



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTION**

**ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE
AUTOGESTION HOSPITALARIA, HOSPITAL SAN CAMILO DE SAN
FELIPE**

Alumnos: Ruiz Sáez, Benjamín Ulises
Silva Chaparro, Angélica Inés

Profesor Guía: Valeria Quilapan, Juan

Tesis Para Optar Al Grado de Licenciado En Gobierno Y Gestión Pública
Tesis Para Optar Al Título De Administrador Público

Santiago - 2009

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

“Al concluir esta importante etapa de nuestra vida, dedicamos el fruto de este gran esfuerzo a nuestra hija, Pamela Andrea, por su comprensión, largos años de espera y postergaciones.

Agradecemos, en lo profesional, a nuestro Profesor Guía, Sr. Juan Valeria Q. por su voluntad y compromiso para asumir la orientación y supervisión del presente trabajo, al cuerpo docente de esta prestigiosa Casa de Estudios por darnos la oportunidad en este proceso de formación profesional; en lo familiar, a nuestros padres por colaborar en el apoyo incondicional para sacar adelante este proyecto.”

INDICE TEMÁTICO
UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ADMINISTRACION PUBLICA

Estrategias para implementación del Sistema de Autogestión Hospitalaria en el Hospital San Camilo de San Felipe

Cap.	Contenidos	Página
I.-	<u>INTRODUCCIÓN.</u>	5
II.-	<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	8
2.1	Planteamiento	8
2.2	Institución objeto del Estudio	9
2.3	Misión Institucional	9
2.4	Datos Geográficos y Población	10
2.5	Planta Física y de Personal	10
2.6	Pregunta de Investigación	12
2.7	Planteamiento Hipótesis	12
2.8	Objetivos del Estudio	12
2.8.1	* Objetivo General	12
2.8.2	* Objetivos Específicos de la Investigación	12
2.9	Justificación	13
III.-	<u>MARCO TEÓRICO</u>	15
3.1	Evolución Políticas de la Salud Pública Chilena	15
3.1.1	* Primer Período	15
3.1.2	* Segundo Período	15
3.1.3	* Tercer Período	16
3.2	Principales Reformas del Sector Salud	17
3.2.1	* De Fondo	17
	- Ley N° 2.763/1979	17
	- Decreto Ley N° 3.626/1981	17
	- Ley N° 18.469/1985	17

	- Ley N° 18.933/1990	17
3.2.2	* De Forma	18
	- Ley N° 19937/2004 Autoridad Sanitaria	18
	- Art. N° 25 Ley N° 19937 Autogestión en Red	18
	- Ley N° 19.966/2004 Garantías Explícitas	18
3.3	Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)	19
3.3.1	* Análisis principales contenidos de Autogestión	19
3.3.2	* La Autogestión y su Evaluación Técnica	23
3.4	Los Actores en la Reforma y Autogestión	24
3.4.1	* El impacto integral. Salud y Futuro	24
3.4.2	* Camino a la semiprivatización. Movimiento Obrero	24
3.4.3	* Autogestión hospitalaria. Universidad del Desarrollo	25
3.5	Viejos y Nuevos Paradigmas de Gestión	26
3.5.1	* El antiguo modelo de gestión hospitalaria	26
3.5.2	* El nuevo contexto de gestión hospitalaria	28
3.6	Paradigmas y Factores del Sistema Organización	29
3.6.1	* Factores Organizacionales	29
3.6.2	* Factores Administrativos	34
3.6.3	* Factores Financieros	37
3.6.4	* Factores Asistenciales	39
3.7	Efectos de las Reformas en la Gestión de Salud	46
3.7.1	* Efectos sobre demandas y necesidades sociales	47
3.7.2	* Efectos en el mejoramiento de la gestión	47
3.7.3	* Efectos en la administración (autonomía v/s autogestión)	48
IV.-	<u>DISEÑO DE INVESTIGACION</u>	50
4.1	Descripción del diseño investigativo	50
4.2	Descripción del esquema metodológico	50
V.-	<u>DE LA MUESTRA</u>	52
5.1	Universo del estudio	52
5.2	Muestra	52
VI.-	<u>RECOLECCION DE INFORMACION</u>	53
VII.-	<u>ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS</u>	54

7	Resultados de la recopilación de información	54
7.1	Del instrumento técnico de certificación (base 2006)	54
7.1.1	* Factores y variables con observaciones negativas	54
7.1.2	* Tabulación resultados del instrumento	57
7.2	De la encuesta de opinión	59
7.2.1	* Resultados de la encuesta	59
7.2.2	* Determinación de factores/variables observadas	60
VIII.-	<u>CONCLUSIONES</u>	61
8.1	Introducción al cierre	61
8.2	Conclusiones en función de los objetivos	62
8.2.1	* Principales cambios de la Autogestión	62
8.2.2	* Conclusiones finales de las herramientas de evaluación	64
	- Del instrumento técnico	64
	- De la encuesta de opinión	68
8.3	Implementación estrategias transversales	70
8.4	La modernización y su evaluación general	78
8.5	Consideraciones Nivel País del proceso de Autogestión	78
	<u>ANEXOS</u>	80
1.-	Organigrama Hospital San Camilo	81
2.-	Modelo Instrumento Certificación E.A.R.	82
3.-	Modelo Encuesta Opinión	92
	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	93

I.-

INTRODUCCION

Al Estado, a través de los gobiernos de turno le ha correspondido asumir como misión central garantizar el bien común de la población, mediante el empleo de una serie de instrumentos que proporcionan las políticas públicas, todo ello teniendo como horizonte el acceso a diversos beneficios sociales bajo condiciones de equidad, igualdad, respeto y trato digno (humanización), principalmente para aquellos sectores más vulnerables.

Dentro del conjunto de las políticas sociales, el sector salud es uno de los más sensibles, donde más perceptibles son las falencias de los sistemas debido a su alta demanda y permanente insatisfacción de usuarios y beneficiarios, siendo, por ello el reflejo fiel de la realidad que deben enfrentar los gobiernos de turno, a través de la historia de la salud pública chilena, con desafíos siempre pendientes y problemáticas crecientes.

Sin duda que desde los orígenes y primeros indicios de un sistema de salud público, cuyos registros se remontan al 1552, hasta nuestros días, revisando la historia, nos encontramos con la gestación de distintas formas de ejercer la salud pública hasta la concreción de Reformas de Fondo y de Formas bajo el formato de Leyes y Reglamentos. Es así, que este proceso de transformación, a través de su historia, ha debido ser asumido por distintos regímenes políticos, como también le ha correspondido al Estado asumir distintos roles en el impulso de la gestión de salud.

La Salud Pública Chilena Bajo Regímenes Políticos

a).- En un primer período, desde los años cuarenta hasta 1973, se lleva adelante bajo gobiernos democráticos hasta concluir el 73 con un régimen de marcada tendencia izquierdista, en el cual no destacan mayores reformas de trascendencia en salud (se crea el Sermena y el Servicio Nacional de Salud)

b).- Un segundo período, se desarrolló bajo el régimen militar, surge desde fines del año 1973 y culmina con la recuperación de la democracia el año 1990. Este período destaca algunos hitos de interés como son: creación del Fondo Nacional de Salud, el Sistema Nacional de Servicios de Salud, Traspaso de Consultorios a la Administración Municipal, se crean las Isapres y se dicta el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

c).- El tercer y actual período corresponde al post militar, desde 1990 a la fecha, se caracteriza por el regreso de los gobiernos democráticos y de apertura a la participación social. Los hitos relevantes en materias de salud, dicen relación con las reformas y modernización impulsadas a partir del año 2002 con importantes proyectos a saber; Ley de Autoridad Sanitaria, Ley de Regulación de Nuevas Políticas de Personal, esto es, de Alta Gerencia Pública, Ley Auge, hoy día conocida como Garantías Explícita

en Salud GES, Ley de Derechos y Deberes de las Personas. Para el caso en estudio, la Ley de Autoridad Sanitaria fue aprobada el año 2004 bajo el N° 19937 y con ella se crean y definen los Establecimientos Autogestionados en Red, bajo la sigla E.A.R.

La Salud Pública Chilena Bajo el Rol del Estado

Podemos resumir los hitos desde el punto de vista de la función del Estado en ellos, se pueden distinguir tres períodos de participación:

- a) Hasta los años 70, el rol del Estado básicamente benefactor.
- b) En la década de los 80, Estado descentralizador y privatizador (época de régimen militar imperante).
- c) Año 90 en adelante, Estado innovador, modernizador, inversión social, apertura, participación, compromiso social, alta exigencia en la gestión del sector salud, fijación de metas, incentivos por cumplimientos, innovación en sistema de selección de alta dirección.

La participación del Estado a través de sus distintos gobiernos y la implementación de las reformas de salud en el contexto de la historia, nos dan cuenta de la existencia de variados factores organizacionales, administrativos, financieros y asistenciales, entre otros, que han debido sortear con mayor o menor éxito los distintos gobiernos para lograr llegar hoy día a la construcción del nuevo modelo de gestión en salud aplicable a los recintos hospitalarios.

Sobre estos factores, su incidencia en los procesos actuales de modernización en materias de salud; en particular, sobre el proceso de Autogestión Hospitalaria en curso y las estrategias implementadas para sacar adelante el Modelo E.A.R. en el Hospital objeto del estudio, será materia de investigación que exponemos en detalle a continuación.

Introducción a la Investigación

La implementación del Modelo de Autogestión Hospitalaria en el Hospital San Camilo de San Felipe requiere de un proceso de cambio organizacional profundo el cual obliga a conocer y analizar las condiciones actuales que obstaculizan o facilitan la gestión integral del establecimiento, en adelante factores; ello orientado a la inminente puesta en marcha del Modelo E.A.R. proyectado para el año 2009. Para este efecto será necesario separar las materias de estudio en tres etapas:

- a) La primera etapa para profundizar en la búsqueda de la doctrina de un establecimiento de salud público, vale decir, materias relativas a: factores organizacionales, factores de la administración, factores financieros y factores asistenciales para luego asociar a cada uno de ellos sus principales variables y su incidencia en la implementación del modelo.
- b) Una segunda etapa del estudio orientado al análisis interpretativo de los resultados obtenidos con la aplicación del mecanismo de evaluación del proceso de certificación E.A.R realizado el año 2007 respecto del año 2006 en el cual se presentan los estándares requeridos para la Autogestión con sus resultados para las distintas áreas del quehacer institucional. La finalidad es determinar las brechas que entrega este resultado, analizadas por concentración de factores descritos y sus respectivas variables.
- c) Finalmente, con la evaluación de las dos etapas anteriores se pretende dar respuesta a los objetivos que se plantean en adelante.

II.-**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA****2.1.- Planteamiento**

La Modernización del Estado, entre otras áreas del quehacer nacional, también contempla aspectos relativos a transformaciones para el Sector Salud, mediante la aplicación de políticas que se han traducido en la dictación de una serie de Leyes complementarias reformistas que apuntan a mejorar y asegurar, entre otros, la calidad de las prestaciones y su resolutivez en el tiempo, acompañados con una eficiente gestión hospitalaria. En efecto, esta nueva forma de hacer salud en Chile, está orientada, en lo interno, a elevar las exigencias en la gestión de sus administradores; ya entraremos en materia para referirnos a cada una de ellas, por ahora nuestro horizonte se centra en esta nueva estrategia de gestión denominada Establecimientos Hospitalarios Autogestionados en Red y su principal objetivo es la desconcentración y autonomía en la gestión del sistema público de salud, asignando potestades a Directores de Hospitales para administrar este proceso. Este nuevo desafío obliga a que los establecimientos de salud deban incurrir y enfrentar los nuevos tiempos con herramientas de gestión moderna y evaluación de cumplimiento mediante compromisos e indicadores de gestión en el corto plazo.

Pero, es válido preguntar ¿Esta nueva y moderna legislación con énfasis en la gestión y resultados, lleva consigo orientaciones hacia el cambio organizacional y de las personas, entendiendo como tales a los responsables de poner en movimiento estos instrumentos y de ejecutarlos, es decir, en los directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares del Hospital en comento?

En un proceso complejo por el cual ha transitado el sistema de salud chileno, desde las primeras reformas hasta hoy, coexisten muchos factores, algunos controlables como son los organizacionales, asistenciales y financieros; pero ¿Que pasa con los factores culturales necesarios para el cambio? ¿Cómo se prepara al personal para que adopten una actitud de apoyo y compromiso a las nuevas herramientas? ¿Cómo cambiar el swicht de funcionario público a servidor público? En fin, hay muchas interrogantes que responden a variables controlables o no, pero que representan en muchos casos, expectativas, reacciones frente a propuestas rentables quizás, o de perspectivas de desarrollo, crecimiento, carrera funcionaria, etc.

Pero, en consecuencia, ¿Qué es "Autogestión Hospitalaria en Red"? una breve descripción; es la acreditación certificada que recibe un establecimiento de salud hospitalario público de más alta complejidad (tipo 1 y 2) con la denominación de "Establecimiento Autogestionado en Red" (E.A.R.) a partir de un proceso de Certificación basado en el estándar definido por Ley y su Reglamento y que fuera introducido a partir de la Reforma de la Salud publicada el año 2004, está orientado esencialmente a la gestión financiera, de recursos humanos, administración, red clínica y asistencial, tecnologías TIC, entre otras y entrega ciertas facultades a Directores de Hospitales definidas por Ley.

2.2.- Institución objeto del estudio

El Hospital San Camilo de San Felipe es un establecimiento de salud pública que pertenece a la Jurisdicción del Servicio de Salud Aconcagua; es el más importante del Servicio (hospital base). Se clasifica como Tipo 2 ya que posee las cuatro especialidades básicas a saber: Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia, además de Neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos y Tratamiento Intermedio, estas tres últimas desarrolladas por iniciativa del establecimiento, necesarias para clasificarse en Tipo 2. Su estructura asistencial no contempla las especialidades de Traumatología, Cardiología, Oncología, debiendo complementarse con el Hospital de Los Andes y en caso de urgencias extremas con hospitales del área Valparaíso y Viña del Mar.

Su obra gruesa actual fue levantada hacia 1973, época en la que debido a los acontecimientos políticos y sociales imperantes, detuvo su construcción activándose hacia 1990. Su actual y moderna estructura está dotada de alta tecnología tanto clínica, computacional y de servicios; con una inversión en Obras que superan los 7.236.- millones y en Equipamiento Clínico y de Oficina superior a 2.557 millones de pesos, más una inversión en Sistemas y Equipamiento Computacional superior a 800.- millones.- Con esta nueva infraestructura abrió sus puertas en el año 1993.- como un Hospital Modelo (ver Anexo 1: Organigrama).

Sin embargo, y a pesar de su moderna infraestructura, no es la excepción de los problemas principalmente financieros del sistema en general, la deuda hospitalaria histórica amenaza la gestión integral y restringe la posibilidad de dar respuesta con plena satisfacción y autonomía, sumado a la alta complejidad producto de su categorización y a la entrada en vigencia en forma consecutiva de diversos modelos de atención y programas que tienden a acercar e integrar a la comunidad, pero que generan una enorme presión en su recurso humano ya desgastado e insuficiente en relación al crecimiento de las demandas sociales y demográficas (Hospital Amigo, Chile Crece, el Auge, Ges, OIRS, Gestión en Redes, Modelo Integral, etc). Ahora le corresponde el turno a la Autogestión, incorporando nuevos compromisos a todas las áreas de la institución, con nuevas exigencias para los equipos de salud.

2.3.- La Misión Institucional

Corresponde al Hospital San Camilo de San Felipe llevar adelante las acciones de salud, para satisfacer con el máximo de eficiencia, las necesidades recuperación y rehabilitación de la población que así lo demanda, empleando para este fin, todos los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros disponibles.

La entrada en vigencia de la Autogestión obliga a revisar y replantear estas definiciones, surgen entonces nuevos conceptos como son, tiempos de respuestas, gestión de calidad, acceso, oportunidad,

entre otros, cuya definición debe ser más concreta e incorporar en ella los lineamientos que el modelo de Autogestión exige. Junto a la misión también la visión debe centrarse en plazos más breves, es decir, la planificación estratégica debe ser acotada a un máximo de tres años, que es en definitiva el tiempo mínimo a ejercer un cargo de Alta Gerencia Pública, vale decir, el Director de este nuevo modelo de Hospital, aún cuando esté sujeta a evaluación permanente año tras año.

2.4.- Descripción Geográfica y Población

Se encuentra ubicado en la Comuna de San Felipe, Avenida Miraflores N° 2085, a pocos minutos del centro de la ciudad y de fácil acceso, con locomoción colectiva a la puerta.

La población asignada a la provincia asciende a 134.461.- habitantes (año 2000)

Cuadro N° 1

Distribución de Población Asignada Año 2000

Provincia de San Felipe

<u>Comunas</u>	<u>Habitantes</u>
1.- San Felipe	65.034
2.- Putaendo	13.796
3.- Santa María	13.541
4.- Panquehue	7.088
5.- Llay Llay	22.616
6.- Catemu	<u>12.386</u>
Total Provincia	134.461

Fuente: Servicio Salud Aconcagua, página web www.ssaconcaagua.cl

2.5.- Planta Física y de Personal

Tiene una superficie total de 50.000 mts². 17.000.- están construidos, el resto lo forman áreas verdes y estacionamientos. Su planta de personal al 31/12/2006.- es de 632 funcionarios distribuidos entre Médicos, Directivos, Profesionales, Técnicos, Administrativos, Auxiliares y Honorarios.

