilidades del Plan de Acción

Serán los directores de cada Hospital Comunitario quienes deberán ejecutar las acciones tendientes a fortalecer aquellas áreas que necesiten más análisis y seguimiento.

5.1.4. Plan de Acción para cada uno de los Hospitales Comunitarios:

A continuación se presenta el Plan de Acción para los Hospitales Comunitarios, de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del Instrumento Técnico. Cabe destacar que este plan puede ser implementado por el Director de cada establecimiento hospitalario. Para poder plantear el plan de acción, es necesario tener en consideración el concepto que dice relación directa con las áreas a mejorar o fortalecer y que en este caso corresponde a:

- **Plan Anual de Inversiones:** El Plan de inversiones, es una herramienta de apoyo a la gestión elaborado por el establecimiento Hospitalario, que señala las inversiones, sus costos y sus justificaciones con relación al cumplimiento de la Planificación Estratégica del establecimiento o la Sustentabilidad de su Plan Anual.

El Plan de inversiones debe relacionarse directamente con el Plan Estratégico y con el respectivo Plan Anual de Actividades.

Este Plan debe ser revisado y evaluado periódicamente.

Tabla N° 18: Propuesta de Plan de Acción

HOSPITAL	ACAPITE	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PLAZO
EL CARMEN	Plan de Inversiones para el año en curso.	Coordinar acciones entre los Profesionales del Hospital para realizar un levantamiento de necesidades clínicas, de infraestructura y equipamiento.	Confección del Plan en conjunto con el Área de Contabilidad, Consejo Técnico, director (Equipo Directivo) del establecimiento y profesionales Clínicos en el cual se precisen las áreas que necesitan más recursos.	Director del Establecimiento y Jefe de Contabilidad.	Noviembre y Diciembre 2009.
			Priorizar las inversiones totales por programas y áreas, detallando cada ítem con los costos estimados para desarrollar las actividades.	Jefe de Contabilidad.	Diciembre de 2009.
	Plan Inversiones concordante con Plan Estratégico	Revisar comparativamente Plan de Inversiones, Plan Anual de Actividades y Plan Estratégico.	Informes en el cual se analice y evalué durante su proceso, cada uno de los aspectos de los Planes de inversiones , plan de actividades y concordancia con el plan estratégico y según corresponda tomar medidas correctivas en forma oportuna	Director del Establecimiento y Jefe de Contabilidad.	Diciembre 2009.
			Proponer ajustes y modificaciones, según presupuesto detallado.	Jefe de Contabilidad.	Diciembre 2009.
EL CARMEN	Revisión Plan de Inversiones.	Difusión del Plan de Inversiones a los Funcionarios con la finalidad de que se tomen mejores decisiones.	Presentación del Plan de Inversiones del Director del establecimiento y que en él participen los Funcionarios a objeto de obtener mayor información y de esta manera tomar decisiones participativas.	Director del Establecimiento Jefe de Contabilidad.	Mensual.
			Realizar charla mensual explicativa sobre los avances y sobre las áreas en las cuales se debe invertir más recursos y acciones correctivas cuando corresponda.		
			Elaboración de informes financieros sobre gastos.	Jefe Contabilidad.	
	Revisión Plan Anual de Actividades.	Evaluar las Actividades Desarrolladas por el Hospital.	Reuniones técnicas con cada unidad del Hospital para revisar los avances del Plan.	Director del Establecimiento y Jefe de cada área.	Semanales, quincenales o mensuales

COELEMU			Establecer plazos para que cada encargado de unidad entregue un Informe Mensual.		
	Plan de Inversiones para el año en curso	Organizar el Desarrollo del Plan de Inversiones.	Calendarización de actividades y que sean conocidas por cada área o departamento.	Director del Establecimiento y Jefe de Contabilidad.	Mensual.
			Presupuesto asignado para cada sección o departamento.		Mensual.
			Evaluación de los gastos. Seguimiento de lo programado, a través de un oficio que realicen los directivos y profesionales encargados de cada unidad del Hospital y con cada uno de los Funcionarios.		
Plan Inversiones concordante con Plan Estratégico	Revisar comparativamente Plan de Inversiones, Plan Anual de Actividades y Plan Estratégico.	Informes periódicos del Consejo Técnico en el cual se analice y evalúe cada uno de los aspectos de los Planes y su relación.	Director del Establecimiento Jefe de Contabilidad.	Diciembre de 2009.	
		Proponer ajustes y modificaciones, según presupuesto detallado.			
COELEMU	Revision Plan de Inversiones.	Difusión del Plan de Inversiones a los Funcionarios con la finalidad de que se tomen mejores decisiones.	Presentación del Plan de Inversiones del Director del establecimiento y que en él participen los Funcionarios a objeto de obtener mayor información y de esta manera tomar mejores decisiones.	Director del Establecimiento Jefe de Contabilidad.	Trimestral.
			Realizar charla explicativa sobre los avances y sobre las áreas en las cuales se debe invertir más recursos y acciones correctivas cuando corresponda.	Jefe de Contabilidad.	Bimensual.
			Elaboración de informes Financieros Contables.	Jefe de Contabilidad.	Mensual.
			Confecionar y enviar Informes Financieros Contables a la Dirección del establecimiento y Departamento de Finanzas del Servicio de Salud Ñuble	Jefe de Contabilidad y Director de Establecimiento.	Mensual.

Fuente: Elaboración Propia.

De los Hospitales Comunitarios evaluados existen 13 acápite que cumplen con un 100% de cumplimiento y 4 que no lo presentan (Hospital de El Carmen y Hospital de Coelemu, respectivamente) y que requieren un exhaustivo análisis de parte del Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Ñuble, para generar un cambio que beneficie a toda la población.

Si bien es cierto, existe cumplimiento en cuanto al acápite de Recursos Humanos, y debido a que es relevante y fundamental en una organización, se propone que los Hospitales Comunitarios puedan fortalecer la gestión y desarrollo de las personas, a través de un programa de Recursos Humanos consistente y atingente a las necesidades del Hospital que cubra: Plan de inducción, plan de capacitación, actividades motivacionales, actividades de camaradería que delinee y mejoren el nivel comunicacional, trabajo en equipo y la orientación al usuario del servicio.