Cuadro N° 2

Dotación de Personal

Dotación Ley 18.834	Nº de Cargos
Directivos	11
Profesionales	124
Técnicos	254
Administrativos	67
Auxiliares	73
Total Ley 18.834	529
Dotación Ley 19.664	Nº de Cargos
Médicos	86
Profesionales	2
Odontólogos	7
Honorarios	8
Total Ley 19.964	103
TOTAL	632

Fuente: Servicio Salud Aconcagua, página web www.ssaconcagua.cl

El crecimiento demográfico está relacionado directamente con el incremento de las demandas en salud, ambos deben ir de la mano con el crecimiento y desarrollo organizacional, en particular del recurso humano; si no se conjuga esta relación es altamente probable que cualquier modelo que incorpore compromisos del personal en temas de calidad, satisfacción, metas, autonomía en la gestión, entre otros, no genere los resultados e impacto esperado. Como consecuencia sólo se tendrá un recurso humano con sobrecarga de actividad, rendimiento mínimo, alta presión, desmotivación e incapacidad de aportar a los compromisos institucionales.

Las estadísticas oficiales de Censo de la década 1992 – 2002 indican un incremento de población asignada a las seis (6) comunas de la provincia de San Felipe del 12,80% (1992 = 116.943 habitantes; 2002 = 131.911 habitantes)¹ este incremento incide en una mayor demanda de necesidades de atención de salud de la población que puede llegar a duplicarse en el mediano plazo. Las cifras actuales indican una demanda asistencial sobre las 250 mil personas (Provincias de San Felipe – Los Andes)²

¹ Fuente: Página <http://www.ine.cl/> y <http://deis.minsal.cl/>

² Fuente: página web <http://www.colegiomedicovalparaiso.cl> Nota publicada con fecha 02/12/2008.- colegio Médico Regional Valparaíso.

2.6.- Pregunta de Investigación

¿De los factores que coexisten en la organización, cuáles facilitan u obstaculizan la implementación del nuevo Modelo de Autogestión en el Hospital San Camilo de San Felipe, para su entrada en vigencia el año 2009?

2.7.- Planteamiento de la Hipótesis

La propuesta de trabajo nos plantea el siguiente escenario hipotético:

“La complejidad del sistema hospitalario reinante en la organización Hospital San Camilo de San Felipe, impide la implementación satisfactoria del Modelo de Autogestión en el corto plazo.”

Nuestro planteamiento se fundamenta en el análisis previo de la Normativa referida a la Autogestión Hospitalaria y a la revisión del Instrumento Técnico de Certificación para E.A.R.- que da cuenta del enorme desafío para el establecimiento y su alta complejidad para implementarlo a priori, porque allí se reúnen una serie de factores heterogéneos que deben conjugarse y coordinarse para lograr el fin; muchos de estos factores serán finalmente los responsables del incumplimiento de estándares y en definitiva de la puesta en marcha.

2.8.- Objetivos del Estudio:

2.8.1.- Objetivo General

Determinar cuales son los factores y las variables del sistema “*organización*” que de acuerdo al estudio, obstaculizan la implementación del Modelo de Autogestión Hospitalario, en vías de su inminente entrada en vigencia.

2.8.2.- Objetivos Específicos de la Investigación

- a) Reunir los antecedentes necesarios para conocer en concreto la normativa que regula la implementación del Modelo de Autogestión e identificar los cambios más importantes en relación al sistema de administración hospitalaria actual.
- b) Identificar los factores y variables que mayormente obstaculizan la puesta en marcha del modelo de autogestión obtenido mediante la aplicación del instrumento técnico de certificación y de la encuesta de opinión y determinar las falencias y debilidades de aquellos cuya incidencia afecta negativamente la certificación.
- c) Proponer estrategias transversales para las principales áreas de la administración institucional directamente ligadas al proceso de certificación (estructura organizacional, sistemas,

planificación estratégica, gestión de recursos humanos, participación social, gestión asistencial, entre otras) orientadas a superar las barreras que obstaculizan el proceso en marcha, principalmente para aquellas observaciones más recurrentes y cuya incidencia tienen efectos nocivos en el logro de la acreditación.

- d) A través del marco teórico, conocer los efectos del nuevo modelo, la postura de diversos actores frente al tema de autogestión, como herramienta de gestión para la salud, sus orientaciones, bondades y falencias, en opinión de sus defensores y detractores que sirva de fuente de consulta para estudios afines.

2.9.- Justificación del Estudio

Nos enfrentaremos de plano con una realidad compleja, por cuanto la gestión hospitalaria en sí misma, presenta grandes desafíos por comprender la diversidad de factores que intervienen en el trabajo cotidiano, que deben ser asimilados, controlados y ejecutados por una gran cantidad de servidores públicos de muy variadas profesiones expuestos constantemente al juicio público producto de su gestión. En lo esencial, las reformas del sector a partir de 1979 han ido evolucionando con celeridad y elevando el nivel de exigencia y compromiso llegando hoy día a un sistema de gestión basado en resultados. A partir de esto, es muy importante investigar aspectos relacionados con la capacidad de absorción de estos cambios en el personal hospitalario, su participación en ellos, el conocimiento y preparación recibido, expectativas que les abre el modelo, temas sobre del clima laboral, en fin, se pretende indagar principalmente en aspectos relevantes del sistema organización, fundamentales para compatibilizar el Modelo E.A.R con los actores principales (funcionarios) que tendrán la misión de implementar y poner en marcha el modelo hacia el año 2009 sorteando las barreras y brechas que en el transcurso irán surgiendo con distinto grado de complejidad.

Del punto de vista técnico, la puesta en marcha de la Autogestión incide de forma importante en la gestión del sistema de salud al interior de los hospitales públicos, pues demanda de sus autoridades y funcionarios preparación, conocimiento y compromiso con los lineamientos y directrices del Modelo; entendemos, que hay un nivel mayor de sujeción a cumplimiento de indicadores, productividad y evaluaciones periódicas, entre otras exigencias de infraestructura, desarrollo, financieras, tecnológicas y operacionales, relativas a los distintos procesos que intervienen y otros tantos aspectos técnicos a analizar en el marco de la reforma al modelo de salud.

Al igual que el conjunto de reformas de la modernización, el modelo de autogestión hospitalaria busca el equilibrio entre la satisfacción usuaria y la eficiencia en la gestión, maximizar la aplicación de los recursos siempre escasos en salud con las necesidades de la población, asegurando el financiamiento

e insumos para la atención del conjunto de prestaciones, manteniendo como horizonte permanente la calidad, el buen trato y resolución de problemáticas del sector con equipos capacitados y comprometidos.

Del punto de vista del conocimiento académico, se considera importante destacar la contribución que los resultados puedan aportar a procesos similares para organizaciones que van a iniciar cualquier cambio y para la propia institución como una herramienta en la gestión de los administradores.

Para el entorno social más próximo a la institución y para sus beneficiarios directos resulta de alto interés compenetrarse y empaparse con esta nueva modalidad para validar el proceso y demandar las exigencias de acuerdo con las mejoras que el proceso involucra. Esto contribuye a reducir la incertidumbre y a participar de los resultados. La comunión entre sociedad y organización permite direccionar las políticas de gobierno en la medida que el modelo cumpla las expectativas y mejore la opinión pública.

En el ámbito económico y financiero, las reformas en su conjunto, y en particular aquellas que implican ajustes presupuestarios, reasignaciones e incremento de partidas presupuestarias, cuentan con respaldo legal por tanto teóricamente aseguran su puesta en marcha.

Del punto de vista práctico, el modelo se sustenta en un Reglamento denominado "*Instrumento Técnico de Certificación de Cumplimiento de Requisitos para la Obtención de la Calidad de E.A.R y de Evaluación Anual de Mantenimiento de Requisitos*" documento base para el análisis comparativo de requerimientos y factores determinantes en la implementación (ver Anexo 2: Modelo de Instrumento).

III.-

MARCO TEÓRICO

3.1.- Evolución en las Políticas de la Salud Pública Chilena

Si resumimos las épocas en la que ha transcurrido la historia de la salud chilena, nos encontramos con tres períodos bien demarcados, en los cuales destacan importantes políticas para el sector salud que aquí tratamos con mayor detalle³, y son los siguientes⁴:

3.1.1.- Primer Período: En los años 70 las políticas de salud apuntaban esencialmente a:

- a) Existe una política de intervención nacional del Estado con miras a expandir y consolidar proyectos nacionales en la sociedad que incluyen el tema de salud.
- b) Se privilegian las políticas benefactoras de amplia cobertura.
- c) Las políticas para el sector salud contribuyen al surgimiento de monopolios estatales, pues abarcan financiamiento, provisión de servicios y generación de nuevas políticas.
- d) Surge una imagen de Estado apadrinando todos los sectores sociales, tanto en salud, educación, vivienda, con similar control estatal.

3.1.2.- Segundo Período: En 1979 surge la primera gran Reforma a la Salud mediante la creación Fondo Nacional de Salud, por Ley N° 2.763 que fusiona el Servicio Nacional de Salud (SNS) y Servicio Médico Nacional de Empleados SERMENA, cuya función principal es recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales para salud. A partir de esta Ley, se crea también el Sistema Nacional de Servicios de Salud SNSS integrado además por los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP), Central de Abastecimientos (CENABAST) y Fondo Nacional de Salud (FONASA), se destacan políticas:

- a) Políticas de descentralización y privatización de la salud con la creación de Instituciones de Salud Previsional (Isapres).
- b) Políticas de municipalización de la salud primaria, postas y consultorios de atención primaria, como parte de la descentralización administrativa y en 1995 se crea el Estatuto de Atención Primaria Municipal.
- c) Políticas de reducción del gasto público en salud, paralización de inversión en infraestructura y modernización en el aparato público.

³ Reformas al Sistema de Salud en Chile, CEPAL, Daniel Titelman, Santiago, Septiembre 2000

⁴ Documento investigación académico UAHC "Evolución Políticas Sector Salud, año 2002

- d) Políticas de resguardo y previsión en salud de cargo del trabajador, con el incremento del aporte para salud al 7%.
- e) Políticas de rediseño del sistema público de salud, del punto de vista de la organización y administración, mediante la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Ley N° 18.469 que reemplazó al EX – Sistema Nacional de Salud.
- f) Políticas destinadas a mejorar la administración financiera de los recursos generados por el aporte de salud de los cotizantes del sistema público, mediante la creación de FONASA, junto con ello se diseñan mecanismos de reasignación de recursos a los Servicios de Salud y Municipalidades mediante el FAP (facturación de atenciones prestadas) y FAPEM (facturación de atenciones prestadas municipal) respectivamente, y que técnicamente eran mecanismos de facturación.

3.1.3.- El tercer período: parte con la segunda gran Reforma de la Salud (Modernización del Estado) iniciada a partir del año 2000. Se destacan en ese período:

- a) Política de regulación de la salud municipal,
- b) Políticas de mejoramiento de la gestión pública en salud, mediante los compromisos de gestión de eficiencia.
- c) Creación de los SAPU.
- d) Creación de la modalidad de Hospital Amigo, para incorporar a la familia en la recuperación.
- e) Reforma a la Ley de Isapres, se elimina el aporte estatal del 2% a los planes de salud privados a contar del año 2000.
- f) Planes de acceso mediante eliminación de filas y reducción de listas espera.
- g) Políticas de financiamiento de inversión sectorial (ISAR. Y compartido).
- h) Ley de Financiamiento para Garantías Explícitas y Objetivos Sociales Prioritarios del Gobierno.
- i) Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión
- j) Ley del Régimen General de Garantías en Salud

3.2.- Principales Reformas del Sector Salud

Las principales reformas se dividen de acuerdo a sus contenidos: de Fondo y de Forma

3.2.1.- Reforma de Fondo (1979 – 1999)

Se le denomina a la primera gran Reforma a la Salud chilena, sus principales leyes y contenidos son:

a).- Ley Nº 2.763.- Publicada el 03 de agosto de 1979⁵: Reorganiza el Ministerio de salud y crea los 27 Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, conforma la red de salud se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud, crea las Plantas de Personal y asimilación de éstos a la Escala Única de Sueldos y Escalafones.

b).- Decreto Ley Nº 3.626 de Febrero 1981⁶: Permite la participación del sector privado para financiar y desarrollar sistemas privados de atenciones médicas. Su accionar puede darse bajo dos modalidades; como agentes financieros o agentes prestadores de servicios médicos. La Ley permite que las Isapres operen directamente brindando las prestaciones, o bien actúen como agentes financiadores. En esta primera etapa se desarrollan Isapres de tipo financiero especialistas en reembolsos de gastos médicos.

c).- Ley Nº 18.469 Noviembre 1985⁷: Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud para los beneficiarios del sistema público. Los afiliados y los beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de "libre elección", esto significa que gozarán de libertad para elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida. Las personas carentes de recursos o indigentes, tendrán derecho a recibir gratuitamente todas las prestaciones del sistema. El Régimen se financiará, además, con las tarifas que deban pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten. El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y Economía, Fomento y Reconstrucción a proposición del Fondo Nacional de Salud.

d).- Ley Nº 18.933.- Marzo 1990⁸: Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre.

⁵ DL.Nº2763 03/08/1979 del Ministerio de Salud.- Biblioteca Congreso Nacional

⁶ DL. Nº3626 21/02/1981 Biblioteca Congreso Nacional

⁷ Ley Nº18469 23/11/1985 Ministerio de Salud – Biblioteca Congreso Nacional

⁸ Ley Nº 18933.- 09/03/1990 Ministerio de Salud, Ley de Isapres – Biblioteca Congreso Nacional

3.2.2.- Reformas de Forma:

A partir del año 2000 se inicia una segunda etapa de las reformas, las cuales apuntan a modernizar las ya existentes, manteniendo el fondo. Las principales dicen relación con:

a).- Ley de Autoridad Sanitaria N° 19937⁹: Publicada el 24.02.2004.- Su principal contenido dice relación con la Modificación del DL.N° 2.763/79 en lo relativo a obtener una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, en cuanto a su gestión y participación ciudadana; en esta Ley se define la Autogestión Hospitalaria en su Título IV.-

Subdivide la estructura del Ministerio de Salud en dos, redistribuyendo entre éste y las dos Subsecretarías facultades y funciones, algunas de ellas son.

- a) Ministerio de Salud
- b) La Subsecretaría de Redes Asistenciales
- c) La Subsecretaría de Salud Pública con sus Secretarías Regionales Ministeriales.

b).- Art. N° 25 Ley N° 19.937 Autogestión en Red : La Ley N° 19937 incorpora en su texto la creación y funciones de los ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED, según Art. 25.- señala que aquellos establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", esto siempre que cumplan con los requisitos que señala el Reglamento.

c).- Ley de AUGE N° 19.966 sobre Régimen General de Garantías en Salud¹⁰ : Publicada el 03 de Septiembre del 2004: Es un instrumento de regulación sanitaria que surge como integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a N° 18.469 (Protección de la Salud y Creación Régimen de Prestaciones). Define las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional.

Incorpora Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) deben asegurar las garantías a sus respectivos beneficiarios.

⁹ Ley N° 19937.- 24/02/2004 Ministerio de Salud, Ley de Autoridad Sanitaria – Biblioteca Congreso Nacional.

¹⁰ Ley N°19966.- 03/09/2004.- Ministerio de Salud.- Ley de Garantías en Salud GES – Biblioteca Congreso Nacional.

Las Garantías Explícitas generan derechos para los beneficiarios los que deben exigirse ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás cuando corresponda. Estas garantías se aplican a beneficiarios de las leyes N° 18.469 (Fonasa) y N° 18.933 (Isapres), y pueden variar para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes. Las Isapres se obligan a asegurar el otorgamiento de prestaciones y cobertura financiera que el Fonasa confiere como mínimo en su modalidad de libre elección.

El cronograma de la entrada en vigencia de las patologías con garantías es:

Abril de 2005, se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías.

abril de 2006, se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías.

abril de 2007, se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías.

3.3.- Establecimientos De Autogestión En Red¹¹

3.3.1.- Análisis: Principales Contenidos de la Normativa de Autogestión Hospitalaria

La normativa define que obtendrán la calidad de "*Establecimientos de Autogestión en Red*", siempre que cumplan con los requisitos que señala el Reglamento, aquellos establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones.

a).- En cuánto al Reglamento: deben suscribir el Ministro de Salud y los respectivos establecimientos de salud pública para la regulación de las materias de que trata, entre ellas; sistema de obtención de calidad, proceso de evaluación del cumplimiento de requisitos, mecanismos de evaluación y control de su gestión, de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, gestión financiera, de personal, del cuidado e indicadores y estándares, procedimientos de medición de costos, calidad de atenciones prestadas, satisfacción usuaria. Su aprobación se concreta mediante Resolución fundada entre Salud y Hacienda y la particularidad es que serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud.

b).- De su funcionalidad: mantiene en general las funciones históricas respecto al plano asistencial, sin embargo se modifica la designación de su Director, el que deberá ser profesional universitario con 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N°249/74.- y su relación con el

¹¹ Establecimientos Autogestionados en Red.- Ley N° 19937.- Capítulo IV.- Artículo 25.- B. Congreso Nacional.

Director del Servicio de Salud se regula mediante convenios de desempeño, debiendo ser su cargo concursado mediante la Alta Dirección Pública, pudiendo ser removido al 3º año o renovado por dos períodos similares.

c).- Funciones relevantes del Director del E.A.R.: le competen funciones de Dirección, Organización y Administración, algunas de sus atribuciones más relevantes :

- Dirigir ejecución de programas y acciones de salud, coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar las dependencias, diseñar y elaborar plan de desarrollo y organización interna.
- Elaborar y presentar proyecto de presupuesto vía Servicio de Salud al Ministerio, con inclusión de plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones.
- Ejecutar el presupuesto, administración del personal y decidir sobre personal contratado y honorarios.
- Celebrar contratos compra de servicios y convenios de cualquier naturaleza, con personas naturales, jurídicas, profesionales de la salud con jornada no inferior a 22 hrs. semanales, u con otros establecimientos del sistema de salud o Fonasa, en tareas propias o habituales, ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales. Transacciones superiores a cinco mil (5.000) UF deben contar con aprobación de Hacienda.
- Fijar un arancel para atención de no beneficiarios de la ley N°18.469, realizar operaciones de leasing e invertir excedentes de caja en el mercado de capitales, con autorización expresa de Hacienda y declarar exclusión y baja los bienes muebles y enajenar.
- Condonar, total o parcialmente, por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud. Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud.

d).- Cómo se evalúa el Establecimiento? Anualmente por el Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares, básicamente referidos a::

- Cumplir las funciones definidas en el número 1 a 3 de título *“De las Funciones de un Establecimiento de Autogestión en Red”*, previo informe del Director del Servicio de Salud.
- Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional acreditado.

- Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;
- Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días (60).
- Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios.
- Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, y
- Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera convenidas con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, previo informe del Director del Servicio de Salud.

e).- Y su gestión administrativa y financiera? debe efectuar auditorías a la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, con auditores externos. Además deberá elaborar estados financieros trimestrales con copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio.

f).- En caso de incumplimiento de estándares? Si ello ocurre, el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia. En respuesta, la Subsecretaría y la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo con plazo de 120 días para su ejecución o rechazándolo. Si no presenta el plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones por el solo ministerio de la ley. En tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos sobre Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo .

g).- Cómo se incorpora la participación de los usuarios? la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias debe ser regulada y sancionada por resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales.

h).- Que ocurre con el personal? aquello que se desempeñen en el establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán en él. Sin perjuicio de lo anterior el Director del Servicio de Salud, a solicitud del Director del Hospital, podrá reubicarlo en otro establecimiento de la jurisdicción.

i).- En cuánto a los recursos y bienes del establecimiento? los recursos bajo su administración serán los siguientes:

- Los pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- Pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- Pagos que le efectúe el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;
- Los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;
- Los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- Donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- Las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios y aportes, transferencias, subvenciones que reciba de la Ley de Presupuestos del Sector Público, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y con los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

3.3.2.- La evaluación técnica del establecimiento autogestionado

La evaluación técnica se realiza mediante una herramienta formulada por el Ministerio de Salud denominado “Instrumento Técnico de Certificación de Cumplimiento de Requisitos para la obtención de la Calidad de E.A.R y de Evaluación Anual de Mantenimiento de Requisitos”, aprobado por D.S. N° 38 de año 2005 de los Ministerios de Salud y Hacienda, este define los requisitos necesarios para acceder a la calidad de E.A.R. cuya evaluación es a través del Instrumento Técnico.

Le corresponde al Departamento de Auditoría Ministerial a través de su red de auditores del país aplicar esta pauta anual a todos los establecimientos de mayor complejidad. Estos indicadores y metas pueden ser actualizados anualmente con ajuste a las políticas ministeriales y a los resultados obtenidos. Sus acápite y contenidos principales se exponen a continuación y se complementan en Anexo 2 con el modelo de evaluación e indicadores específicos y porcentajes de cumplimiento más importantes para el estudio.

3.3.2.1 Principales acápite del instrumento técnico

Abarcan todas las áreas de la organización Hospital, susceptibles de ser evaluables y medibles, cuantitativamente y cualitativamente y se refieren principalmente a :

- a) Aspectos Formales:
- b) Planificación
- c) Organización Interna
- d) Gestión y Desarrollo de los Recursos Humanos
- e) Gestión Financiera
- f) Gestión de la red asistencial
- g) Metas de desempeño
- h) Consejos asesores
- i) Sistemas de información
- j) Gestión de la información de usuarios.
- k) Cuenta pública resultados
- l) Auditoría interna

3.4.- El Aporte de los Actores a la Reforma y a la Autogestión

3.4.1.- El impacto integral de la reforma de salud: Los proyectos de ley de establecimiento de un sistema de garantía de derechos de autoridad sanitaria y gestión hospitalaria.¹²

Según una publicación de Revista Salud y Futuro, se refieren a estas materias;

“¿Quiénes ganan y quiénes pierden en el contexto de la polémica reforma de salud? La pregunta cobra especial fuerza en medio de las tensiones y la ruptura del diálogo entre gremios y Gobierno, en momentos en que el proyecto se tramita en el Congreso.”

Al respecto, la publicación señala “Médicos y funcionarios de la salud comenzaron este lunes 16 un paro de 45 horas; otros iniciaron una huelga de hambre el sábado 14... La idea es no transar: el gremio no quiere la reforma y sólo aceptará conversar si el Ejecutivo retira la urgencia de los cinco proyectos de ley enviados al Parlamento.” La propuesta legal trae de la mano grandes cambios. Y con ellos, unos verán mejorada su posición y otros deberán estudiar la forma de adaptarse al nuevo escenario.

En un primer análisis los referidos cambios favorecen principalmente a las personas, siempre y cuando los proyectos sean perfeccionados en el Congreso en aspectos claves tales como establecer el financiamiento y los mecanismos para realmente garantizar derechos, establecer un sistema de regulación único e imparcial para el sistema público y privado y finalmente si se avanza en una verdadera descentralización de la gestión de los hospitales públicos.

Salud y Futuro analiza el proyecto enviado por el Gobierno, recogiendo el impacto positivo y negativo que tendrá en cada uno de los actores del sector. Se incorporan además las recomendaciones técnicas que, a nuestro juicio, permitirían cumplir los objetivos planteados en la propuesta legal.”

3.4.2.- La Autogestión Hospitalaria, un camino a la Semiprivatización¹³

Sobre el tema, una publicación de la página del Movimiento Obrero comenta; “con las leyes de Reforma Sanitaria aprobada, siguen revelándose algunas verdades .Una de estas es que la mercantilización de la salud es la responsable de las crisis en el sistema público de salud. Tenemos un sistema mixto de salud, en el que un amplio sector privado- las Isapres y las clínicas- capta los aportes de los sectores de mayores ingresos, y a su vez utiliza parte de la infraestructura del sector público, por ejemplo sus camas, sus recursos, los subsidios a la leche maternal. Por otro lado un sector público desfinanciado. Ahora hay un nuevo estudio que lo demuestra, uno que se hizo para “calcular el costo real de las patologías AUGE” (Emilio Santelices, uno de los padres del AUGE, en El Mercurio 14/3). Para hacer el

¹² Publicación: Salud y Futuro, Año 1.- N° 12 On line fecha 18 de Diciembre del 2002

¹³ Publicación: Movimiento Obrero, página <http://www.clasecontraclase.cl/> Ernesto Sarcos, 01 de Abril del 2006 On Line.

cálculo, se tomó como referencia lo que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) paga a los hospitales por las prestaciones. A su vez, se calculó todo lo que no aparecía en lo que paga Fonasa a los hospitales: “gastos administrativos, eficiencia, complejidad e inversiones involucradas”. Se descubrió así una brecha, una diferencia, entre lo que Fonasa paga y lo que de verdad cuesta si se incorpora todo esto que no aparecía: “se estableció que el valor que éste paga por día cama es inferior entre 61% y 276%, dependiendo de la especialidad del servicio clínico. El valor que se cancela por laboratorio es inferior en 98%, por pabellón 82%, por banco de sangre 25%, por consulta de urgencia 89% (...) permite establecer una de las principales causas por las que los hospitales públicos no pueden resolver sus deudas de arrastre, como tampoco mejorar la calidad y oportunidad de atención”. O sea, se dota al sistema público de salud, de un presupuesto reducido, que ni siquiera cubre sus costos reales, para que, desfinanciándolo, se lo lleva a la quiebra o a la crisis.”

3.4.3.- Autogestión hospitalaria¹⁴:

Según un artículo reciente, publicado por la Universidad del Desarrollo, en su página web.udd.cl, con fecha 08 de diciembre del 2008, el Sr. Lionel Sotomayor, Decano de la Facultad de Ingeniería UDD, señala, “La autogestión de hospitales consideró, previo a su implementación, un plan piloto en 11 hospitales . Pero se ha producido una verdad incómoda: no se han logrado avances en cumplir los requisitos para la autogestión impuestos en la legislación.

Algunas de las razones (medibles) son el no cumplimiento de estándares establecidos para optar a Establecimiento auto Regulado (EAR), no se cumplió con los presupuestos negociados y existe un bajo avance en contratos efectivos entre la red y los EAR. Además, hay dificultades para llenar los cargos directivos por el sistema de Alta Gerencia, no existe un plan de desarrollo estratégico y planes anuales de actividades y de inversiones para implementar dicho plan y está ausente un sistema de medición de costos.

En función de los resultados, ¿es buena decisión postergar el proceso? Más que postergar, creo que llegó el momento de considerar opciones más de fondo. Chile ha creado alternativas distintas, como lo mostró con la reforma al sistema de pensiones.

En el caso de la salud, contar con sociedades anónimas Hospitalarias independientes (como el Metro), que reporten en términos de gestión a un directorio, y avanzar a través de concesiones, puede ser un mejor camino que la autogestión.”

¹⁴ Publicación página http://www.udd.cl/prontus_udd/site/artic/20081211/pags/20081211103136.html fechada el 08/12/2008.- por el Sr. Lionel Sotomayor.- Decano Facultad Ingeniería Universidad del Desarrollo.

3.5.- Viejos y Nuevos Paradigmas de Gestión¹⁵

En este contexto se presenta un enfoque de las experiencias en modelos de gestión, tanto en su fase inicial como de de aquellas incorporadas a partir de las reformas con una visión centrada en la evolución de éstos, rescatando para efectos del estudio, los factores y sus variables en su fase teórica.

3.5.1.- El antiguo Modelo de Gestión Hospitalaria

Basados en el aporte al desarrollo industrial de Fayol (enfoque organizacional de las operaciones industriales y comerciales, las divide en seis grupos: técnicos, comerciales, financieros, administrativos, seguridad y contable), y Taylor (que se enfoco en el método y herramientas para el trabajo para una mejor eficacia); los sistemas de salud se organizaron en niveles jerárquicos con responsabilidades y competencias. Este modelo reproducía la más antigua tradición hospitalaria desde su concepción al alero de las fuerzas militares o religiosas del renacimiento.

Los sistemas de salud se fueron desarrollando en base a una organización piramidal de servicios de baja complejidad y alta cobertura, al otro extremo en la cúspide de la pirámide se encontraba el hospital, como una entidad de alta complejidad y baja cobertura. En el componente hospitalaria existían establecimientos con diverso grado de complejidad; desde hospitales básicos o generales, hasta los de referencia nacional o especializados.

Resulta fácil entender que la organización interna del hospital, nuevamente, reprodujera el paradigma weberiano predominante (La burocracia sigue una racionalidad técnica de tipo instrumental, conecta medios con fines, pero no ofrece las propuestas de sentido y la elección de fines que sí caracteriza a los políticos carismáticos). En la cúspide de la organización se ubicaba el Médico Director, mientras en la base estaba el operador de los servicios clínicos,

El modelo weberiano favoreció el que la necesidad de los prestadores fueran las fuerzas dominantes en el desarrollo de la organización hospitalaria. El prestigio se centró en los médicos y su especialización en perjuicio de otros servidores que ejercían en niveles ambulatorios.

El paso de los médicos generales a médicos de especialidades básicas, se acompañó del desarrollo de algunos hospitales especializados (infantiles, maternidades). En estos mismos establecimientos, así como en los hospitales generales, el desarrollo de las sub-especialidades genero una presión por el desarrollo por servicios o departamentos clínicos de especialidades, los que pasaron a constituirse en parte de la estructura organizacional. Los servicios clínicos se desarrollaron incorporando procedimientos de diagnósticos y terapéuticos, configurando con ello nuevas estructuras departamentales agregadas a los organigramas.

¹⁵ Texto “Modelo de Gestión Establecimientos Hospitalarios” Ministerio de Salud, Manual N° 9

Este desarrollo particular, entregó una visión y valoración social a los actores con mayor influencia centrada en los médicos como profesión y en los hospitales como ubicación. La mayor complejidad de las estructuras hospitalarias originada por la progresiva incorporación de nuevos servicios clínicos, se tradujo en una ampliación de la base de la pirámide organizacional. La creación de nuevas unidades dentro de los servicios agregó nuevos niveles que burocratización aun más las relaciones entre la base y la cúspide.

En consonancia con el modelo burocrático, cada uno de los servicios internos e incluso las unidades dentro de un mismo servicio, pasaron a constituirse en unidades especializadas en determinadas tareas. Este desarrollo, sin embargo, fue originando compartimentos estancos con escasa capacidad para relacionarse con otras unidades estructurales de la organización.

Las características de la cultura del equipo de salud, el requerimiento de permanente progreso de los profesionales, el reconocimiento de los pares con base en el dominio actualizado de las nuevas tecnologías, dejaron a los profesionales, particularmente a médicos, y a establecimientos de salud, especialmente vulnerables a la influencia de los desarrollos tecnológicos en materia de diagnóstico y terapéutica. Por otro lado, la creciente industria farmacéutica y de equipamiento médico cada vez más poderosa, ha ido generando una presión capaz de inducir su propia demanda, lo que ha favorecido el desarrollo de la súper especialización con el consecuente impacto en la estructura hospitalaria.

En la década de los 80, la administración hospitalaria tuvo fuerte énfasis en el control de los costos de las acciones realizadas. Esto determinó un cuestionamiento en la gestión médica, por lo que, tanto en Chile como el resto del mundo, se fueron incorporando a los equipos directivos, profesionales del área administrativa, buscando realizar una “gerencia” más profesional, lo que significó en muchos establecimientos un verdadero choque de culturas que paulatinamente han ido dando paso a una integración en equipos multidisciplinarios con ventajas evidentes.

El desarrollo creciente de la estructura hospitalaria que profundizó el abordaje terapéutico de los pacientes desde las distintas especialidades médicas, también significó que la satisfacción de las necesidades integrales de los pacientes, más allá de lo exclusivamente técnico – terapéutico, perdiera terreno como centro de la preocupación y desarrollo.

La historia de nuestros hospitales, los hizo paulatinamente depender de los requerimientos de sus profesionales y hay numerosos ejemplos cotidianos: uso de las camas, forma de estructurar la agenda médica, horarios de atención. De allí surge la pregunta de quién es el cliente del hospital: el profesional; el paciente individual; la comunidad o la red asistencial. El modelo de gestión hospitalaria en reforma responde a esta interrogante: el cliente es la red asistencial y la arquitectura organizacional debe girar en torno al usuario de los servicios, en un contexto de ciudadano sujeto de derechos.

3.5.2.- El nuevo contexto de Gestión Hospitalaria

Se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud, cuyo texto emana del año 2005, éste da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena. Las deficiencias del modelo de atención obligaron a transformaciones orientadas hacia la maximización del impacto sanitario: el énfasis en la promoción y el control de factores de riesgo de enfermar por condiciones 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 financiamiento que incentivan la atención ambulatoria y el uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada.

El modelo de salud integral en el contexto de la reforma se define como: el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, mas que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipo de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red.

Este modelo es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias con el fin de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. En el ámbito público, el modelo consiste en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia y emergencia.

El rol de los hospitales en el modelo de atención, es la contribución de una manera concordante al modelo, a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada incluida la atención de urgencia. Los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos.

La actual legislación propone un modelo de organización hospitalaria, eficaz y eficiente, capaz de responder a las prioridades sanitarias a través de la red asistencial, a los requerimientos de los usuarios y configurada como un sistema vivo y abierto , claramente influido y proyectado a los valores de las personas integrantes de la organización y su entorno.

Los establecimientos hospitalarios son organizaciones de servicio que cumplen una función social esencial. Necesitan gestionar una gestión, que escuchando y comprendiendo los fenómenos que

conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, en especial, en el sector sanitario, donde desde la red asistencial se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes. Por ello deben ser establecimientos en permanente adecuación con relación a:

- Necesidades cambiantes de salud de las personas y comunidades
- Cambiantes expectativas y cultura de los usuarios de los servicios hospitalarios
- Nuevas tecnologías clínicas y de gestión
- Nuevos modelos de gestión organizacional de los sistemas de salud
- Nuevas metodologías de financiamiento, y
- Nuevas aspiraciones de desarrollo personal, porte y creatividad de los miembros.

3.6.- Paradigmas y Factores del Sistema “Organización”

En el presente estudio, asociaremos a los diferentes factores del sistema organizacional los paradigmas que sobre ellos existen, vale decir, el modelo teórico con su respectiva identidad y definición que representa el estándar e ideal de aplicación en un sistema de gestión hospitalario, para tal efecto hemos dividido en cuatro grandes grupos de factores, inspirados en la visión de Fayol sobre en enfoque en la división y especialización industrial del trabajo, estos son:

3.6.1.- Factores Organizacionales: que nos entregan una visión de la organización, su identidad y aspectos valóricos, sus principales variables son:

a).- Estructura y flexibilidad organizacional: la antigua legislación y su reglamentación, no facilitaban los cambios necesarios, que requieren cada día mayor flexibilidad, el diseño estructural debe adaptarse a nuevos cambios, tanto originados por la mayor demanda como de la oferta en todo su ámbito.

Estas nuevas necesidades permitieron modificar la ley estructural del sistema público de salud (D.L. 2.763) a través de la Ley N° 19.937.-

Los establecimientos hospitalarios pasan a ser estructuras flexibles, definidas dinámicamente por sus redes asistenciales, quienes le fijan el tipo de actividad, complejidad y especialidades. Los establecimientos de alta complejidad podrán ser autogestionados en red dependiendo del cumplimiento de requisitos definidos para tales efectos. Estos últimos podrán modular su estructura de funcionamiento organizacional. Para cumplir como E.A.R. deberá adaptarse a una estructura de

autonomía administrativa en su gestión. El marco legal le fija al Director del Establecimiento, entre otras, la facultad de definir en forma autónoma su estructura interna para mejor funcionamiento.

b).- La Cultura hospitalaria: para el proceso de cambio cultural se requiere de Directivos adecuadamente incentivados y de un ambiente organizacional propicio para la implementación del nuevo modelo, y por tanto de la «cultura» o costumbre de hacer las cosas en los hospitales. Una reforma «real» de los hospitales públicos, no sólo tiene que tocar aspectos estructurales, sino que tocar principalmente al corazón de los procesos: las personas detrás de los procesos, es decir, su cultura. La cultura de una organización es el conjunto de referencias compartidas entre todos, como resultado de una historia y de significados comunes que se dan a las situaciones y a las relaciones mediante el lenguaje cotidiano. La cultura se forja y modifica en las relaciones de cotidianidad de la organización. Los procesos de cambio hospitalario no pueden entenderse sino como proceso de cambio de cultura, de cómo las personas se replantean valores y conductas en su quehacer y relaciones diarias.