Cabe señalar, que además se puede incorporar las siguientes y acciones para plantear alternativas de mejoras conducentes a fortalecer la labor que ejecuta un Hospital Comunitario.

1. Difusión permanente de las acciones que ejecutan los directivos y profesionales para brindar una mejor atención a los usuarios, mediante Consejos Técnicos Ampliados, ficheros, reunión con miembros de la comunidad organizada (juntas de vecinos, centros de alumnos y de apoderados, etc.) y con el intersector, tales como bomberos, carabineros, colegios, etc.
2. Existencia de canales informativos en donde exista retroalimentación: Cartas informativas, reuniones informativas, líneas telefónicas, videos, foros, charlas, página web, ficheros, talleres y entrevistas con la finalidad de desarrollar niveles de participación en la ejecución del Plan de Acción, la idea que esté al alcance de todos, sin excluir a los que viven aislados de los centros urbanos. Las experiencias y aprendizaje de estos procesos participativos se construirán a través de las interacciones y relaciones que se generen entre el equipo de salud y los actores claves de la comunidad.

3. Proporcionar mayor entrega de recursos económicos, materiales y humanos, según cobertura de atención y plan de inversiones propuesto por cada establecimiento hospitalario, desde el nivel central, ya que son los sectores de las localidades rurales los que necesitan con mayor premura.

5.2. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Posterior a haber realizado el análisis de los resultados obtenidos, de acuerdo a la información recopilada en la aplicación del instrumento, se dan a conocer las principales conclusiones obtenidas en la investigación. Sin embargo, se debe tener presente que dichas conclusiones corresponden exclusivamente a los cinco Hospitales Comunitarios estudiados y por lo tanto, los resultados no se pueden extrapolar a otros establecimientos Hospitalarios Comunitarios a nivel nacional.

Las conclusiones obtenidas se presentan a continuación, según los objetivos definidos en la investigación:

Objetivos Específicos:

De acuerdo al objetivo específico N° 1: “Realizar un diagnóstico de los Planes Estratégicos vigentes en los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble, es posible concluir que:

- Durante el año 2007 todos los establecimientos definieron un Plan de continuidad de su Planificación Estratégica elaborada el año 2003, por lo que actualmente los cinco hospitales comunitarios cuentan con su Planificación Estratégica actualizada y la resolución exenta que la aprueba, lo que quiere decir que incorpora los lineamientos estratégicos del Servicio de Salud Ñuble y además la participación en la elaboración de la Planificación Estratégica del Consejo Técnico, Consejo de Desarrollo, Representantes de Estamentos y de Gremios.
- Respecto a la concordancia de la Planificaciones Estratégicas de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble con la Red Asistencial, en el análisis que se hizo de éstas, se puede apreciar claramente que todas ellas incorporaron los lineamientos del Servicio de Salud Ñuble y el MINSAL.

- Otro factor a considerar es que tanto el Hospital de Yungay, como el de Quirihue decidieron incorporar valores institucionales en sus Planificaciones Estratégicas para que los ayuden a guiar su accionar y alcanzar sus metas y objetivos planteados.

De acuerdo al objetivo específico N° 2: Aplicar un Instrumento Técnico de Evaluación del Proceso de la Formulación Estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble, es posible concluir que:

- Para cumplir con este objetivo de manera satisfactoria, se debió contar con un Instrumento que otorgue la suficiente validez y confiabilidad, por tal motivo los investigadores se basaron en el Instrumento Técnico de Certificación de Cumplimiento de Requisitos para la Obtención de la Calidad de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).
- El Instrumento Técnico cuenta con 17 elementos los cuales son de gran importancia ya que ayudan a comprender si los Hospitales Comunitarios sujetos a estudio se han adaptado a los nuevos requerimientos que posee la nueva reforma en salud.
- En lo que respecta a la ponderación de estos elementos, estos se encuentran definidos por el Instrumento Técnico utilizado por los EAR, ya que este fue elaborado por un equipo de profesionales altamente calificados, con competencias y basta experticie en el sector salud y que cuentan con el respaldo y aprobación del MINSAL. Según lo definido por dichos profesionales los elementos que presentan un mayor peso relativo son la Planificación Estratégica, la concordancia de esta con la Red Asistencial y al Plan Anual de Actividades (9%), seguido muy de cerca por el Plan de Inversiones con un 7% y el resto de los elementos varia entre un 6% y un 4%.
- Cualquier alteración excesiva que le pudiesen hacer los investigadores a las ponderaciones que presentan los elementos que conforman el Instrumento Técnico, este podría perder cierto grado de consistencia y finalidad en lo que se pretende medir.

- La aplicación del instrumento fue realizada de acuerdo a lo programado, pero para ello se debió coordinar con antelación las visitas a cada Hospital Comunitario ya que los directivos debían programar sus tareas diarias para disponer del tiempo suficiente para la correcta aplicación del Instrumento Técnico dentro de los plazos planificados.
- Cabe señalar además, que este instrumento evalúa los elementos de manera dicotómica, puesto que no mide grado de cumplimiento, sino más bien si cumple o no, con la totalidad de las ponderaciones ya definidas.

De acuerdo al objetivo específico N° 3: Evaluar y analizar los resultados de la aplicación del instrumento, es posible concluir que:

- Los datos obtenidos fueron tabulados y ordenados en función de la estructura del instrumento técnico de la presente investigación, es decir, de acuerdo al orden y las ponderaciones en que se presentan los elementos que conforman este instrumento.
- La evaluación de los resultados obtenidos en los establecimientos hospitalarios, permite establecer un alto cumplimiento en la mayoría de los acápite contemplados en el Instrumento utilizado en donde tres Hospitales Comunitarios hayan obtenido un 100% de cumplimiento (Yungay, Bulnes y Quirihue). El resto si bien no obtuvo todo el puntaje, se mantuvo por sobre un 79% de cumplimiento, donde el más bajo fue el Hospital de Coelemu con un 79%, seguido por el Hospital de El Carmen con un 84%.
- Una vez obtenidos los resultados de la aplicación del instrumento a cada uno de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble, estos se ordenaron y tabularon en Tablas ya que de ello depende mucho que exista una clara apreciación de los resultados.
- El análisis de los resultados ayuda sin duda a obtener mayor apreciación del comportamiento de estos, mediante análisis estadísticos, de tablas y graficarlos para luego establecer conclusiones.