En primer lugar, los elementos críticos de la cultura organizacional, con relación a un proceso de cambios, son la confianza y el sentido de pertenencia a la organización por parte del conjunto del personal. La actual cultura hospitalaria tiene fuertes elementos de desconfianza frente a la autoridad, de rumores, de conversaciones subterráneas que nunca se expresan abiertamente y formalmente. Es en esos espacios de cara oculta, de iceberg, donde se empobrece la cultura organizacional y surge la desconfianza, la resignación, el resentimiento y tantos otros sentimientos negativos. Sin embargo, junto a estos factores negativos en la tradición del sector hospitalario, especialmente estatal, existe un alto grado de pertenencia: el funcionario hospitalario asigna gran valor a su pertenencia a una organización hospitalaria y tiene una fuerte estima de sus capacidades y habilidades técnicas y eso es un activo y un punto de apoyo para que, preservando ese sentido de pertenencia, la cultura pueda cambiar hacia nuevos valores constituidos.

En segundo lugar, la comprensión de la cultura organizacional y el proceso de cambio, tienen que ver con la capacidad o disposición que las personas tienen para desarrollar un clima de aprendizaje permanente. La cultura organizacional, propicia al cambio, es en definitiva aprendizaje y desarrollo continuo de nuevas capacidades de realizar más y mejor las prácticas constitutivas de la institución.

Y en tercer lugar, la cultura tiene que ver con la comprensión y el cuidado del clima laboral, del clima organizacional. Esta es la parte sumergida del iceberg, la dimensión subterránea de una cultura de la que muchas veces no se habla pero en la cual se encuentran los principales factores que impiden todo proceso de cambio cultural. El clima de la organización influye en la motivación de las personas, el desempeño, la satisfacción, la forma de establecer relaciones con otras entidades, etc. que manifiestan

sus integrantes. Las organizaciones tienden a atraer y conservar a las personas que mejor reaccionan o se adaptan a su clima.

Los elementos constitutivos de la nueva cultura que debe servir como referencia al cambio en los hospitales públicos son: principios de responsabilidad social ; productividad; orientación de servicio al usuario; compromiso con el proceso global de desarrollo y por la excelencia institucional; sentido corporativo del riesgo y de la misión ; participación e innovación; transparencia y rendición de cuentas; etcétera. Todos éstos, entre otros, son elementos que habrá que socializar en la construcción de una nueva cultura del hospital para el mañana.

c).- Responsabilidad social de la organización: el cambio en el comportamiento de las personas, de pacientes a usuarios con derecho, y la crisis de credibilidad de los servicios públicos hospitalarios, están obligando a los hospitales a reconocer y responder con eficacia – eficiencia a las necesidades y demandas que se generan en su entorno para recuperar la confianza social. La evolución de los sistemas de salud refleja un lento cambio en la orientación de los servicios, desde un énfasis en los productos (eficacia) o de los resultados utilizados para ello (eficiencia), hacia un mayor énfasis en orientación al usuario y a la responsabilidad social en el uso de los recursos. Esto ha motivado la progresiva incorporación del concepto de preocupación por la gestión, calidad y rendición de cuentas por la responsabilidad entregada.

El establecimiento propuesto en el nuevo modelo, debe responder tanto a los decidores políticos como a la ciudadanía en general, en términos de satisfacción de expectativas sobre nivel de salud que aspira como sociedad y al tipo de sistema de atención que desea. El establecimiento debe regirse por las señales de políticas públicas y objetivos sociales sanitarios requeridos por la red asistencial.

El verdadero reto que representa para la función pública y social a cumplir se basa en definir adecuadamente cómo dar respuesta que satisfaga adecuadamente las necesidades de salud de la población.

d).- Gerencia pública y liderazgo: el concepto de gerencia pública, que tiene una legislación específica (Ley N° 19.882) y una entidad a cargo —el Servicio Civil—, en el contexto de la modernización del estado, plantea nuevos desafíos a la alta dirección de establecimientos de salud, los cuales son sinérgicos con el proceso de reforma sectorial. En primer lugar, cuando se habla de gerencia hospitalaria en términos de una función pública, debemos hablar de liderazgo y tener debida conciencia de estar viviendo un cambio paradigmático respecto de estas materias. El liderazgo y la gerencia ya no son lo que eran en las décadas pasadas: formas de conducción principalmente carismático, ligado a la concepción de que se nace líder, que no se aprende a serlo y por tanto es ejercido sólo por personalidades excepcionales.

El liderazgo se entiende como capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional. Hoy se le concibe más bien como un estilo de dirección, un conjunto de atributos o un perfil que es posible aprender. Esta concepción ha ayudado a superar la discusión de si el líder o gerente hospitalario debe ser un médico o un profesional de las ciencias económicas o administrativas, pues el énfasis se coloca en las habilidades y el conjunto de valores que una persona y su equipo deben poseer para cumplir con los objetivos que hoy la sociedad pide a los establecimientos hospitalarios.

Entre las competencias deseables en un equipo directivo de establecimiento hospitalario destacan: competencias para generar confianza, seducir y motivar para la modificación de las conductas individuales y colectivas; competencias para pensar el futuro, sortear los obstáculos, generar alianzas, trabajar en equipo con respeto y lealtad, resolver conflictos y orientar la acción hacia el largo plazo; competencias para cuidar la "identidad" de la organización y su posicionamiento en el entorno; todos estos son componentes del estilo de dirección, que guarda relación con la participación, la delegación de responsabilidades, el trabajo en equipo y la capacidad de gestionar la incertidumbre en los procesos de cambio.

La mejor manera de comunicar es a través del contacto, personal, generando espacios de diálogo activo; esto permite crear vínculos, evitar la distorsión de la información, recibir evaluación crítica del proceso y aportes que generalmente enriquecen, modulan o reorientan los avances. Esto implica crear las condiciones para que se inviertan centenares de horas en conversaciones en espacios formales e informales; éstas deben ser planificadas exhaustivamente, tener objetivos precisos y explícitos.

e).- Conducción para el cambio y superación de la resistencia: cuando un grupo humanos tiene la oportunidad de vivir la influencia 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. Los equipos directivos conforman un liderazgo multidisciplinario que deben movilizar a la organización en el cumplimiento de su función pública, la que debe ser incorporada en carácter de misión institucional y traducida a objetivos estratégicos, precisos y verificables, este equipo debe ser capaz de comprometer a toda la organización para que repensándose constantemente a sí misma responda efectivamente a las necesidades de salud, se adapte con éxito a las condiciones sociocultural, económicas y políticas del medio, cumpla con los objetivos de producción requeridos por la red, se posicione adecuadamente en la percepción ciudadana como proveedor de calidad y de cuenta ante la comunidad y los organismos públicos pertinentes de los resultados obtenidos con los recursos de todos.

Según Reinhard Friedmann¹⁶ señala que dado que la gestión del cambio implica la elaboración de un nuevo proyecto, supone uno de los mayores retos y es preciso tener presente que surgirán obstáculos para concretarlo, pues toda organización humana se resistirá a él y, guiada por ciertos automatismos de su conducta colectiva, tratará de impedirlo. El cambio genera siempre ansiedad y preocupación ante la incertidumbre que significa. En consecuencia, abordarlo requerirá tiempo y paciencia en dosis estimable. Según esto, define factores facilitares para el cambio (establecer una necesidad de cambio, desarrollo de una visión clara y convincente, resultados positivos, comunicar, crear coalición comprometida y directora del cambio, timing del cambio, cambio participativo, confianza como factor crítico para el manejo el cambio) y factores obstaculizadores del cambio (percibir consecuencias negativas, romper los hábitos, imposición de los cambios del exterior, falta de comunicación)

Según el Modelo de Gestión Hospitalaria, la resistencia al cambio se debe gestionar desde cuatro dimensiones: personal, interpersonal, gerencial y organizacional, por otra parte cualquier intervención en un proceso sea de índole técnico, organizacional o administrativo, implica un cambio social, es decir, que al innovar se crea una amenaza a la continuidad de las relaciones existentes entre los individuos afectados. Para ello entonces en el quehacer público se deben considerar algunas técnicas para reducir la resistencia; transparencia, participación, educación y entrenamiento, tiempo, secuencia, técnicas de desarrollo institucional.

f).- Innovación Tecnológica¹⁷: el cambio tecnológico es uno de los principales impulsores para la competitividad. Desempeña un rol importante en el cambio estructural, sectorial, así como en la creación de nuevos sectores. Es además un extraordinario equalizador que reduce la ventaja competitiva incluso de las empresas bien atrincheradas, e impulsa a otras al primer plano. Muchas de las grandes empresas de hoy, surgen de cambios tecnológicos bien aprovechados. No obstante ser importante, la relación entre cambio tecnológico y competencia puede ser mal interpretado. Por lo general, se tiene la impresión que este cambio es valioso por si mismo; se cree que cualquier modificación de ésta es buena, en muchos casos se tiene la impresión que competir en sectores de alta tecnología es un pasaporte para la rentabilidad, mientras se mira con desdén, a otros sectores de baja tecnología.

No todos los cambios tecnológicos son estratégicamente beneficiosos, algunos pueden empeorar la posición competitiva de una empresa y el atractivo de un sector, sin embargo, la tecnología impregna la cadena de valor de una empresa y se extiende más allá de las tecnologías, asociadas directamente con

¹⁶ Master y Doctor en Ciencias Políticas, Universidad de Heidelberg, Alemania, Artículo “Factores condicionantes del Cambio Organizacional”

¹⁷ Autor: Michael Porter; apunte “Tecnología y ventaja competitiva” extracto del Libro “Líderes del Management”, Ediciones Deusto 2006.

el producto, de hecho, si adoptáramos este punto de vista más amplio, no existen sectores de baja tecnología. La consideración que un sector cualquiera es tecnológicamente maduro con frecuencia conduce al desastre estratégico. Además, muchas innovaciones importantes para obtener ventajas son triviales y no demandan grandes adelantos científicos.

Se concluye que el factor tecnológico, llevado al plano de la salud y del modelo de gestión hospitalario, no garantiza su éxito, pues este cambio tecnológico no es una variable independiente, claro está que agrega valor cuando es bien administrado, pero genera efectos nocivos cuando, existiendo, no logra ser bien explotado para los fines de aportar a los resultados.

3.6.2.- Factores Administrativos: referidos a aquellos aspectos necesarios para poner en movimiento la organización, mantener en el tiempo y maximizar su gestión, incluidos en los principios fundamentales de la administración general, algunos son:

a).- Comunicación y adhesión de los actores: en el empeño de comunicar y de establecer alianzas y «redes de colaboración», es necesario crear instancias que faciliten la interlocución. Para ello es necesario crear Consejos de Participación en los Servicios de Salud y en los hospitales. Estas instancias son vitales para involucrar a todos en el proceso de diseño de planes de acción que aseguren su éxito al construirse participativamente; para transparentar la gestión pública; y para comprometer a los involucrados en los procesos asistenciales, así como a sus usuarios, en los resultados. Para esto último es clave establecer una suerte de «compromiso» personal, en cascada, desde la Dirección hasta cada uno de los miembros de las organizaciones. Instrumentos tales como compromisos o convenios de gestión entre la Dirección del Servicio con la de los Hospitales, y a su vez de las Direcciones de los hospitales con sus respectivas unidades. Fórmulas de comunicar y comprometer al establecer «pactos» que se explicitan. Esto se debe replicar en especies de «contratos de desempeño» entre cada equipo de trabajo y sus miembros, donde se expresen metas de calidad y producción, junto a otras aspiraciones que crucen y armonicen los intereses del colectivo y de las personas. Colocar en común o comunicar, generando adhesión, no es otra cosa que transformar conversaciones en compromisos explícitos y formales. Esto requiere de un largo aprendizaje, no exento de ensayo y error. Todo esto es vital para poder cumplir con las garantías que estamos suscribiendo con la ciudadanía. Nos comprometemos a garantizar condiciones en la atención de salud y ello requerirá de compromisos con los equipos que realizan la actividad asistencial para que ello sea posible.

Las comunidades deben tener claro por qué el hospital debe cambiar y en qué va a cambiar y qué va a implicar esto para las personas. La ciudadanía tendrá que apoyar fuertemente para que dichos cambios se produzcan. Esto sin duda amerita un esfuerzo para lograr participación y adhesión de la

ciudadanía para con el proceso de cambios. Todos debemos tener claro y compartir qué es necesario y urgente «modernizar» y que ello implica costos tales como:

- Que hay que invertir en mejorar con miras a mayor eficiencia, economía y calidad,
- Que habrá incertidumbre y cierto grado de conflictualidad;
- Que habrá errores aunque no sean deseados o deliberadamente buscados; siempre habrá errores, y más, en cuanto más rápido se hagan los cambios. Que es necesario desarrollar la «cultura del error». interpretado como una oportunidad de aprendizaje y se estimula que sea compartido, analizado y de este proceso salgan modificaciones de proceso. Esto hay que planificarlo, fijar umbrales, educar y comunicar.

b).- Gestión del recurso humano: en gestión hospitalaria, resulta fundamental la capacidad de gestión efectiva de los recursos humanos para generar un buen clima organizacional y contar con funcionarios motivados, calificados y disponibles según requerimientos institucionales. Para esto es clave contar con una Dirección efectiva, para apelar al potencial y el compromiso de las personas, además de disponer de mecanismos de evaluación e incentivo y generación de expectativas que les permita un desarrollo humano concordante con la misión y objetivos fijados.

La nueva legislación se propone la creación de unidades especializadas y profesionales de recursos humanos que puedan generar desde el propio establecimiento, políticas compartidas que tiendan a generar un ambiente organizacional propicio para implementar una gestión integral de excelencia. Ello obliga a contar con factores motivadores que reconozcan el esfuerzo por aprender, modificar hábitos y conductas y por mejorar la calidad y desempeño. En este ámbito el rol de la capacitación para potenciar la capacidad de flexibilidad y disposición al cambio humano frente a las actuales formas de hacer es un elemento crítico para lograr el cambio deseado.

c).- Gestión participativa : el apelar a la motivación de las personas para que estas estén disponibles a buscar objetivos comunes, modificando conductas si fuera necesario, requiere de un particular estilo de gestión, denominado gestión participativa, este estilo rompe el antiguo paradigma de comando y control o modo autoritario de ejercer la autoridad. El modelo piramidal o jerárquico autoritario, parte del paradigma que sólo unos pocos saben lo que hay que hacer y el resto solo debe obedecer, en dicho modelo los mandados solo cumplen con lo señalado mientras el supervisor está presente, lo que resultó potenciado con el antiguo paradigma del funcionario público que no tiene incentivos para trabajar mejor. Hoy día, el conocimiento ya no es exclusivo de la cúspide y la necesidad de autonomía es gravitante en la toma de decisiones, por otra parte, la mejoría continua de procesos requiere de personas motivadas y comprometidas a contribuir al perfeccionamiento de los procesos en que participa. El trabajo hoy día es comprendido como un medio para el desarrollo personal, por tanto, la autoridad debe tender a ser un facilitador más que jefe clásico.

Una buena gestión participativa requiere de trabajo en equipo, comprensión de dinámicas de los grupos humanos, líderes competitivos en su ámbito, un buen ejemplo para mejorar la autoridad radica en el nuevo proceso de selección mediante la alta gerencia público, además de la apertura a la participación organizacional con instancias internas para los equipos y para representantes de distintos gremios.

d).- Gestión estratégica: una organización x es un conjunto de personas que interactúan para ciertos fines expresados en resultados, esta definición no es menor, puesto que hace unos años se identificaba a la organización con la estructura más que las personas. Hoy día, por el contrario, el principal activo son las personas. Las relaciones interpersonales internas dan origen a tres componentes básicos de la organización:

- Las Declaraciones Fundamentales: situadas en el plano estratégico del pensar la organización y son preguntas claves: ¿Para qué existe? ¿A quienes sirve? ¿Qué ofrece? ¿Cómo quiere ser? ¿Cómo lo haremos?

Esto requiere de una planificación estratégica, por cuánto es un proceso colectivo de definición de metas, es decir, involucra a las personas, en el corto, mediano y largo plazo para el logro de objetivos estratégicos que permiten cumplir con la misión y hacer realidad la visión organizacional, teniendo en cuenta el entorno y los diversos actores con los que interactúa. Para lograr esas metas se deben definir los recursos, plazos, responsables, indicadores y mecanismos de evaluación y control del seguimiento a lo planificado.

- La Estructura: responde a la necesidad de organizarse para lograr el objetivo, se establecen los roles y cómo organizar los recursos, se define el organigrama acorde y cargos y funciones necesarias, procesos y sistemas de apoyo,
- La Práctica Real: influida por los dos anteriores, pero además del cómo se hacen en realidad las cosas, las normas implícitas del quehacer cotidiano, resolución de conflictos, en suma por aspectos culturales intrínsecos.

Todos estos conceptos son aplicables también a un hospital, lo que hace al establecimiento diferente y complejo radica, por una parte, en el tipo de servicio que otorga, y por otra, en las características del que provee el servicio. El producto ofrecido por un hospital es aquel demandado por el usuario externo, y dice relación con el diagnóstico e indicaciones terapéuticas incluyendo la gestión de los cuidados.