De acuerdo al objetivo específico N° 4: Elaborar y presentar a los directivos de cada establecimiento un Plan de Acción que contemple todas aquellas áreas a fortalecer para los cinco Hospitales Comunitarios, es posible concluir que:

- Una vez conocidos los resultados de la aplicación del instrumento se elabora el plan de acción con el cual se busca proponer acciones coherentes con los resultados esperados para así apoyar y fortalecer los cuatro últimos indicadores contemplados en el instrumento (relacionado con el plan anual de inversiones), dado a que no arrojaron cumplimientos de los requisitos técnicos.
- Se puede concluir además, que desde el punto de vista de los Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble el cambio que se produce actualmente en el Sector Salud se puede evidenciar en su actual gestión, la que presenta un real compromiso de las nuevas acciones emprendidas en el cambio de modelos de atención.
- Si bien es cierto que los principales responsables de llevar a cabo las acciones correctivas son los Directores de los establecimientos de Salud, no se debe dejar de lado a las personas que diariamente realizan una labor desempeñándose en las distintas actividades que tiene un Hospital Comunitario y fundamentalmente los beneficiarios y usuarios de cada una de las comunas en las cuales se encuentran dichos establecimientos. Por ende, son todos los funcionarios, responsables de llevar a cabo el Plan de Acción para mejorar la gestión en Salud de los Hospitales en estudio.
- Otro Factor relevante es en relación a las políticas que vienen definidas del nivel central y éstas en algunas oportunidades no se ajustan a la realidad local, principalmente en las comunidades en donde existen altos índices de ruralidad.
- Los Hospitales Comunitarios deben permanentemente adecuarse a las nuevas características demográficas de su población. Simultáneamente, deben enfrentar la llamada transición epidemiológica, que se caracteriza por una coexistencia de problemas de salud

infectocontagiosos y materno infantiles, con un importante incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

- En el ámbito financiero se puede concluir que las deficiencias radican fundamentalmente en el manejo de los recursos e inversiones, por ende, si no se asignan más recursos a estos establecimientos para implementar adecuadamente el nuevo modelo de atención, seguirán siendo definidos como Hospitales tipo IV.

Objetivo General:

Evaluar el proceso de formulación estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.

Finalmente es posible establecer que de acuerdo a los resultados de la aplicación del Instrumento Técnico a los cinco Hospitales investigados, hubo un cumplimiento promedio de un 92.6%, cifra considerada muy positiva ya que el resultado obtenido se encuentra por sobre la media y está muy cerca del máximo establecido (100%).

El presente trabajo de título, abordó diversos aspectos, ya sea desde el análisis de los principales factores que conforman el estudio, como por ejemplo, los cambios más relevantes en salud, principales características de los hospitales comunitarios, las planificaciones estratégicas de cada establecimiento hospitalario, elección de un instrumento de evaluación del proceso de formulación estratégica para luego con los resultados obtenidos, elaborar un plan de acción que refuerce el como estos establecimientos formulan estratégicamente sus planes para cumplir con sus objetivos propios y los de la Red Asistencial conformada por el Servicio de Salud Ñuble, el MINSAL y el Gobierno. Resaltar además, que el hecho de que los hospitales de la provincia, hayan estado alineados con la planificación estratégica del Servicio de Salud, les da homogeneidad a la planificación de cada uno de estos establecimientos hospitalarios, lo que redundará en un grado promedio mayor de cumplimiento

Con la presente investigación, se ha evaluado la Formulación Estratégica de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia los que se han ido adaptando a los cambios realizados por el gobierno para generar una mejor reforma en salud.

Este estudio contribuye significativamente, como una herramienta de gestión útil, de fácil autoaplicación y por sobre todo apoya a la toma de decisiones de los directivos y sus equipos directivos de los cinco Hospitales Comunitarios de la Provincia de Ñuble.

GLOSARIO

Atención Abierta: Es la modalidad de atención de salud entregada al usuario en establecimientos de cualquier complejidad y que no contempla la hospitalización de este para recibir las prestaciones.

Autogestión en Red: Se entiende al modelo, instalado por la Ley 19.937, que entrega autonomía administrativa a los establecimientos, que acreditan tal calidad, a la vez que potencia la Red Asistencial. A diferencia de modelos de “autonomía hospitalaria” que busca prestadores que con máxima flexibilidad de los factores de producción, sean autónomos en sus decisiones asistenciales para competir en el mercado de prestadores. Este modelo opta por disminuir la autonomía de los establecimientos en el orden de las decisiones sanitarias, aumenta las competencias para una administración autónoma y amplía los espacios de cooperación tras objetivos sanitarios comunes que determina la autoridad.

Dicotómico: Es la división en dos partes de manera que si cumples con lo primero se da por descartado lo segundo.

Enfoque de Salud Familiar: La atención de salud con enfoque familiar, es la atención integral del individuo y su familia, garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, con equipos de salud responsables de familias, que se comprometen con la resolución de los problemas de salud en los distintos componentes de la Red Asistencial . Este enfoque se aplica en todas las acciones sanitarias del sector.

Estrategia: Es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia la consecución de un fin. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus componentes internos, anticipando los cambios de entorno y la contingencia.