Una de las estrategias fallidas para introducir control de gestión en la práctica clínica hospitalaria, fue la incorporación de directivos del área administrativa separados de los equipos clínicos, que no llegaron a interactuar con o a convencer a estos de la necesidad de racionalizar sus prácticas, por lo tanto, no

prosperaron para mejorar el servicio. La práctica clínica es entonces fundamental de analizar para la implementación de un modelo de gestión y ésta también ha sufrido sustanciales modificaciones.

Los establecimientos deben orientar sus estrategias para lograr una gestión que les permita escuchar y comprender los fenómenos que conforman su entorno, que sepan identificar y proyectar las necesidades de la red y de sus usuarios, quienes exigen respuestas flexibles, oportunas, efectivas y eficientes. Es así, que necesitan desarrollar la capacidad estratégica para cambiar intencionada y continuamente; por lo tanto, lo crítico para la construcción del establecimiento del mañana es la habilidad para aprender a cambiar.

3.6.3.- Factores Financieros: aquellos indispensables para mantener el financiamiento de las actividades de la organización, incluye las variables a describir a continuación:

a).- Gestión económica y financiera: la gestión económica y financiera de los establecimientos debe buscar crear condiciones favorables para que los recursos que la sociedad invierte en atención de salud tengan los mayores beneficios posibles para la población. Un resultado evidente de la eficiencia con que se administre un establecimiento hospitalario es su grado de equilibrio financiero en relación con la producción y los ingresos percibidos. En contrario, la ineficiencia se traduce en pérdidas de calidad, de eficacia y equidad.

La determinación del ¿qué se financiará, como producción hospitalaria?, en el contexto de la red asistencial, depende de al menos tres aspectos relevantes:

- Capacidad de la autoridad sanitaria y las redes de precisar las necesidades y sus prioridades, capacidad conductora o liderazgo de la autoridad responsable de la red (gestión de red) y de las competencias de articulación del seguro público.
- De los costos de producción del propio establecimiento hospitalario.
- De la capacidad resolutoria que presente el nivel ambulatorio de atención en nivel primario y especialidades.

El equilibrio financiero debe considerar:

- La cantidad de prestaciones y complejidad de éstas
- El estándar de calidad del proceso en que dichas prestaciones se ejecutan
- Los costos medios en que la actividad se produce a un determinado nivel de calidad.
- La eficiencia productiva del establecimiento

Por otra parte, en el logro del equilibrio financiero, es clave que el establecimiento reciba financiamiento que haga sustentable la actividad asistencial requerida. Por lo tanto, además de estar claramente

definidas el tipo y número de actividades por parte de quien financia, debe estar claro cuánto cuesta producir dicha actividad y deben hacerse las transferencias en los montos y oportunidad comprometida.

b).- Gestión presupuestaria y control de gestión: desde el punto de vista de la red asistencial, el presupuesto tiene un sentido estratégico. El presupuesto debe dar señales claras y transparentes de lo que se pide hacer al establecimiento. Un presupuesto no tiene sentido estratégico si no tiene un correlato sanitario y una relación con lo que se espera producir. La falta de sentido sanitario al financiar un establecimiento sólo genera ineficiencia y agrava las inequidades, ya que dicho presupuesto dará sustento a actividades no siempre deseadas o prioritarias.

Un presupuesto no financiado genera desequilibrio y pérdida de calidad y productividad potencial. Por ello es indispensable en su elaboración considerar los siguientes objetivos:

- Definir tipos de actividades, nivel de complejidad y número de prestaciones a realizar
- Conocer gastos de producción (históricos para proyección)
- Negociación basada en la transparencia, confianza e información fidedigna
- Sellar acuerdos con autoridad superior mediante compromisos financieros y presupuestarios.
- Plan anual de actividades valorizadas en términos presupuestarios (Ingresos/Gastos)
- Plan de Inversiones, referido a necesidades de infraestructura, equipamiento, mantenciones mayores, entre otros.
- Adoptar mecanismos de control y ejecución

El proceso presupuestario global y la definición del plan de actividades debe ser fruto de la negociación entre capacidad de oferta y las necesidades y demandas expresadas por quien las financie.

Este proceso requiere de seguimiento y control permanente, por ello Una vez aprobado un marco presupuestario, el establecimiento debe traducirlo a presupuestos por cada centro de responsabilidad. El Plan Anual de Actividades debe estar expresado claramente en metas productivas por centro de responsabilidad y estar desglosado el presupuesto global del establecimiento en los marcos en que cada uno de los centros debe ajustarse en cumplimiento de sus metas de producción. Estos marcos presupuestarios deben señalar expresamente el marco para gasto en recurso humano tanto en su componente fijo como variable (horas extraordinarias), así como para el gasto en medicamentos e insumos, y en lo que a cada centro le corresponde de los gastos generales del establecimiento. El proceso de definir presupuestos por cada centro de responsabilidad debe acompañarse de "contratos" o compromisos explícitos que traduzcan la parte del compromiso global del establecimiento que le corresponde a cada unidad productiva de éste.

c).- Gestión de indicadores financieros: el nuevo modelo de gestión basado en la autogestión hospitalaria incorpora un instrumento técnico de evaluación el cual se basa íntegramente en el cumplimiento de indicadores, siendo los más importantes, en el área financiera;

- Indicador de intermediación Central de Abastecimientos
- Indicador de equilibrio financiero (ingresos/gastos)
- Indicador de cumplimiento de compromisos devengados con proveedores (45 días)
- Evaluación de ingresos

d).- Gestión de Costos: respecto de la estructura de costos de un establecimiento, es clave estandarizar los procesos productivos:

- Conocer la cartera de servicios.
- Tener protocolizado el proceso y explícita la intensidad del uso de recursos en cada fase del proceso, para cada uno de los servicios, al menos los más importantes en volumen y/o costo de los factores involucrados.
- Tener instrumentos para evaluar el cumplimiento de los protocolos, así como de resultados. Considerando las dificultades de los establecimientos, se sugiere ir costeadando los procesos principales por centro de costos año a año en forma progresiva, de modo de generar los aprendizajes y mantener actualizados los costos.
- Disponer de sistemas de información acorde a los requerimientos del nuevo modelo, capaces de determinar costos de las prestaciones con oportunidad y efectividad y confiabilidad.

3.6.4 Factores Asistenciales: estos conforman el centro del quehacer hospitalario, pues allí se orientan los resultados de la actividad interna, se estudian las siguientes variables asociadas:

a).- Gestión de la red asistencial: para sustentar el modelo de atención integral, se instala un modelo de Gestión en Red, que incorpora a todos los establecimientos que interactúan en una red territorial, como responsables sanitarios de su población. Se entiende una Red como un conjunto de personas u organizaciones formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con múltiples otras redes.

Una red de atención debe ser flexible sobre la base de cumplir y satisfacer las necesidades de las personas, siendo éstas su principal enlace y su primera puerta de entrada a través de atención primaria. La efectividad sanitaria exige a cada punto de una red, adaptar sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas y a las crecientes expectativas de los usuarios. Esto implica revisar

críticamente la opinión de sus usuarios, la relación costo-efectividad de las acciones y la calidad de sus procesos productivos, la adaptabilidad del recurso humano y modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

b).- Centros de responsabilidad: los Centros de Responsabilidad, son la unidad productiva básica en que se organiza el nuevo modelo, es una unidad que origina al menos un producto intermedio (tales como procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos) o final (tales como egresos y consultas), bajo la responsabilidad de una persona determinada. A su vez, cada centro de responsabilidad puede estar constituido por varios centros de costos (subunidades asociadas a productos intermedios y presupuesto conocido).

El concepto de centro de responsabilidad deriva de la importancia de relevar el proceso productivo asistencial, que tiene productos específicos que deben ser conocidos en cuanto a su cantidad y calidad; que tiene procesos donde intervienen personas y otros recursos tecnológicos y fungibles; procesos que tienen costos y etapas productivas susceptibles de estandarizar y mejorar en términos de eficiencia y calidad; y que tienen un responsable, el cual debe dar cuenta de sus productos en términos cuantitativos y cualitativos, así como de la calidad de los procesos y de los gastos realizados. Sin duda que en ello es clave la capacidad del responsable para generar trabajo en equipo, competencias de aprendizaje y de mejora continua, y para dar cuenta al establecimiento en su conjunto de la obtención de metas productivas en un contexto de excelencia.

La estructuración de las unidades funcionales clínicas en centros de responsabilidad obedece a la lógica de que el establecimiento se hace "responsable" ante la red del cumplimiento de ciertas metas, y que dichos compromisos los traduce al interior del establecimiento. Dicho de otro modo, difícil es que un establecimiento se pueda comprometer a ciertas obligaciones ante la sociedad, y cumplidas, si no son sus propias unidades productivas -los que hacen la labor- quienes las asumen.

Para que la lógica anteriormente descrita pueda ser efectivamente operativa se requiere que el establecimiento:

- Defina junto a su red, la cartera de servicios;
- Defina su organización interna en base a las unidades funcionales que dan cuenta de dicha cartera de servicios (centros de responsabilidad);
- Que traduzca sus compromisos con la red y el FONASA en compromisos con cada uno de sus centros de responsabilidad;
- Que establezca un sistema de información gerencial que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas en términos de cantidad, calidad y costos;

- Que establezca sistemas de reconocimiento y de desincentivo según el grado de dicho cumplimiento.

El responsable no siempre será el jefe de servicio, que actualmente tiene un perfil más técnico que de gestión, sino que más bien se debe buscar la persona del equipo, independientemente de su profesión, que tenga el liderazgo y las competencias (o desee adquiridas). Los centros de responsabilidad podrán ser dirigidos por un pequeño equipo, donde el jefe de servicio tradicional cumpla un rol junto al profesional (a veces la enfermera supervisora) que complementa los aspectos relacionados con la gestión del centro.

Cada establecimiento podrá ver la mejor forma de dar solución a estos aspectos, lo central es que las metas estén perfectamente definidas, que los recursos para ello estén explícitos y que se rinda cuenta de qué se hizo con los recursos señalados, todo esto bajo un liderazgo claro.

c).- Satisfacción usuaria: la gestión de la atención al usuario está relacionada con ámbitos muy diversos que deben estar concatenados: la gestión de la agenda asistencial, la gestión de la ficha clínica, gestión de la hospitalización, gestión de la satisfacción y gestión de los deberes y derechos del usuario.

En la perspectiva de la satisfacción de usuarios, destacan aspectos como el transporte de pacientes, las facilidades de visita durante hospitalización, el confort de las salas de espera y de las dependencias cénicas, la calidad de la alimentación, entre otras. Sin embargo, en la satisfacción del usuario siguen siendo los factores más importantes; la confianza en la calidad del equipo tratante, la calidez del trato, la oportunidad de la atención y la calidad de la información y de la relación entre el usuario y el equipo de salud. Junto con los aspectos ya señalados, en la gestión integral del paciente hay que preocuparse también de los siguientes ámbitos:

- Que el establecimiento pueda dar apoyo de carácter social al usuario.
- Que la organización este preparada para dar apoyo psicológico y espiritual al usuario.
- Desarrollar gestión de cuidados incorporando a la familia, como una opción del usuario.
- Desarrollar instancias de atención al público, buzones o encuestas, recabar reclamos y sugerencias para retroalimentar su gestión

En la gestión de la atención al usuario, es clave la introducción constante de métodos de mejora de la calidad, pues esta área capta las insatisfacciones y las fallas cometidas por el sistema, las que deben tener alta prioridad en su acogida y resolución; esto constituye un apoyo importante a la eficiencia de los procesos clínicos, particularmente en grandes establecimientos con

informatización deficitaria o débil, en los cuales es más frecuente enfrentar pérdidas de la continuidad de la atención.

d).- Gestión de excelencia del servicio clínico: la búsqueda de la excelencia institucional requiere que los profesionales médicos y otros profesionales sanitarios se involucren decididamente en la gestión eficiente de los recursos que el hospital dispone, a la vez que se preocupan por la calidad de la gestión clínica. La exigencia imperiosa de corresponsabilidad (riesgo) institucional por parte de los clínicos y gestores requiere a su vez que aquellos tengan progresiva capacitación y mayor colaboración y participación en las decisiones de gestión. No obstante, la práctica actual se caracteriza por una actitud de la mayoría de los clínicos que piensan que no necesitan saber de gestión (otro buen grupo cree que lo sabe todo sobre el tema aunque jamás haya realizado funciones de este tipo); consideran que la gestión, en el mejor de los casos, es un signo de suciedad bajo las uñas y, en el peor, equivale a colaborar con el enemigo.

Las experiencias con sensación de fracaso ante múltiples intentos de involucrar a los clínicos en la gestión, nos llevan a plantear la hipótesis de que tal vez el propósito y la forma de realizarlos han sido errados. Creemos que es necesario volver a insistir mediante la creación de «puntos de encuentro» (áreas de interés común) entre clínicos y gestores, que hagan converger eficacia clínica y calidad técnica (interés del clínico) con eficiencia administrativa y racionalización de costos (interés del gestor); así mismo será necesario identificar áreas de interés compartido entre los clínicos y gestores y los políticos convirtiendo en objetivos positivos aquellos aspectos institucionales que interesa desarrollar a todos, como la satisfacción de los usuarios (calidad percibida), la relación costo/ beneficio de nuevas tecnologías o intervenciones (eficiencia económica), la confianza y apoyo social (sustentabilidad política y financiera).

El objetivo de productividad, que el hospital debe alcanzar, supone desarrollar las actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. Se buscará conjugar los resultados con las necesidades de los usuarios y los recursos existentes. Estas tres racionalidades (clínica, política y administrativa) son inseparables en la gerencia orientada a la productividad social del hospital.

Cada servicio clínico se debe constituir en un centro de responsabilidad o «unidad de gestión clínica» que deberá buscar, mediante el trabajo de equipo entre gestores y clínicos, obtener calidad técnica óptima, resultados a tiempo y en tiempo correcto, a costos razonables y con satisfacción de usuario. Cada centro de responsabilidad o producción deberá, en consonancia con los compromisos de la organización, diseñar sus propios planes de mejora continua o excelencia y efectuar anualmente un compromiso de gestión con la dirección del hospital.

Cada centro de producción se deberá ir haciendo progresivamente responsable de la parte correspondiente del compromiso global que el hospital asume con las políticas públicas de salud y la sociedad a la que sirve, debiendo ser solidario y colaborativo con el resto de los centros de producción en el sistema sanitario. Cada centro de responsabilidad o producción debe orientar su quehacer hacia el usuario (el paciente y su familia) como centro de toda decisión y, además de satisfacer al usuario externo, debe responder a los usuarios internos del hospital y del sistema sanitario (otros centros que requieren de apoyo y colaboración). En ello reside lo sustantivo de la descentralización.

Cada unidad, relativamente autónoma, está a su vez contenida en un órgano de mayor complejidad, que le da coherencia y hace que el proceso de descentralización no equivalga a la tan temida e improductiva atomización. Siendo la descentralización una lógica de arquitectura organizacional diferente y al estar los recursos fuera del control central (poder compartido, inteligencia distribuida), la organización en red del hospital en sí mismo, y de éste dentro de un sistema sanitario, va más allá de ser una política formal para constituirse en un requisito y una condición necesaria para cumplir con la misión común (valores y política) y los objetivos comunes (resultados e impacto) de las unidades productivas integrantes del hospital en su entorno social.

La excelencia y calidad institucional sólo se puede sustentar plenamente cuando las personas se comprometen con los valores implícitos en el sistema sanitario, ello es posible cuando se da a las personas y unidades la oportunidad de desarrollar creativamente sus potencialidades productivas en una estructura organizacional horizontal que potencie la participación y el trabajo de equipo. La autogestión para la excelencia entiende como clave la participación y la responsabilidad.

Entendemos la «participación» como «ser y hacer parte» y tiene un claro sentido comunitario; es compromiso de compartir : «estar y hacer con y junto a la parte correspondiente» que se debe traducir en el involucramiento de las personas en el ámbito que les corresponde, en las decisiones atinentes a su trabajo (lo que se ha venido en llamar «gestión participativa») y en los procesos de cambio como protagonistas activos.

Finalmente, en nuestra experiencia, el desarrollo exitoso de un esfuerzo corporativo de excelencia institucional requiere de una gran inversión de energía en comunicar, estimular el flujo de información y establecer el nivel de conversaciones y negociaciones adecuadas para provocar los cambios. Quizás éste sea el principal desafío para mejorar la gerencia hospitalaria orientada a la productividad social: saber y concertar con claridad hacia donde se va y compartir también con claridad cual son las posibilidades y las limitaciones para la excelencia institucional.

e).- Nuevas Herramientas para la Gestión Hospitalaria¹⁸: el nuevo modelo de atención debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud, es decir, a la eliminación de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales y a la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente. Medidas a tomar:

- Impulsar una atención primaria altamente resolutive de primer nivel
- Establecimientos y hospitales que resuelvan las derivaciones del primer nivel

El cambio de modelo de atención es también necesario porque la experiencia internacional, en particular en los países desarrollados, demuestra que en las últimas décadas el gasto en salud experimentó un crecimiento constante y que éste es de rendimiento decreciente en su impacto en la salud de la población respecto de los gastos incurridos, en particular cuando se privilegia el acceso a la medicina curativa sin un desarrollo correspondiente de la promoción y prevención de la salud. En consecuencia, la propuesta de un nuevo modelo de atención busca incidir tanto en un mejoramiento sustantivo de la salud de la población, como también en un control de los gastos, de manera que éstos tengan un costo-efectividad demostrable.