Modelo de Gestión: Es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

S.O.M.E.: El Servicio de Orientación Médica Estadística cuenta con un Comité Ejecutivo , el cual tiene como finalidad el análisis y evaluación de las diversas actividades que se realizan en la Sección, como también la preocupación constante de planificar y controlar la aplicación de procedimientos que disminuyen la presión asistencial y mejorar los tiempos de espera, condiciones ambientales y laborales del recurso humano, factor importante en el funcionamiento de la SOME, para lograr la calidad en la atención de usuarios y mejorar los rendimientos en forma eficaz a los usuarios que concurren al establecimiento.

TIC-Salud: Tecnologías de información y comunicación en salud.

Validez de un Instrumento de Evaluación: Se refiere a que el instrumento mida realmente lo que pretende medir.

Confiablez de un Instrumento de Evaluación: Indica la consistencia que tiene el instrumento para medir lo mismo cada vez que se administra o aplica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artaza O. Olguín H. Vásquez C. Hospital Luis Calvo Mackenna: “¿Cómo preparar a una organización pública para funcionar en un modelo de “Autogestión y satisfacción usuraria?”. Cuadernos Médicos Sociales XXXVIII, 3, Chile. 1997.
2. Documento “Hospitalización Domiciliaria” MINSAL, División de Planificación y Presupuestos, Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial 2002.
3. Departamento Hospitales, DIGERA, febrero 2008.
4. Documento anual Subsecretaría de Redes Asistenciales.
5. Documento “Hospitalización Domiciliaria” MINSAL, División de Planificación y Presupuestos, Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial, 2002.
6. Documento Modelo de Atención Integral en Salud, Minsal, 2008.
7. Dr. Paul, Ivan. “Experiencia Servicio de Salud Ñuble Transformación Hospitales 4”. Puerto Montt, Septiembre 2007.
8. Fuentes, Roberto; Verdessi, Daniel. “La Reforma de la Salud en Chile, Caminos y Propuestas”. Documento de Estudio. Ministerio de Salud de Chile, 1996.
9. Frontaura, Pablo; “El Sistema Empresa: Una visión integral de la administración”. Manepa Impresiones. Chile. 1996.
10. Giaconi Gandolfo, Juan. “El Sector Público de Salud. Cuadernos Médico Sociales Universidad Católica”. 1992.
11. Grant, Robert; “Dirección estratégica”, Editorial Civitas, España, 1998
12. Hernández Roberto, Fernández Carlos, Baptista Pilar; “Metodología de la Investigación”. McGraw Hill, México, 1995.
13. Hax, Arnoldo y Nicolás Majluf; Gestión estratégica, Editorial Dolmen, Santa Elena, 1996.
14. Jiménez Jorge; Miranda Ernesto y Romero María A. “Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile”. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1990.
15. Koontz, Haraold y Weihrich, Heinz; “Administración: Una perspectiva gloval”, McGraw Hill. Mexico.1994.
16. Loyola Vergara, Abel-Smith Caviedes y Oyarzo Giaconi. “La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas”. Centro De Estudios Públicos, 1996.

17. León M. Diplomado Salud Familiar, Universidad de Chile, Santiago 2007.
18. Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937, Título V, art.72.
19. Modelo de Atención Integral en Salud, DIGERA, Minsal. 2005
20. MINSAL, DIGERA, Dpto. “Modelo Hospitales Minuta Hospital Amigo”, octubre de 2007.
21. MINSAL, DIGERA, Departamento hospitales “hospital amigo”, diciembre 2006.
22. MINSAL, División de Programas en Salud, Manual de Apoyo Técnico para las acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar”, 1997.
23. MINSAL, División de Salud de las Personas, Unidad Salud Mental “Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Infantil Niños y Adolescentes en los Servicios de Urgencia”, 1998.
24. MINSAL, División de Atención Primaria, “Marco Referencial Hospitales Comunitarios”, 2008.
25. Porter, Michael; “Estrategia Competitiva”, Compañía Editorial Continental, S.A. de C.V; México, 1995.
26. Robbins, Stephen y Coulter, Mary; “Administración”. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México. 1996.
27. Salinas H., Erazo M. y Reyes A. “Indicadores de Gestión de Servicios de Salud Públicos y Asignación de Recursos desde el Ministerio de Salud de Chile”. Revista Medica Chile. Vol. 132, no.12, Chile, 2004.

Fuentes de Internet

28. Hernández S.; Sandoval H. y Delgado I. 2000. Sistema de Salud: Las diferencias entre lo Público y lo Privado. Disponible en: www.cepal.com
29. Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), Encuesta de Caracterización Social y Económica Nacional (CASEN), 1992, 1994, 1996, 1998, 2000 y 2003. Disponible en www.mideplan.cl
30. MINSAL. Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) 2006. Disponible en www.minsal.cl

31. Planificación Estratégica Servicio de Salud Ñuble y Planificación Estratégica Hospitales Comunitarios Provincia de Ñuble, disponible en www.serviciodesaludnuble.cl
32. Instituto Nacional de Estadísticas. www.ine.cl
33. http://jaibana.udea.edu.co/producciones/guillermo_r/concepto.html
34. http://www.joveneslideres.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=66:la-salud-en-chile&catid=6:circulo-social&Itemid=12
35. <http://bochica.udea.edu.co/~oortega/gecobi/GLOSARIO%20G.html>
36. http://www.hospitaliquique.cl/index.php?option=com_content&task=category§ionid=4&id=42&Itemid=71
37. http://www.institutolibertad.cl/ie_151_h_Lagos.pdf
38. <http://sni.mideplan.cl/links/files/sni/subsistemas/1727.pdf>
39. <http://sni.mideplan.cl/links/files/sni/subsistemas/1727.pdf>
40. http://www.supersalud.cl/normativa/571/articles-553_recurso_1.pdf
41. http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/25787/sps121_lcl2539.pdf
42. <http://www.eumed.net/libros/2006c/220/1m.htm>
43. http://www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/artic/20051002/pags/20051002183733.html
44. <http://www.redsalud.gov.cl/conozcanos/seremis.html>
45. <http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-1696.html>
46. <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/avances2007print.pdf>
47. <http://163.247.51.38/desarrollo/css/desal/publicacion%20AS.pdf>
48. Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria:
<http://samh.cl/samh2008/presentaciones/mesa%20redonda%201/MESA%20REDONDA%20GESTION%20HOSPITALARIA.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1:

Figura N° 2: Organigrama Ministerio de Salud

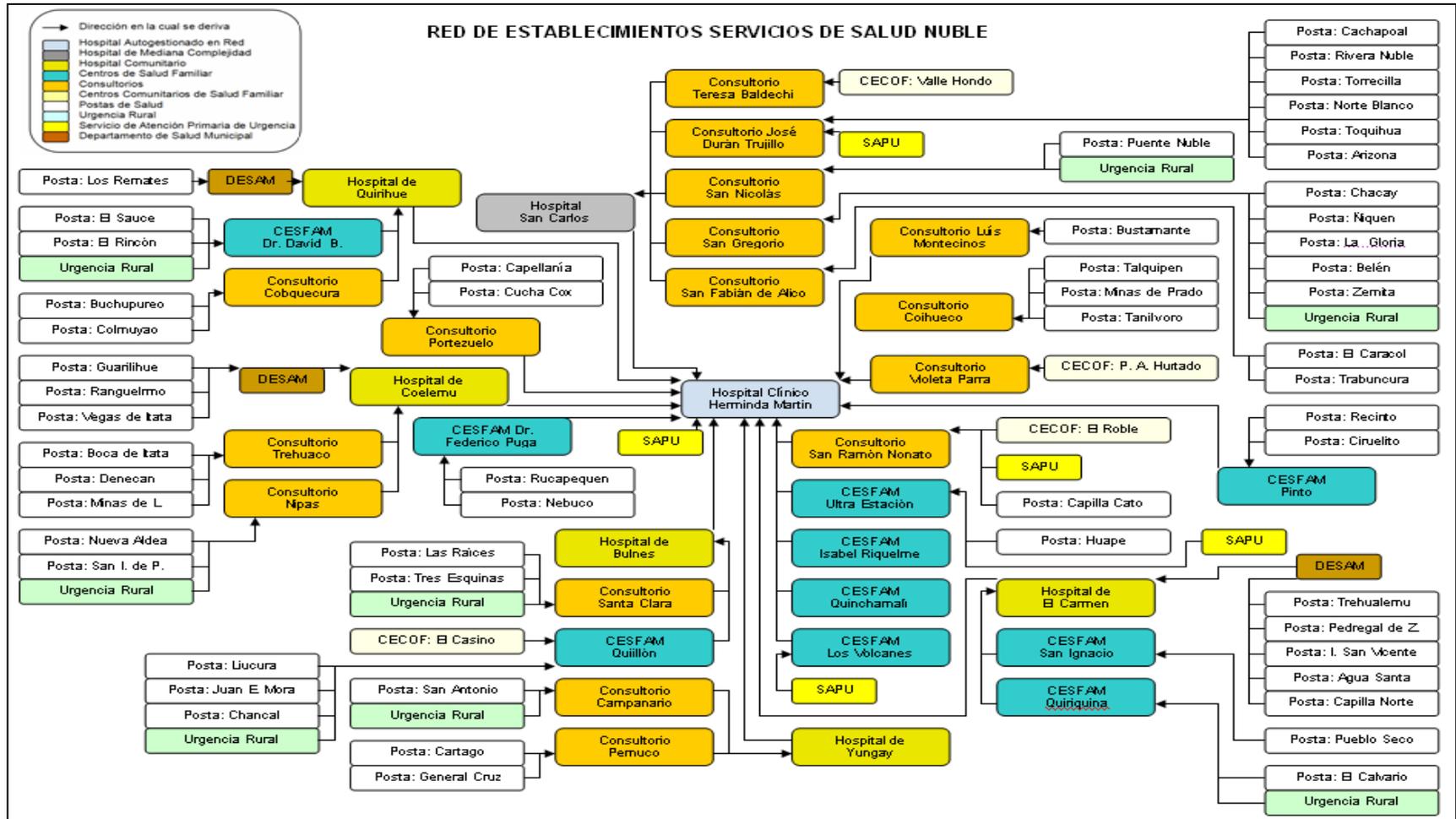


Fuente: Minsal 2008³⁹.

³⁹ Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/conozcanos/seremis.html>

ANEXO N° 2:

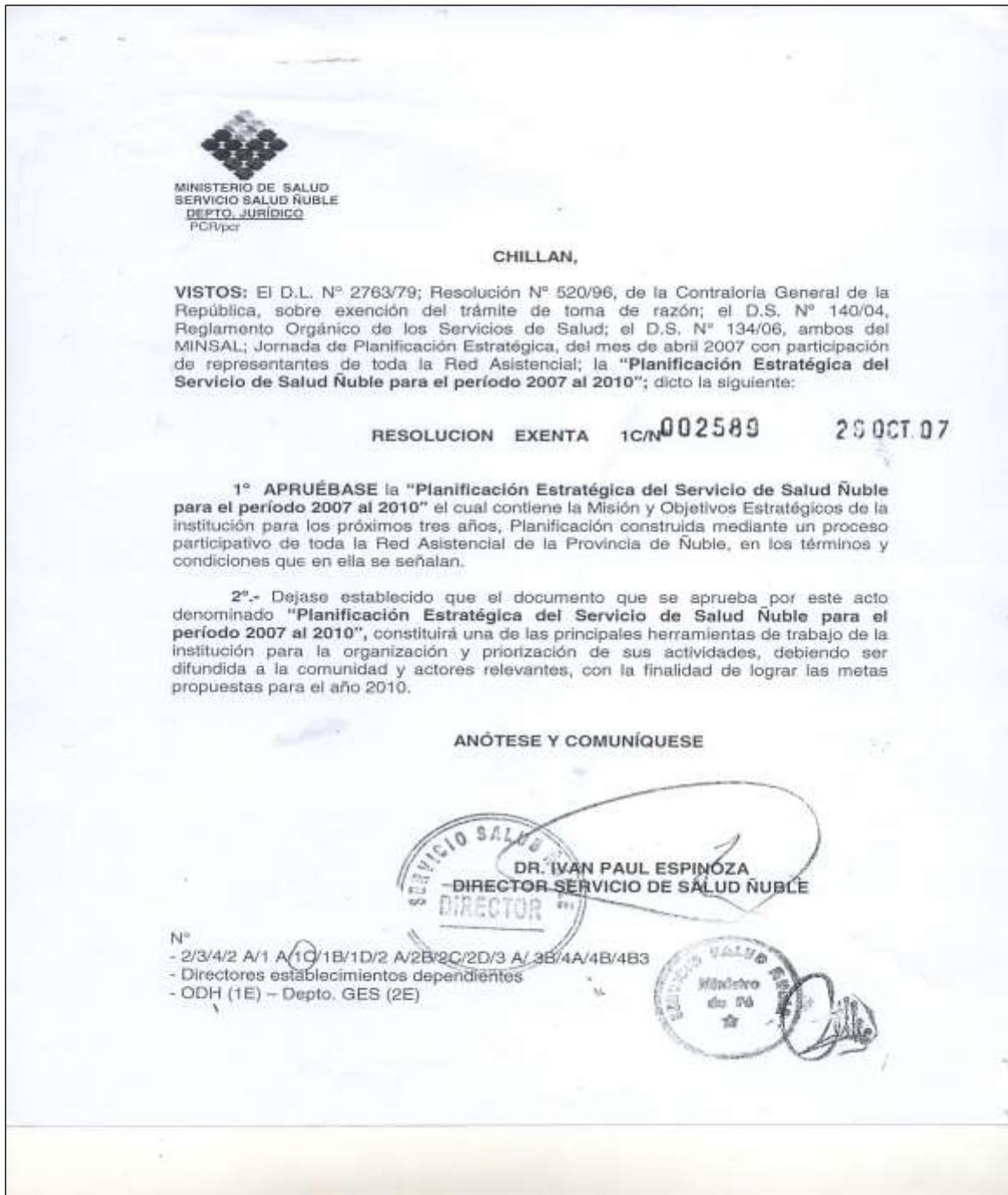
Figura N° 3: Organigrama Servicio de Salud Ñuble



Fuente: Servicio Salud Ñuble 2008.

ANEXO N° 3:

Figura N° 4: Resolución exenta aprobación Planificación Estratégica Servicio Salud Ñuble



Fuente: Servicio Salud Ñuble 2008.

ANEXO N° 4:

Figura N° 5: Resolución exenta aprobación Planificación Estratégica Hospital de Quirihue



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD ÑUBLE
HOSPITAL QUIRIHUE
SECCION PERSONAL
SVR/SCV

QUIRIHUE, 25.10.2007

VISTOS: estos antecedentes: la necesidad de contar con una Planificación Estratégica, lo establecido en el D.S. 140/2004 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N° 520/96 de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta N° 286/1999, del Servicio de Salud Ñuble de delegación de facultades, Resolución N° 2339/2004 sobre designación como Directora del Hospital de Quirihue, dicto lo siguiente:

RESOLUCION EXENTA N° ___408___/

1. APRUÉBASE Planificación Estratégica del Hospital de Quirihue para el período 2007 - 2010.

2. Dicho documento establece el diagnóstico del Hospital de Quirihue; metas, planes, acciones, responsables, plazos e indicadores respecto a la Gestión Clínica – Administrativa del Hospital de Quirihue, considerando las áreas prioritarias como:

- Acreditación Sanitaria
- Planificación Estratégica
- Organización Interna
- Gestión y desarrollo de los RRHH
- Gestión Financiera
- Gestión de la Red Asistencial
- Gestión Asistencial
- Consejos Asesores
- Sistema de Información
- Gestión de Usuarios
- Cuenta pública de resultados
- Auditoria Clínica.

Fuente: Dirección Hospital de Quirihue 2008.

ANEXO N° 5:

Figura N° 6: Continuación Resolución exenta aprobación Planificación Estratégica Hospital de Quirihue

3. La Planificación Estratégica responde a las orientaciones y lineamientos de la reforma de salud y objetivos sanitarios. Fue desarrollada en coherencia con la Planificación Estratégica del SSÑ (2007-2010).

4. El equipo responsable de la elaboración y posterior implementación de la Planificación Estratégica período 2007-2010 es el Equipo Directivo del Hospital de Quirihue. Equipo conformado y aprobado por Resolución Exenta N° 407, del 25.10.2007

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE POR FACULTAD DELEGADA DEL DIRECTOR DEL SERVICIO SALUD ÑUBLE.

**SOLEDAD VALDES RUBILAR**
DIRECTORA HOSPITAL QUIRIHUE

Res. 390 del 29.10.2007
DISTRIBUCIÓN
- Director SSÑ.
- Oficina ODH SSÑ.
- Integrantes Equipo Directivo HQ.
- Oficina de Personal
- Archivo Dirección
- Oficina de Partes

Fuente: Dirección Hospital de Quirihue 2008.

ANEXO N° 6:

Figura N° 7: Resolución exenta aprobación Planificación Estratégica Hospital El Carmen



Fuente: Dirección Hospital El Carmen 2008.

ANEXO N° 7:

Figura N° 8: Resolución exenta aprobación Planificación Estratégica Hospital de Coelemu



Fuente: Dirección Hospital de Coelemu 2008.