Las modificaciones consideradas buscan solucionar los principales problemas de gestión que hoy se enfrentan en los Servicios de Salud, dotándolos de capacidades suficientes para responder adecuadamente a las garantías explícitas de acceso, oportunidad y calidad que contiene el Sistema AUGE y el Régimen de Garantías en Salud. En primer lugar se busca especializar a los Servicios en la atención de las necesidades de salud de las personas, abandonando todas sus responsabilidades ajenas al quehacer asistencial. Se aspira a que las Redes Asistenciales de los Servicios, compuestas por establecimientos públicos y privados, respondan eficaz y eficientemente a los desafíos que impone el Régimen de Garantías en Salud. Para ello se dota al Director del Servicio de las atribuciones para organizar y coordinar estos establecimientos, enfatizando en la ley la necesidad de tener una preocupación particular por la mejoría de la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

En la mejoría de la resolutive del nivel primario, los Servicios tendrán las facultades para, por la vía convenios, aumentar la transferencia de recursos financieros con el objeto de mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los centros de atención primaria. Asimismo, tendrán la facultad de trasladar personal profesional y técnico para hacer efectivo el cambio de modelo de atención. En segundo lugar, se

¹⁸ Documento “Hacia un nuevo modelo de gestión en salud”, Ministerio de Salud, Junio 2002

quiere profesionalizar la gestión de los Servicios. Para ello se propone que sus directivos, manteniendo su condición de funcionarios de confianza del Presidente de la República, ocupen esos cargos después de un proceso de selección con requisitos de experiencia y capacidades acreditadas. Dichos directivos además tendrán la obligación de dar cuenta pública semestral de su gestión y serán evaluados por su desempeño. Se contempla para ellos un mecanismo de incentivo en las remuneraciones, asociado al cumplimiento de metas. Con estas medidas se espera hacer más atractivo este tipo de cargos.

Se crea un Consejo Consultivo del Servicio de Salud, organismo colegiado con representación de los principales actores sociales vinculados a la Red Asistencial (alcaldes, establecimientos y organizaciones sociales). Dicho Consejo deberá conocer el plan anual de trabajo del Servicio de Salud, como también su cuenta pública semestral, y tendrá capacidad para hacer observaciones y reparos que quedarán consignados en las actas públicas de dicho Consejo. Se pretende que este organismo influya en lograr que las políticas del servicio cuiden de las necesidades de los más vulnerables y se centren en las de los usuarios.

Este modelo agrega atribuciones y facultades que facilitarán la gestión de las redes asistenciales. Se establece que el Director podrá contratar aquel personal necesario para cumplir con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías y podrá destinar también parte de su personal a reforzar diferentes establecimientos. Se faculta también al Director para manejar con mayor flexibilidad los fondos del servicio, como también para disponer de una proporción de los ingresos extrapresupuestarios que pudiera obtener, canalizándolos a aquellas áreas o personas que contribuyan a mejorar la capacidad de atención, ya sea a través de nuevas inversiones o incentivos. Se reforzar la descentralización y autonomía de los Servicios y mecanismos para monitorear la gestión.

f).- Metas de desempeño: el nuevo modelo de gestión, incorpora el cumplimiento de metas de desempeño, asociadas a los compromisos adquiridos con los organismos externos del sistema (Minsal y Fonasa) y con el Servicio de Salud Rector, al cual pertenece el establecimiento evaluado. Sus principales contenidos dicen relación con:

- Cumplimiento de actividades comprometidas y financiadas con el Fonasa
- Capacidad de respuesta frente a la demanda de la Atención Primaria de Salud
- Evaluación de altas médicas en especialidades ambulatorias
- Evaluación de cirugías mayores ambulatorias
- Incorporar selector (categorización) de demanda en las unidades de emergencia
- Días hospitalización y egresos

3.7.- Los Efectos de las Reformas en la Gestión de Salud

La necesidad de profesionalizar la gestión de los hospitales ha creado un «choque cultural» con la concepción de la organización hospitalaria que tenían o tienen sus protagonistas tradicionales. Armonizar el pensamiento «gerencial» y la concepción «médica» de la institución hospitalaria es el escenario global donde se plantea la definición del hospital, desde un nuevo enfoque reformista. Las tradicionales dicotomías: clínicos y gestores, técnicos y políticos, han provocado que los hospitales no hayan creado una cultura de empresa ni una visión corporativa compartida interna y externamente. Los clínicos suelen estar convencidos de que son ellos «quienes lo saben y pueden todo» respecto a la definición del quehacer y la organización del hospital; piensan que la actividad hospitalaria se fundamenta en dos únicos criterios: conservar el respeto y confianza de los pacientes, y mantener la habilidad de curar y disminuir el sufrimiento. Desde este punto de vista cualquier propuesta de los gestores y los políticos se considera amenaza a la libertad clínica e intimidad de la relación médico-paciente.

Esto plantea preguntarse ¿terreno de quién es la definición del quehacer del hospital?. Aún considerando el rol que les compete, el grado de insatisfacción de los usuarios es considerable, sumado a la ineficiencia que aún tienen los modelos centralizados de gestión de estos sistemas y a la transparencia y el control del gasto público.

El cambio en el comportamiento de las personas: de pacientes a usuarios con derechos, y la crisis de credibilidad de los servicios públicos hospitalarios, han obligado al hospital a reconocer y responder con eficacia-eficiencia a las necesidades y demandas que se generan en su entorno para recuperar la confianza social.

La existencia del hospital se justifica en la medida que produce los servicios que necesita y demanda la sociedad; para lo cual la sociedad entrega recursos y de ellos espera recibir impacto social. Si el paciente es ciudadano-usuario, la productividad y la calidad son factores críticos de legitimidad social de los hospitales. La relación entre hospital y sociedad es «relación de agencia» (que se conforma cuando una persona o entidad, denominada principal, delega en otra, llamada agente, un determinado poder de decisión y administración de recursos); donde, en nuestro caso, el principal (dueño) es la sociedad y el agente (empleado) es el hospital; implica una relación contractual entre ambas partes, una delegación de poder del principal y una discrecionalidad para la autogestión del agente. La relación de agencia en salud tiene características peculiares; se asume que las funciones de utilidad del agente (legitimidad del hospital) y del principal (beneficio de la sociedad) son interdependientes: el hospital aumenta su legitimidad atendiendo efectivamente a las necesidades y expectativas de la sociedad.

De ahí el concepto del hospital como organización social, nos referimos a las condiciones de contractualidad y productividad social que caracterizan el quehacer, la organización y la gestión del

hospital público (maximización de la utilidad a partir de la satisfacción de las expectativas de retribución en servicios por la aportación de recursos para la salud que la sociedad invierte).

La modernización y reforma introducen en la conducción hospitalaria el concepto de eficiencia de la gestión, en complemento de la eficacia clínica y como requisito de la política de equidad. Esto obliga a los profesionales gestores a comprender y actuar en el contexto de especificidad de la atención de salud, y a los profesionales clínicos a adquirir nuevas actitudes y capacidades que los habiliten para ejercer las decisiones clínicas en un nuevo marco de gerencia institucional: la productividad social, que marca el actual paradigma de virtud en la gestión sanitaria; consiste en maximizar la eficacia de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costos sociales y financieros posibles.

La «función social» del hospital como organización de servicios de atención de la enfermedad, en su versión más restringida, contiene además funciones conexas de responsabilidad por la salud de la comunidad. Los destinatarios de los servicios hospitalarios no sólo son las personas que demandan cuidados para curar su enfermedad, sino el sistema de salud global o las personas y ambientes sociales (municipios, ciudades, escuelas, etc.) sanos.

Hoy día nuestra sociedad exige de las organizaciones hospitalarias compromiso y responsabilidad con objetivos sociales de efectividad de los resultados y eficiencia del gasto, así como competencia demostrada en el ámbito de la calidad técnica y calidez humana de la atención. La legitimidad social de las organizaciones hospitalarias debe hoy responder a un múltiple cuestionamiento, por parte de la autoridad sanitaria, por parte de quien financia el gasto, y por parte de quien necesita y recibe los servicios.

3.7.1.- Efectos sobre las demandas y necesidades sociales

Las necesidades de salud de las poblaciones cambian rápidamente, a consecuencia de los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales y culturales del país. A los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos, se suman los cambios en las expectativas y demandas de los usuarios de los sistemas de salud, que obligan a nuevos perfiles de producción de los hospitales.

3.7.2.- Efectos en el mejoramiento de la gestión hospitalaria

Se busca un hospital que cumpla con criterios clínicos y gerenciales, cuya mayor calidad sea percibida por las personas y con un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia, para esto es clave:

- Que el hospital reciba señales políticas y financieras precisas y transparentes de Qué hacer?, desde la autoridad sanitaria y desde la sociedad.
- Que tenga niveles crecientes de autonomía en la definición del Cómo Hacer?

- Que tenga regulaciones y controles de los resultados del Qué y de la calidad en los procesos involucrados en el Cómo (control de gestión)
- Que tenga sistemas de rendición de cuenta a la autoridad sanitaria y a la sociedad y que deba responder públicamente por sus resultados de gestión (control social).

Hoy, los usuarios de los sistemas hospitalarios y los entes financiadores, tales como seguros públicos o privados y entidades de «atención gerenciada», presionan crecientemente por obtener mejores servicios a menores precios. En todo esto, los hospitales han actuado más con perplejidad y reactividad que con una actitud propositiva.

3.7.3.- Efectos en la administración: autonomía versus autogestión

Cuando se habla de «autogestión hospitalaria», muchas veces se entienden cosas distintas, ya sea por que se mira el tema desde diversas posiciones e intereses, o por que se persiguen objetivos diferentes. Se ha pretendido estimular la «autogestión» para, generando marcos de mayor flexibilidad de los factores de producción, lograr mayor competitividad en un mercado de prestadores. También se ha buscado dicha «autogestión» para, sin desintegrar un sistema de atención, disminuir rigidez y lograr mayor capacidad de respuesta del propio sistema a las necesidades de los usuarios. Todo esto, junto a experiencias muy disímiles y aún poco evaluadas en distintos países ha contribuido a mantener la confusión en torno a este tema.

La «autogestión» tiene dos aspectos a considerar:

- los propiamente jurídicos en términos del estatus de propiedad y responsabilidad legal, como poseer «personalidad jurídica» y tuición sobre sus bienes y,
- los relacionados a nuevas competencias como son definir sus procesos productivos, su organización interna, la gestión de sus recursos financieros, tecnológicos y humanos, regulación y el control, etc. No existe por lo tanto un solo tipo de «autogestión», ya que en los aspectos antes mencionados pueden existir diversos grados y niveles dependiendo de los objetivos a alcanzar y de los procesos de transición a ellos.

Lo esencial de la autogestión hospitalaria es que ésta cuente con las competencias y responsabilidad para gestionar sus recursos, modificar su cultura y sus procesos en términos de los requerimientos del sistema. Estas competencias deben ser adquiridas tras un proceso planificado y con los debidos apoyos legales, políticos y financieros. Evaluados regularmente y consolidados, legal o reglamentariamente, más allá de los vaivenes políticos de corto plazo.

Este proceso requiere descentralizar decisiones sobre el cómo hacer las cosas, para mejores resultados en términos de impacto social. Incluye un proceso eminentemente cultural, de participación, de una unidad (servicio clínico o unidad de gestión clínica) que ha construido una identidad propia en

torno a la misión contenida en un órgano de mayor complejidad que, a su vez, la contiene sistemáticamente en estructura de red (el hospital como un todo).

Se busca aumentar la producción hospitalaria mediante aumento de la motivación de las personas, desarrollar espacios de mayor creatividad y libertad, que son de mucha importancia en organizaciones de servicio en cuyo interior hay gran cantidad de conocimiento e información sobre tareas altamente complejas. La premisa base de la autogestión es la creencia de que las posibilidades creativas de las personas dependen del compromiso con los valores, y de que la motivación y la emoción surgen de la fuerza de las ideas. La gente apoya lo que cree y se compromete sólo en aquello en lo que participa

La experiencia muestra que, para que la autogestión hospitalaria vaya siendo realidad, se requiere ir avanzando paso a paso en las siguientes condiciones básicas :

- El desarrollo de una capacidad directiva en el hospital para generar los cambios de cultura y estilo de gestión institucional.
- Equipo directivo dispuesto a comprometerse en estimular la gestión descentralizada. Ello implica fortalecer y potenciar la idea de «gestión participativa»,
- Que se instaure una práctica de negociación y concertación de objetivos, productos y recursos, con el consiguiente mecanismo de control por resultados.
- La organización debe apoyar fuertemente con metodologías e instrumentos para que en cada equipo se pueda hacer la gestión más integral posible del recurso humano.

Para el funcionamiento operativo de la autogestión hospitalaria consideramos importantes tres instrumentos:

- El acuerdo o Compromiso de Gestión, que es documento formal de carácter contractual, suscrito entre el equipo de gestión del sistema y la dirección del hospital.
- El Presupuesto, que defina y asigne los recursos con que se realizarán las actividades comprometidas, como se controlará el gasto, y como se retribuirá la producción con la definición de sistemas de incentivos;
- El Sistema de Información Gerencial para el control de gestión en términos de producción, estándares de calidad, indicadores de eficiencia y análisis de los costos y Los mecanismos para transparentar los resultados de la evaluación de la gestión hacia los entes financiadores, reguladores y los usuarios.

IV.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION¹⁹

4.1.- Descripción del diseño Investigativo

Se basa en el diseño de Investigación no experimental empleada en estudios sin manipulación deliberada de variables, refleja su efecto natural sobre el problema sin intervención. En relación al tiempo de estudio del problema es sincrónica pues responde a un fenómeno limitado a un determinado período,

Del punto de vista del objeto de estudio, es una Investigación Exploratoria: se basa en la recopilación de información de diversas fuentes de consulta para conformar un base teórica fundada en el conocimiento formal del problema, que apoye el marco metodológico del estudio; sus fuentes de exploración utilizadas van desde. Leyes, Reglamentos, Decretos, Textos y Manuales recopilados de organismos oficiales (Congreso Nacional, Ministerio de Salud, Servicio de Salud, Hospitales), también de publicaciones en páginas web de acceso público de distintas organizaciones e instituciones y finalmente de documentación de estudio de universidades.

Finalmente, el estudio del fenómeno es Descriptivo, pues recoge elementos de un marco normativo cuyo efecto paradigma nos plantea analizar un modelo de gestión llevado a un diseño ideal de aplicación, que luego será confrontado a una realidad totalmente distinta, cuando se aplique a un establecimiento de salud mediante herramientas de evaluación.

4.2.- Descripción del esquema metodológico:

Se espera investigar, analizar y comparar la incidencia de cada factor y sus variables a través de dos instrumentos de recopilación de información empleados, que son:

- a) Instrumento técnico de certificación
- b) Encuesta estructurada de opinión

Con la confrontación de la información recopilada en el marco teórico (marco conceptual de estandarización de factores y su aporte a la organización) versus el resultado práctico de los instrumentos del numeral a.- y b.- anterior (instrumentos de certificación y encuesta) se espera demostrar y fundamentar el planteamiento respecto a que existen factores que obstaculizan mayormente la implementación del Modelo en cuestión y que por ende permiten confirmar que el Establecimiento no se encuentra preparado para enfrentar una gestión desconcentrada y autónoma.

¹⁹ www.profesiones.cl/papers/lee.php?id=9, TEMA : Principales tipos de Investigación (Caiceo y Mardones).

En cuanto al proceso técnico de de la investigación propiamente tal, consta esencialmente de dos grandes partes: una que corresponde a la etapa exploratoria de recopilación del marco teórico con su respectiva análisis, observación y tabulación de los datos obtenidos y una segunda etapa de recopilación de información concreta de primera fuente mediante el uso de una encuesta estructurada destinada a obtener datos cualitativos y cuantitativos de los principales objetos del cambio organizacional, vale decir, los funcionarios; en términos metodológicos el proceso se compone de los siguientes pasos:

- a) Recopilación de antecedentes de tipo observación documental sobre el marco regulatorio y legal de las reformas a la salud en Chile, antecedentes históricos, evolución, participación y rol de estado, hitos y tipos de reformas en el tiempo.
- b) Observación documental de antecedentes sobre críticas al modelo y las reformas, en sus orígenes, de organizaciones gremiales, sindicales, ciudadanía, para ampliar la visión sobre el estudio.
- c) Análisis en profundidad de la Ley que contiene el capítulo sobre autogestión hospitalaria, obtención del reglamento, del instrumento técnico de certificación, definición de las variables extraíbles del documento técnico.
- d) Análisis de resultados evaluación entregada por Instrumento Técnico de Certificación E.A.R. año 2006 con la finalidad de determinar los factores y variables específicos que inciden en el éxito o fracaso del acceso a la calidad certificación.
- e) Elaboración y aplicación encuesta de opinión estructurada, formato cerrado, orientada a determinar los aspectos no contemplados en el Instrumento Técnico de Certificación E.A.R. año 2006, sobre factores culturales de la organización y de impacto social.
- f) Tabulación y análisis de resultados encuesta de opinión estructurada para describir las variables que variables que intervienen y dimensionar su impacto favorable o no a la implementación del modelo
- g) Presentación y análisis final de los resultados que determina la brecha entre la realidad del establecimiento y las exigencias del modelo, enfocado a las falencias sobre las cuales debe profundizarse el trabajo de las autoridades para lograr calificar con éxito hacia la autogestión que se viene.

V.- DE LA MUESTRA

5.1.- Universo del Estudio; se compone del 100% de los estamentos funcionarios Técnicos, Administrativos y Auxiliares de Establecimiento; total universo año 2006 asciende a 394 funcionarios. Es de interés sondear este grupo de personas pues constituyen la base del cambio, los ejecutantes operativos de las políticas de modernización y del modelo de autogestión, sin ellos nada es posible.

5.2.- Muestra; la muestra estratificada asciende al 20% del universo, vale decir, compuesta por 80 funcionarios de los estamentos de Técnicos, Administrativos y Auxiliares. Este grupo objetivo a nuestro entender es el más importante dentro de la organización pues es el encargado de operativizar el nuevo modelo de gestión, vale decir, son los responsables directos de ejercer las acciones necesarias para cumplir con los estándares requeridos. A diferencia de los estamentos directivos, cuya misión es coordinar, colaborar y gestionar internamente las medidas necesarias para el logro de los objetivos institucionales sin participar y relacionarse directamente con el usuario (cliente), los estamentos seleccionados en la muestra, en contrario, son los principales exponentes de los cambios organizaciones frente a los usuarios del sistema y por ende están directamente expuestos a una evaluación permanente del exterior.

La selección de la muestra se realizó al azar, en la medida que se fue recorriendo el establecimiento se consultaba el estamento a los funcionarios; si éstos correspondían a alguno de los grupos seleccionados (técnicos, administrativos, auxiliares) entonces se les aplicaba un modelo estándar de encuesta. . Este proceso se realizó en un período de dos semanas durante el mes de Abril del 2008.

Se busca, a través de esta muestra, recopilar antecedentes sobre los factores culturales y sociales principalmente, para responder en parte a lo planteado en el párrafo segundo de la presentación de la hipótesis en estudio, respecto a la debilidad de la organización en esta materia frente al proceso de autogestión, sin descartar que la muestra nos entregue además antecedentes de otros factores que también se repitan en los resultados del instrumento de evaluación. Se espera que el resto de los factores y variables de carácter organizacionales, asistenciales, tecnológicos y financieros se desprendan del resultado del documento de Auditoría de Evaluación año 2007 E.A.R.-

VI.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los antecedentes necesarios para el estudio se recopilieron según se indica:

- Documentación oficial a obtener en la Institución con directivos y colaboradores del proceso de autogestión en curso.
- Documentación académica de apoyo a la formación de profesionales de la Administración Pública, sobre políticas de salud en Chile y Latinoamérica.
- Leyes y reglamentos sobre reformas publicados en distintos medios de difusión y acceso libre.
- Documentos públicos de distintas tendencias políticas sobre comentarios a las reformas en curso, acceso libre Internet, artículos de prensa.
- Páginas oficiales del Fondo Nacional de Salud, Servicio de Salud Aconcagua, Biblioteca Congreso Nacional, Universidades.
- Recopilación histórica de los procesos de reformas en Chile.
- Encuesta de opinión estructurada, para respuestas cerradas (Anexo 3).

VII.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

7.- Resultados de las Herramientas de Recopilación de Información

7.1. - Del Instrumento Técnico de Certificación Base Año 2006

7.1.1. Factores y Variables con Observaciones: se presenta un detalle de los factores y sus variables asociadas a los 12 Acápites contenidos en el Instrumento de Certificación; en nueve de ellos se detectaron observaciones y son:

Acápite N° 2: Planificación	
2.1	Factor Administrativo
a	Planificación
b	Control y Evaluación

Acápite N° 3 : Organización Interna	
3.1	Factor Organizacional
a	Estructura
b	Sistemas
3.2	Factor Asistencial
a	Planificación asistencial
3.3	Factor Financiero
a	Presupuestos
3.4	Factor Administrativo
a	Planificación
b	Control y evaluación

Acápito N° 4 : Gestión y Desarrollo Recursos Humanos	
4.1	Factor Administrativo
a	Gestión Recursos Humanos
b	Registro Horario
c	Selección de Personal
d	Capacitación
e	Clima organizacional
f	Entorno Laboral
g	Suplencias y reemplazos
h	Ausentismo
4.2	Factor Financiero
a	Presupuesto
b	Gasto Horas Extraordinarias
4.3	Factor Organizacional
a	Sistema de información

Acápito N° 5 : Gestión Financiera	
5.1	Factor Financiero
a	Presupuesto por Centros Responsabilidad
b	Control de Ejecución Presupuestario
c	Informe de Ejecución
d	Gasto Farmacéutico
e	Informes financieros
f	Control Patrimonio

Acápito N° 6 : Gestión de la Red Asistencial	
6.1	Factor Asistencial
a	Oferta de servicios
b	Oportunidad en Atención
c	Registros GES
e	Garantías en Salud

Acápito N° 8 : Consejos Asesores	
8.1	Factor Administrativo
a	Control y evaluación
b	Manuales del Consejo Técnico

Acápito N° 9 : Sistemas de Información	
9.1	Factor Organizacional
a	Información de Producción
b	Estadísticas
9.2	Factor Administrativo
a	Control de Gestión

Acápito N° 10 : Gestión de Información Para Usuarios	
10.1	Factor Asistencial
a	Gestión de Reclamos
b	Satisfacción Usuaría

Acápito N° 12: Auditoria Interna	
12.1	Factor Administrativo
a	Perfil Profesional
b	Plan de Auditoria
c	Capacitación

7.1.2.- Tabulación de Resultados con observaciones del Instrumento de Certificación: de los 12 acápite del instrumento de certificación, anteriormente presentados, se desprende que las principales variables con debilidades se concentran, de mayor a menor, según tabulación:

	Variable	Nº Ocurrencias	% Sobre el Total
a)	Control y Evaluación	4	10,26%
b)	Planificación	3	7,69%
c)	Presupuestos	3	7,69%
d)	Sistemas Informáticos	2	5,13%
e)	Capacitación	2	5,13%
f)	Ejecución Presupuestaria	2	5,13%
g)	Estructura Organizacional	1	2,56%
h)	Gestión Recursos Humanos	1	2,56%
i)	Registro Horario	1	2,56%
j)	Selección de Personal	1	2,56%
k)	Clima Organizacional	1	2,56%
l)	Entorno Laboral	1	2,56%
m)	Suplencias y reemplazos	1	2,56%
n)	Ausentismo Laboral	1	2,56%
o)	Trabajos Extraordinarios	1	2,56%
p)	Informes Financieros	1	2,56%
q)	Control Patrimonial	1	2,56%
r)	Oferta de Servicios	1	2,56%

s)	Oportunidad en la Atención	1	2,56%
t)	Registro G.E.S.	1	2,56%
u)	Garantías en Salud	1	2,56%
v)	Manuales	1	2,56%
w)	Producción	1	2,56%
x)	Estadísticas	1	2,56%
y)	Gestión de Reclamos	1	2,56%
z)	Satisfacción Usuaría	1	2,56%
aa)	Perfil Profesional	1	2,56%
ab)	Control Gasto Farmacéutico	1	2,56%
ac)	Plan de Auditoría	1	2,56%
	Total ocurrencias	39	100%

7.2.- Resultados del instrumento “Encuesta de Opinión Estructurada”

7.2.1.- Resultados Encuesta: este instrumento se aplicó a una muestra equivalente al 20% de la dotación total de Técnicos, Administrativos, Auxiliares, esto es, a 80 funcionarios de un total de 394, entre el 01 de Abril y el 17 de Abril del año 2008, la tabulación de los resultados es la siguiente:

Nº	Preguntas	Opciones	Nº Preferencias	%
1.-	A qué estamento pertenece usted?	Técnico Administrativo Auxiliar	37 27 16	46% 34% 20%
	Total individuos encuestados		80	100%
2.-	Tiene usted alguna noción sobre que significa el concepto de "Autogestión Hospitalaria".	Si No	46 34	57% 43%
	Total individuos encuestados		80	100%
3.-	Si tiene alguna noción, ¿ Cómo adquirió ese conocimiento sobre "Autogestión Hospitalaria".	Formal Institución Por Otros	26 20	57% 43%
	Total individuos con conocimiento sobre Autogestión		46	100%
4.-	Ha participado en alguna Capacitación sobre el nuevo Modelo de "Autogestión".	Si No	24 56	30% 70%
	Total individuos encuestados		80	100%
5.-	Si el Modelo comenzara a aplicarse hoy día, se siente preparado (da) para enfrentarlo en buena forma?	Si No	30 50	37% 63%
	Total individuos encuestados		80	100%
6.-	Qué expectativas usted esperaría de la aplicación del Modelo de Autogestión ?	Mejor Sueldo Mejor jornada Mejor capacitación Ninguna	31 10 15 24	39% 13% 19% 30%
	Total individuos encuestados		80	49%
7.-	Qué efectos nocivos considera usted que este nuevo Modelo podría presentar en su trabajo?	Más presión trabajo Inestabilidad laboral Empeora clima Ninguna	27 20 15 18	34% 25% 19% 23%
	Total individuos encuestados		80	41%
8.-	Como integrante de la comunidad, qué efectos cree que podría generar este nuevo Modelo?	Satisfacción usuaria Integración Aumento problemas Ninguna	21 13 27 19	26% 16% 34% 24%
	Total individuos encuestados		80	58%

7.2.2.- Determinación de Factores y Variables con observaciones, según Encuesta: de los resultados obtenidos en la tabulación de la encuesta se desprende los siguientes Factores y Variables que también contribuyen a obstaculizar la implementación del E.A.R, estos se concentran principalmente en dos grupos de factores; organizacionales y administrativos:

A) Variables que inciden en el Factor Organización	
a1)	Gerencia pública y liderazgo
a2)	Resistencia al cambio
a3)	Cultura hospitalaria
a4)	Responsabilidad social

B) Variables que inciden en el Factor Administrativo	
b1)	Gestión participativa
b2)	Comunicación y adhesión de los actores
b3)	Gestión del recurso humano

VIII.-

CONCLUSIONES

8.1.- Introducción al cierre

Por estos meses del último trimestre del año 2008, en que nuevamente han resurgido conflictos ligados al sector salud, no menos importantes como el caso de Hospital de Iquique con el tema del VIH y la falta de notificación a pacientes infectados²⁰; Hospital de Vallenar con las intervenciones quirúrgicas utilizando material sin esterilizar²¹; falta de rendiciones de fondos aportados por el Consejo de Las Américas en programas de prevención del SIDA²²; incluso por estos días se ha cuestionado la entrada en vigencia del Art.Nº 25 de Ley Nº 19.937.- precisamente porque la última evaluación de los hospitales para acreditar la calidad de autogestión arrojó resultados deficientes; en efecto, hasta este año sólo once establecimientos han logrado obtener la acreditación, quedando 45 pendientes, estos últimos no han logrado acreditar poniendo en riesgo el acceso obligatorio a la autogestión en el año 2009.- tal como lo señala la Ley.²³ Pero estas problemáticas no han pasado desapercibidas por el Gobierno y han obligado a cambios en el alto equipo ministerial de salud, asumiendo la Cartera de Salud, a contar del 06 de noviembre del 2008, el Dr. Alvaro Erazo en reemplazo de la Dra. María Soledad Barría, siguiendo con el nuevo Subsecretario de Redes Asistenciales Julio Montt en reemplazo del Dr. Ricardo Fábrega y manteniendo en la Subsecretaría de Salud Pública a la Dra. Jeannette Vega.-

Esta breve introducción tan sólo pretende demostrar que aún cuando los esfuerzos y las políticas sociales y en particular, en Salud han sido crecientes, producto de las grandes reformas que hemos analizado en el estudio, en especial a partir de los gobiernos de la concertación, creemos que fundado en la experiencia y el conocimiento asimilado en la investigación, han resultado no del todo efectivas para el sistema de salud público; en efecto, muchas leyes en forma sucesiva, mayor presión hacia los funcionarios, mayor complejidad del sistema, así tenemos el Auge por ejemplo, con plazos muy breves para el cumplimiento de los equipos de trabajo; si avanzamos otro poco encontramos también una cantidad importante de metas y compromisos que estresan cada vez más a los ya presionados funcionarios, aquellos que deben resistir y soportar el trabajo cotidiano con una recarga impresionante.

Pero, ¿dónde está la falla en todo este proceso de reforma?. Ya vimos y plateamos en su oportunidad que la legislación es muy fría, que apunta principalmente a temas técnicos para mejorar el cumplimiento de tales o cuales tareas, sin embargo, ¿Qué señala la Ley y sus normas respecto al clima laboral de estos funcionarios, al gran cambio cultural y social que se viene?, este es un tema muy complejo, las organizaciones y sus miembros adoptan conductas y costumbres hereditarias de actores que les precedieron; el rodaje de las organizaciones y particularmente de los hospitales públicos hace que sus

²⁰ Artículo Internet página web radio.uchile.cl/notas publicación 22/10/2008

²¹ Artículo Internet página web emol.cl publicación 04/11/2008

²² Artículo Internet página web latercera.cl publicación día 31/10/2008.-

²³ Artículo Internet página web elmostrador.cl publicación día 06/11/2008.-

nuevos integrantes se sumen a un proceso en que finalmente son absorbidos por esta compleja máquina a la cual le cuesta más que a otras rodar para mantenerse en movimiento y lo peor aún, en la dirección que todos esperan, es decir, entregando resultados, satisfacción a sus usuarios, mejorando la salud, entregando calidez, sociabilidad, oportunidad, aliento al que lo requiere.

Hay muchos problemas que resolver en un hospital público, si nos abocamos puntualmente a la puesta en marcha del modelo de Autogestión, también encontraremos ejemplos poco satisfactorios como el caso del Hospital de Temuco, según un artículo de Fenpruss en su página web²⁴ cuyos problemas se enfocan principalmente a falta de equilibrio financiero en que el costo lo ha debido asumir el escaso recurso humano que ha sido objeto de una sobre explotación, no existiendo las disponibilidades financieras para superar esta crisis, hasta el momento.

8.2.- Conclusiones en Función de los Objetivos

En resumen, el estudio sobre el tema “Estrategia para la implementación del Sistema de Autogestión” realizado al Hospital San Camilo de San Felipe, se ha llegado a concluir lo que sigue, en relación a los objetivos planteados en el Capítulo III.-

8.2.1.- Principales Cambios incorporados por la Autogestión: de acuerdo al Objetivo Específico N° 1 identificado en el Capítulo II.- los principales cambios introducidos en la Gestión hospitalaria son:

- a) El Director del establecimiento será seleccionado mediante lo dispuesto en la Ley N° 19882/ 2003, dura tres años en su cargo, pudiendo ser renovado por dos período igual, pero puede ser removido en cualquier momento al constatarse incumplimiento en el convenio de desempeño.
- b) Se incorpora procedimientos de medición de costos, que implica la creación, a partir de estos, de Centros de Responsabilidad transversales, de acuerdo a la definición particular de cada uno.
- c) La creación de una cartera de servicios dependerá exclusivamente del establecimiento (oferta sanitaria que es definida por la red pública).
- d) Mayor desconcentración e independencia en materias de gestión, todo esto en un contexto de redes de atención estructuradas en torno a un Modelo de Atención Integral en Salud.
- e) El hospital autogestionado debe, siguiendo las metas asistenciales trazadas por su red, con sus equipos clínicos construir un plan de actividades, un plan anual de inversiones que éstas requieren, las cuales fundamentarán la propuesta de presupuesto que el establecimiento negociará, debiéndose aprobar por los ministerios de Salud y Hacienda.

²⁴ Documento de Fenpruss “Hospital Autogestionado de Temuco hace agua” página www.fenpruss.cl

- f) Pueden, respetando su marco presupuestario, contratar personas naturales y/o jurídicas aún en funciones propias, hasta un tope de un 20% de su presupuesto, de forma de asegurar el recurso humano que requiere su plan de actividades
- g) Tienen la facultad de darse su propia organización interna, así como proponer modificaciones a las glosas presupuestarias, celebrar contratos y convenios -en particular con FONASA, seguros privados y centros formadores, dentro de otras nuevas facultades de administración.
- h) Se han definido nuevas facultades que tienen como objeto modelar el desarrollo del sistema público prestador en torno al concepto de redes integradas de atención; alinear al sistema público prestador al proceso de cambio de modelo de atención; generar las condiciones organizacionales al sistema prestador para ajustar su oferta a las nuevas necesidades de salud, expresadas a través del régimen de garantías en salud (GES) y de las demás políticas ministeriales en el ámbito de la prevención, fomento, reparación y rehabilitación de problemas de salud de la población; lograr hospitales más amigables con el usuario, y mejorar las condiciones generales para aumentar la efectividad, calidad y eficiencia de los establecimientos a través de una gestión clínica de excelencia.
- i) Tienen mayor exigencia para alcanzar alto nivel de "madurez", a través del logro de estándares básicos en gestión clínica y descentralización interna; gestión de su recurso humano; gestión financiera y logística; políticas propias de investigación y docencia; trabajo coordinado en redes; participación ciudadana, entre otras.
- j) Permite a los establecimientos explorar y utilizar sus nuevas facultades de modo de acelerar los procesos de implantación de cambio de modelo y ajuste de oferta.
- k) Generar capacidad de liderazgo en los establecimientos para conducir eficazmente los procesos de cambio.
- l) Por su parte, las Direcciones de Servicio deben abocarse a su rol gestión de la red, deben hacerse cargo de definir la cartera de servicios de los establecimientos y generar las tensiones para el ajuste de oferta y la implantación del cambio de modelo.
- m) Establecer incentivos financieros para que los anteriores cambios puedan producirse. Esto necesariamente involucra obtener buenos contratos, fiables, transparentes y claros, que sean la base de una actividad asistencial sostenible y equilibrada en el tiempo (equilibrio financiero, recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura adecuados).
- n) La autogestión define un exigente instrumento de evaluación para acceder y mantenerse en la categoría de "autogestionados en red" -instrumento basado en la ley y en el reglamento- y una política de gestión hospitalaria.

- o) El Director está facultado para enajenar bienes de uso excluidos, manteniendo el libre acceso a la participación de la comunidad informada; celebrar convenios con otros establecimientos de su territorio, y con otros externos a su red, estos últimos con autorización del Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción.
- p) Queda sometido a auditorías externas financieras y administrativa, al menos una vez al año.

8.2.2.- Conclusiones resultantes de las Herramientas de Evaluación

8.2.2.1.- Del Instrumento Técnico de Evaluación: se describen los factores con sus variables principales de acuerdo al marco teórico, además se incorporan subvariables o variables asociadas que se definen para las principales, resultantes del Instrumento Técnico y que obstaculizan la implementación del Modelo, con sus observaciones pertinentes, de acuerdo al Objetivo Específico N° 2 del Capítulo II.