ANEXO N° 8:

Figura N° 9: Resolución exenta aprobación Planificación Estratégica Hospital de Bulnes





BULNES, 26 NOV. 2007

VISTOS: Texto Refundido coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las Leyes N° 18.993 y N° 18.469, publicado en el Diario Oficial el 24 de abril de 2006, N° 01; Artículo 46, letras a, b y c; Resolución N° 520/96, de la Contraloría General de la República; sobre exención del trámite de toma razón; el D.S. 140/04, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Resolución Exenta N° 252/07, que encomienda funciones de Directora del Hospital de Bulnes; dicto la siguiente:

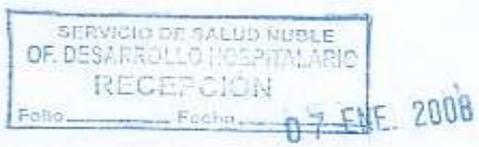
RESOLUCION EXENTA 1 H 3/N° 959

- 1.- **APRUÉBASE** la "Planificación Estratégica del Hospital de Bulnes, para el periodo 2007 al 2010", el cual contiene la Misión y Objetivos Estratégicos de la Institución para los próximos tres años, Planificación construida mediante un proceso participativo con los funcionarios de este centro asistencial, en los términos y condiciones que en ella se señalan.
- 2.- Dejase establecido que en el documento que se aprueba por este acto denominado "Planificación Estratégica del Hospital de Bulnes para el periodo 2007 al 2010", contiene los planes anuales de trabajo para el año 2008, de los Servicios de: Médico Quirúrgico, Gineco-Obstetricia, Recursos Humanos, Servicios Generales, Contabilidad, Abastecimiento, Urgencia, Rayos, Farmacia y Central de Alimentación, los que deberán ser cumplidos y evaluados en el transcurso del año calendario para el cual han sido diseñados. Será responsabilidad de los Jefes y Encargados de los respectivos servicios informar en forma bimensual a la Dirección del Hospital, respecto al grado de cumplimiento en la implementación de las actividades planificadas.
- 3.- La presente Planificación Estratégica, está estructurada par el trienio 2007-2010 y comprende los diferentes aspectos de la gestión del Hospital, en cada una de sus áreas, la que deberá ser ejecutada y evaluada para lograr las metas propuestas para el año 2010.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

Dra. LORETO VIVALLOS SOTO
Directora Hospital Bulnes

Distribución:
- Jefes de Servicios y Unidades de Apoyo H. Bulnes
- Archivos

Fuente: Dirección Hospital de Bulnes 2008.

ANEXO N° 9:

Figura N° 10: Resolución exenta aprobación Planificación Estratégica Hospital de Yungay



Fuente: Dirección Hospital de Yungay 2008.

ANEXO N° 10:

Tabla N° 19: Instrumento Medición Proceso de la Formulación Estratégica

Evalúa la capacidad del establecimiento de generar una visión estratégica, traducida en políticas propias, concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, la capacidad de plantearse objetivos y metas, que al menos contemple los ámbitos de satisfacción usuaria, gestión clínica y administrativa, gestión financiera y de recursos humanos. Define plazos y responsables, y evalúa el cumplimiento de dichos objetivos y metas planteadas. Evalúa que el desarrollo de la planificación estratégica sea participativo y se traduzca en planes anuales de actividades. Cabe destacar que este instrumento evalúa de forma dicotómica (Si/No).

	Indicador	% Indicador	Requisito Técnico	Medio de Verificación	% Cumplimiento	Observaciones
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
1	El establecimiento cuenta con una Planificación Estratégica actualizada.	9%	<p>La Planificación Estratégica (PE) que presenta el Establecimiento, refleja el proceso de definición de objetivos y metas institucionales, con las cuales la organización quiere realizar una misión institucional explícita y alcanzar una visión de largo plazo. La brecha entre la situación actual y la deseada se cierra a través de metas precisas, a ejecutarse por personas individualizadas explícitamente, en lapsos de tiempo determinados, donde se establecen mecanismos para recoger información sobre los grados de avance, retroalimentar y evaluar el proceso.</p> <p>Este conjunto de objetivos, metas, responsables y plazos, se establecen por un período mínimo de 3 años y máximo de 4. Los períodos anuales deben estar contenidos o traducidos en el Plan Anual de Actividades del Establecimiento y deben tener un correlato con el Presupuesto Anual y el Plan de Inversiones.</p> <p>La PE se entiende "actualizada" cuando se encuentra dentro del período de vigencia que se fijará el propio plan (3 a 4 años). Se entiende por "vigente para el año en curso", cuando hay documentación que especifique las metas estratégicas contenidas en el Plan Anual del Establecimiento y su consiguiente correlato presupuestario.</p>	Documento que contenga la Planificación Estratégica y la Resolución que la aprueba.	9%	

2	La Planificación Estratégica es concordante con las políticas de la Red Asistencial, establecidas por el Servicio de Salud.	9%	La Planificación Estratégica, es concordante con las políticas de la red cuando el establecimiento tiene documentado en su propio Plan, el análisis del Plan Estratégico o políticas del Servicio de Salud respectivo y se encuentra fácilmente deducible la forma en que el establecimiento lo correlaciona en sus objetivos y metas estratégicas.	Documento Planificación Estratégica Certificado de Director de Servicio de Salud, que indique el envío o no de las Políticas de la Red	9%	
3	Participaron en la elaboración del plan estratégico: Consejo Técnico, Consejo de desarrollo, representantes de estamentos y de gremios.	4%	En el proceso de elaboración de la planificación debe haber instancias formales de consulta, con registro de citaciones, de participantes y documentación de sus aportes. En el caso de Consejo de Desarrollo, se considera cumplido el indicador, si participó en la elaboración del plan (Ej. Consejo de Desarrollo). Debe haber participación representativa de los estamentos y de los gremios.	Registro de citaciones, participantes y documentación de esos aportes.	4%	
LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INCORPORA POLÍTICAS DE:						
4	Gestión de los Procesos Clínicos y de apoyo.	6%	Gestión de los Procesos Clínicos y de apoyo. En el documento de PE se debe explicitar al menos, las políticas y metas relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> • La definición y estandarización de procesos productivos intermedios y finales • Iniciativas o actividades en: • Productividad, calidad de las prestaciones y eficiencia del establecimiento. • Mejoras en la coordinación inter servicios. • Mejor utilización de la infraestructura, equipamiento y RRHH. • Sistemas de adquisición. 	Documento Planificación Estratégica.	6%	

5	Mejoramiento de índices de satisfacción Usuaría: (Gestión de Calidad).	6%	<p>Objetivos y metas en el mejoramiento de índices de satisfacción Usuaría, deben existir al menos, políticas y metas en los siguientes ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metas en el ámbito de la definición de indicadores de satisfacción usuaria y de instrumentos para su evaluación (encuestas, Buzones, etcétera) • Metas cuantitativas de mejora de indicadores ya definidos. • Metas con relación a desarrollo de iniciativas que apunten a la satisfacción usuaria. 		6%	
6	Gestión y desarrollo de los Recursos Humanos y su capacitación.	6%	<p>La política de gestión y desarrollo deberá estar expresada en un Plan de acción y ser parte del Plan Estratégico del establecimiento y deberá incluir Objetivos y metas a lo menos, en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización de la unidad. • Procesos de selección, reclutamiento y desvinculación de personal. • Desarrollo del personal, capacitación, reconocimientos. • Bienestar, mejora del entorno laboral, e incentivos de iniciativa local. • Procesos de evaluación del desempeño funcionario. • Registro del personal. 		6%	
7	Planificación y Control de Gestión.	6%	<p>Planificación y Control de Gestión. La PE debe contener al menos, políticas y metas con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y evaluación del grado de cumplimiento del PE • Mecanismos de análisis y mejora del grado de cumplimiento. 		6%	

8	Gestión Financiera contable y presupuestaria.		Objetivos y metas en Gestión Financiera contable y presupuestaria. Deben existir al menos, políticas y metas relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información presupuestaria para la gestión financiera. • Sistema de control y monitoreo de presupuesto por unidad • Sistema de relación producción- costos • El equilibrio financiero. 		6%	
9	Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos.	4%	Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos. La PE debe contener al menos, políticas y metas con relación a: Mejorar procedimientos administrativos de cobranza y recaudación.		4%	
10	Gestión de los Recursos Físicos e Inversiones.	5%	Gestión de los Recursos Físicos e inversiones. La PE debe contener al menos, políticas y metas relacionadas a: <ul style="list-style-type: none"> • Requerimientos en infraestructura • Mantenimiento • Reposición de equipamiento • Profesionalización del área operacional del establecimiento 		5%	
11	Auditoria.	4%	Auditoria. Se exigirá que la PE contenga al menos Programa de trabajo en auditoria clínica.		4%	
PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES						
12	Existe un Plan Anual de actividades para el año en curso que implemente el Plan Estratégico.	9%	Plan Anual que presenta el Establecimiento es el documento que traduce la PE en actividades asistenciales y/o administrativas para el año calendario con su correlato presupuestario, definiendo los plazos y responsables de las mismas. Asimismo, el Plan debe explicitar un mecanismo de evaluación periódica a su grado de cumplimiento.	Plan Anual de Actividades y Resolución que lo aprueba	9%	
13	Existe un presupuesto asignado para las actividades del plan anual.	5%	Existencia de Plan anual con actividades y presupuestos correlacionados. De este modo, todas las actividades que signifiquen la generación de gastos, deben tener presupuesto	Plan Anual de Actividades	5%	

			asignado para su realización.			
14	Se realiza revisión de grado de cumplimiento y estado de avance de las actividades contempladas en el Plan Anual.	5%	El establecimiento debe realizar evaluaciones periódicas del grado de cumplimiento de su respectivo plan anual de actividades, conforme al mecanismo establecido en éste. Al momento que se realice la auditoria de aplicación del presente Instrumento, dicha evaluación no deberá tener una antigüedad mayor a 1 trimestre. Las evaluaciones periódicas deben estar ratificadas por el Director del Establecimiento.	Informes de evaluación, conforme a mecanismo establecido en Plan Anual y documento conductor dirigido al Director de Establecimiento	5%	
PLAN ANUAL DE INVERSIONES						
15	El establecimiento tiene un plan de Inversiones para el año en curso.	7%	El Plan de inversiones, es el documento elaborado por el establecimiento, que señala las inversiones, sus costos y sus justificaciones con relación al cumplimiento de la PE del establecimiento o la Sustentabilidad de su Plan Anual.	Plan de Inversiones y la Resolución que lo aprueba	7%	
16	Este Plan de Inversiones es concordante con el Plan Estratégico	5%	El Plan de inversiones debe relacionarse directamente con el Plan Estratégico y con el respectivo Plan Anual de Actividades.	Plan de Inversiones, Plan Estratégico y Plan Anual	5%	
17	Se realizó revisión de grado de cumplimiento y estado de avance de las actividades contempladas en el Plan Anual de Inversiones	4%	El establecimiento debe realizar evaluaciones periódicas del grado de cumplimiento de su respectivo plan de inversiones. Al momento que se realice la auditoria de aplicación del presente Instrumento, dicha evaluación no deberá tener una antigüedad mayor a 3 meses. Las evaluaciones periódicas deben estar ratificadas por el Director del Establecimiento.	Informes periódicos y documento conductor dirigido al Director del Establecimiento.	4%	
TOTAL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES		100%				

Fuente: Servicio de Salud Ñuble, basado en el Instrumento Técnico de certificación de cumplimiento de requisitos para la obtención de la calidad de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).

ANEXO N° 11:

Tabla N° 20: Tabla de Puntaje; El evaluador debe verificar todos los documentos consultados, en caso de que solo uno de ellos falte, el puntaje obtenido será de 0%.

Acápites	Indicador	Puntaje Cumplimiento	SI / NO
Formulación Estratégica	1	9%	
	2	9%	
	3	4%	
	4	6%	
	5	6%	
	6	6%	
	7	6%	
	8	6%	
	9	4%	
	10	5%	
	11	4%	
	12	9%	
	13	5%	
	14	5%	
	15	7%	
	16	5%	
	17	4%	

Fuente: Servicio de Salud Ñuble, basado en el Instrumento Técnico de certificación de cumplimiento de requisitos para la obtención de la calidad de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).