A) Factor: Organizacional			
Nº	Variable Principal	Variables asociadas	Observaciones al cumplimiento
a1	Estructura y flexibilidad organizacional	11.- Estructura organizacional	* Falta de asociación de unidades a Centros Responsabilidad
a2	Innovación tecnológica	21.- Sistemas Informáticos	* Incompletos para stock de bodegas, en cuanto a datos de lotes, partidas y fechas de vencimientos productos. * No hay sistema información gerencial de gastos mensuales del Subtítulo 21.-

B) Factor: Administrativo

Nº	Variable Principal	Variables asociadas	Observaciones al cumplimiento
b1	Gestión Estratégica	11.- Control, Evaluación y Gestión	<ul style="list-style-type: none"> * No se realizan evaluaciones del Plan de Inversiones * Sin Evaluación Anual del Plan de Compras * No se revisan acuerdos contraídos con Consejo Consultivo de Usuarios. * No cuenta con un sistema de Planificación y Control Gestión.
		12.- Planificación	<ul style="list-style-type: none"> * No se realizan evaluaciones periódicas del Plan Anual. * No existe definición de metas productivas por Centros de Responsabilidad.
		13.- Plan de Auditoría	<ul style="list-style-type: none"> * Plan de Auditoría se cumple parcialmente en el área administrativa y financiera.
b2	Gestión del Recurso Humano	21.- Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> * No se realizan evaluaciones trimestrales del Plan de Capacitación. * Plan Anual no contempla proceso acreditación de Planta Profesionales para desempeño colectivo. * Plan de Capacitación para el área de Auditoria es insuficiente.
		22.- Gestión del Recurso	<ul style="list-style-type: none"> * Existe distorsión de cargos y no cumple con correlativos
		23.- Registro Horario	<ul style="list-style-type: none"> * No cuenta con sistema control horario estándar
		24.- Selección de Personal	<ul style="list-style-type: none"> * No se usan perfiles, competencias y descripción de cargos de las unidades. * Existe bajo conocimiento del proceso de selección
		25.- Clima organizacional	<ul style="list-style-type: none"> * No hay diagnóstico del clima por ende no hay plan de mejora
		26.- Suplencia y Reemplazos	<ul style="list-style-type: none"> * No cumple con políticas para este fin.
		27.- Ausentismo Laboral	<ul style="list-style-type: none"> * No se monitorea su nivel por Centros, por ende no hay políticas para su control y disminución.
		28.- Perfil Profesional	<ul style="list-style-type: none"> * El encargado de Auditoria no cumple perfil para el cargo
b3	Gestión Participativa	31.- Entorno Laboral	<ul style="list-style-type: none"> * No existe evaluación del avance del Programa de Mejoramiento de los Comités.
		32.- Manuales de Consejos Asesores	<ul style="list-style-type: none"> * No todos los Comités Internos de participación cuentan con sus respectivos manuales.

C) Factor: Financiero

Nº	Variable Principal	Variables asociadas	Observaciones al cumplimiento
c1	Gestión Presupuestaria y Control de Gestión	11.- Presupuestos	* No existen por Centros de Responsabilidad * No se informan Presupuestos de asignación de turnos por Centros * No se incluye el Subtítulo 29 Inversiones en Proyecto
		12.- Ejecución Presupuestaria	* No se realiza monitoreo permanente por Centros de la ejecución. * No se retroalimenta a los responsables de los Centros, sobre el avance de la ejecución.
		13.- Trabajo Extraordinario	* No se asignan en base a necesidades, no hay programa anual valorizado por Centros.
c2	Gestión de Indicadores Financieros	21.- Control de Gasto Farmacéutico	* No cumple mínimo de 60% gasto devengado a Central de Abastecimientos.
c3	Gestión Económica y Financiera	31.- Informes Financieros	* No se emiten informes contables-financieros trimestrales por Centros.
		32.- Control Patrimonial	* Registra inventario de bienes de inversión y control patrimonial rezagados.

D) Factor: Asistencial

Nº	Variable Principal	Variables asociadas	Observaciones al cumplimiento
d1	Centros de Responsabilidad	11.- Planificación Asistencial	* No existe definición de metas asistenciales por Centros.
		12.- Ofertas de Servicios	* No existe estrategia de difusión de Cartera de Servicios en la red, con origen en los Centros.
d2	Gestión y Satisfacción Usuaría	21.- Oportunidad en la Atención	* No se acreditan acciones para reducir tiempos de espera
		22.- Gestión de Reclamos	* El sistema de reclamos no permite validar pues no existe asociación con Centros de Responsabilidad operativos.
		23.- Satisfacción Usuaría	* No se puede medir el grado de satisfacción y validar pues persiste el problema con los Centros.
d3	Nuevas Herramientas de Gestión Hospitalaria	31.- Registros Garantías Explícitas en Salud GES	* No se registran las prestaciones a tiempo en el Sistema SIGGES
		32.- Garantías en Salud (GES)	* No cumple con la garantía de oportunidad en cuatro prestaciones (colecistectomía, cáncer gástrico, infarto miocardio, ave isquémico)

d4	Gestión de excelencia del Servicio Clínico	41.- Información de Producción Asistencial	* No se emiten reportes por Centros en el área clínica y administrativa
		42.- Gestión Estadísticas Clínicas	* No se entrega información oportuna a instituciones que la requieren oportunamente

8.2.2.2.- De la Encuesta de Opinión: se describen los factores y variables resultantes de la Encuesta, que arrojaron observaciones que afectan la implementación del Modelo, como parte del Objetivo Específico N° 2 del Capítulo II. Estas se concentran principalmente en Organizacionales y Administrativos, y son:

A) Factor: Organizacional

Nº	Variable Principal	Pregunta de Encuesta	Observaciones
a1	Gerencia Pública y Liderazgo	3.- Cómo se informó sobre Autogestión?	El 43% de los encuestados toma conocimiento del tema por vías distintas a la formal. Aquí también se desprenden problemas de Gestión directiva y liderazgo para enfrentar el proceso y lograr influenciar a los actores.
a2	Resistencia al Cambio	5.- Se siente preparado para enfrentar el nuevo Modelo?	El 63% de los encuestados presenta alto grado de carencias e incertidumbre que se manifiesta en la falta de preparación y decide no adoptar el modelo de autogestión, al menos en las condiciones actuales, indica que hay resistencia al cambio.
a3	Cultura hospitalaria	7.- Que efectos nocivos le encuentra al Modelo para los funcionarios?	El 34% señala que la autogestión les traerá aumento en la presión de trabajo, seguido por un 25% que declara percibir una Inestabilidad Laboral.

B) Factor: Administrativo

Nº	Variable Principal	Pregunta de Encuesta	Observaciones
b1	Gestión participativa	2.- Conoce la autogestión hospitalaria?	A menos de un año de la puesta en marcha oficial del modelo (2009), aún el 43% de los encuestados desconoce la Autogestión; este indicador es preocupante si se considera que el cambio en la Dirección del Hospital de Profesional Médico a uno de la Administración involucra una supuesta mejoría y horizontalidad en la relaciones, coordinación y participación de los actores, por el mayor dominio de materias atingentes a su formación y de la importancia que estas relaciones tienen para la gestión directiva y cumplimientos de compromisos en general.
b2	Comunicación y adhesión de los actores	3.- Cómo se informó sobre Autogestión?	Entrega falencias en este ámbito, pues si el 43% de funcionarios ha tomado conocimiento del tema de autogestión a través de canales informales, permite inferir que los medios de difusión interna probablemente no son los óptimos y masivos, o bien los equipos supervisores y jefaturas intermedias no

			<p>replican estas materias. Esto revela que aún se convive con la cultura del rumor y del comentario de pasillos, de la obtención de información por medios externos al organismo, en circunstancias que la propia organización debe preocuparse de generar los sistemas de comunicación y difusión necesarios para evitar los efectos nocivos de lo que se pretende implementar. Frente a este indicador que consideramos de importancia y luego de transcurrido un año desde la evaluación E.A.R. se demuestra que la organización poco ha modificado su cultura interna y la generalidad de los casos en que esto ocurre termina resultando en efectos nocivos y rechazo a los cambios por falta de información real, clara, oportuna y explícita sobre la materia en estudio.</p>
b3	Gestión del recursos humano	<p>4.- Ha sido capacitada formalmente en autogestión en su establecimiento?</p> <p>6.- Qué expectativas espera del Modelo?</p>	<p>Uno de los indicadores más relevantes por sus efectos, dice relación con la gestión de la capacitación del recurso humano; la encuesta revela que el 70% de los funcionarios de la muestra no ha participado en procesos de capacitación, a la fecha; la consecuencia directa de esta debilidad radica en que la puesta en marcha podría ser más compleja y con mayor presencia de errores, omisiones, decisiones equivocadas, por falta de las competencias específicas para impulsar el modelo. Se complementa este análisis con los resultados de la Pregunta 5.- donde se revela que el 63% no está preparado hoy día para enfrentar este proceso en buena forma.</p> <p>Se observa que existe una tendencia mayoritaria a creer que este modelo significa una mejora de su remuneración, así lo manifestó el 39% de los encuestados, por otra parte el 30% no tiene ningún tipo de expectativas del modelo. Se aprecia entonces que los extremos marcan mayorías, los que mucho esperan y los que nada esperan.</p>

8.3.- Implementación de Estrategias transversales

El tercer Objetivo Específico de la investigación, formulado en el Capítulo III.- busca finalmente diseñar algunas estrategias para superar las deficiencias aquellos factores y variables que han afectado negativamente el proceso de Acreditación y Certificación del establecimiento, en su calidad de autogestionado, en función de este objetivo se plantea lo siguiente:

Diseñar estrategias transversales a los cuatro factores y sus variables, cuya finalidad es resolver integralmente un conjunto de observaciones e temas específicos pero que se encuentran asociados a distintos factores, por ejemplo observaciones sobre los Centros de Responsabilidad,

Nº	Observaciones a:	Estrategias para Mejoramiento
1	Flexibilidad en la estructura organizacional	La principal estrategia que debe contemplar el plan de mejoramiento integral dice relación con actualizar el organigrama; la autogestión obliga a incorporar como primera herramienta de flexibilidad organizacional nuevas funciones y estructuras acorde a la nueva gestión organizacional que contempla la autogestión. Para este efecto se debe analizar y actualizar el Organigrama Funcional principalmente por la incorporación de Centros de Responsabilidad,
2	Centros de Responsabilidad	<p>Los Centros de Responsabilidad son unidades productivas, deben estar compuestos por grupos de Centros de Costos (base actual de operación) de acuerdo a criterios homogéneos de agrupación, la clave es que aquellos centros de costos administrativos no productivos deben reportar sus gastos a aquellos centros productivos operacionales mediante un sistema de distribución de costeos.</p> <p>La creación de Centros de Responsabilidad, lleva consigo también resolver el tema de quienes serán los líderes, jefes, encargados o coordinadores, aquí se genera un problema de jerarquías pues el organigrama actual contempla niveles de Jefaturas de Unidades y Servicios por áreas de especialización clínica o administrativa como unidades mínimas funcionales. Ahora bien, ser jefe, encargado, u otra denominación de un centro de responsabilidad que agrupa a varios centros de costos, es tarea mayor y de alta responsabilidad, y por ende estos nuevos responsables jerárquicamente</p>

3	Sistemas de Información y T.I.C.	<p>deberían tener mayor nivel en la estructura. Es evidente que tanto del punto de vista práctico funcional como del costo que significa incorporar estos nuevos cargos, el establecimiento no podría financiarlos, surge así la estrategia de incorporar un equipo de Control de Gestión de al menos dos profesionales como Jefe y Coordinador de los nuevos Centros de Responsabilidad, manteniendo a los actuales jefes de servicios sin variación.</p> <p>El equipo de gestión debe ser responsable de liderar el proceso de los Centros de Responsabilidad, desde los planes estratégicos de cada uno, armonizados con los institucionales, hasta el cumplimiento de las metas, ello involucra monitoreo, análisis y retroalimentación permanente, con ajustes que el proceso y las condiciones lo permitan.</p> <p>Con la incorporación de los Centros, se resuelve un conjunto de observaciones que se indican:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación, control y gestión de los Centros • Definición de metas productivas • Monitoreo de ausentismo laboral y políticas de control y disminución, turnos por centros, trabajos extraordinario según necesidades. • Presupuestos, ejecución y monitoreo por Centros, información contable y financiera derivada de estos. • Retroalimentación permanente a y desde responsables de los Centros . • Definición, difusión de cartera de servicios (productos). • Reportabilidad de información estadística, clínica, administrativa y productiva de los Centros y de reclamos asociados. <p>La solución integral para esta área versa sobre la modificación de los actuales sistemas aislados, diseñados para fines locales de ciertas áreas y no incorporados a la red de sistemas de información necesaria para aportar</p>
---	----------------------------------	---

4	Desarrollo Estratégico Integral	<p>a la autogestión, La importancia de superar, por ejemplo, la falta de información del sistema de control de existencias de bodegas, reportes de gastos de remuneraciones, reportabilidad de centros, de áreas administrativas, información para terceros, entre otros, pasa por generar sistemas en línea que conversen entre sí, por ejemplo, uno de los sistemas principales de información y gestión operativa y gerencial debe ser diseñado para los Centros de Responsabilidad, este debe recoger información de otros subsistemas paralelos como son de bodegas, de remuneraciones, de ejecución presupuestaria, estadísticos, de recaudación, etc. es decir, de todos aquellos que aportan a la conformación de los costos base para operación de los Centros en su componente tanto de gastos como de ingresos. Si bien hoy existen sistemas en red como SIGFE (financiera-contable), existen otros tantos subsistemas locales no conectados a la red y ello pasa porque o son muy antiguos diseñados con lenguajes ya obsoletos o bien su actualización requiere de inversiones importantes, Sin embargo el establecimiento cuenta con expertos informáticos en desarrollo de sistemas a los cuales se les debe proporcionar las herramientas necesarias para que el problema de conexión en red de los sistemas sea posible a costos razonables y con desarrollo interno.</p> <p>El nuevo Plan Estratégico debe considerar en su Visión, las modificaciones correspondientes al proceso de evaluación que exige la autogestión, más acotado y reducido en el tiempo, esto en función que la autogestión incorpora evaluación anual de los procesos y trienal de la gestión para efectos de continuidad legal del equipo directivo, aún cuando paralelamente el cumplimiento de los acápite va ligado a la gestión en el corto plazo. Este plan estratégico también permite generar las instancias de mejoramiento de observaciones relativas a la gestión financiera y contable, entre otras.</p> <p>El plan integral permite superar las observaciones que dicen relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se realizan evaluaciones del Plan de Inversiones * Sin Evaluación Anual del Plan de Compras * No cuenta con un sistema de Planificación y Control Gestión
---	---------------------------------	---

5	Estrategias para la Gestión del Recurso Humano	<ul style="list-style-type: none"> * No se realizan evaluaciones periódicas del Plan Anual. * No existe definición de metas productivas por Centros de Responsabilidad * Plan de Auditoria se cumple parcialmente en el área administrativa y financiera. * No se incluye el Subtítulo 29 Inversiones en Proyectos Autónomos. * No cumple mínimo de 60% gasto devengado a Cenabast. * Registro inventario de bienes de inversión y control patrimonial rezagados. <p>La elaboración del Plan conjuntamente con los objetivos, actividades y metas específicas debe incorporar la participación activa de todo el equipo transversal de la organización (dirección, administración, asistencial, informático, usuarios) de manera de alinear los planes por áreas, principalmente los que dicen relación con los Centros de Responsabilidad con el Plan institucional colectivo; estos Centros son la base de la generación de información financiera, contable, asistencial, estadística pues incorpora todas las áreas de la organización.</p> <p>El rol principal en esta etapa estratégica la tiene el equipo de Control de Gestión y Evaluación que pasa a integrar la estructura conjuntamente con la creación de los Centros.</p> <p>El factor recurso humano es el más importante en la organización y de él depende la consecución o fracaso de los procesos de cambio, como este en curso. Del estudio se detectaron falencias importantes relacionadas con su gestión, temas como; capacitación, sistemas de registro horario uniforme, procesos de selección de personal, estudios de clima organizacional , políticas de suplencia y reemplazos, niveles de ausentismo laboral, descripción de perfil profesional, liderazgo, resistencia a los cambios, cultura de trabajo, son algunos de los que presentan observaciones.</p> <p>Las estrategias orientadas a combatir las deficiencias de ésta área deben suponer entre otros:</p>
---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Mecanismos de diagnóstico y detección de necesidades de capacitación a partir de la elaboración de instrumentos de amplia aplicación, encuestas, estudio de puestos de trabajo, competencias, evaluaciones, todos orientados a la elaboración de un Plan de Capacitación efectivo conforme a necesidades reales, este debe considerar prioridades como necesidades de personal titular que debe acreditar en las distintas plantas y que considere a todos los estamentos con igualdad de acceso a la capacitación.• Por otra parte el área de Gestión de Recursos Humanos debe elaborar y mantener actualizada las distintas plantas titulares y contratas que conforman la dotación, teniendo legalmente respaldados los cargos para mayor claridad y evitar distorsión e incumplimientos de correlativos asignados a cada uno.• El establecimiento debe corregir una falencia histórica, que dice relación con el sistema control horario estándar, pues éste se aplica en forma inequitativa desde el punto de vista de la forma de registro: En efecto los funcionarios no médicos (mayoría) registra mediante un reloj control; los funcionarios médicos (minoría) lo hace en un libro de asistencia manual el cual carece de objetividad. La solución radica en estandarizar hacia arriba, vale decir, aplicar en forma equitativa un sistema único de control horario objetivo e inviolable.• Un tema importante para mantener en buen pié las relaciones interpersonales relación con la necesidad de elaborar un Programa de Diagnóstico y Mejoramiento de Clima Laboral, el cual en ningún caso debe propender al castigo o sanción del elemento o grupo afectado, más bien debe enfocarse a la búsqueda de la raíz del problema y atacarlo con herramientas y técnicas de superación, con su correspondiente evaluación en el tiempo.• En materia de Liderazgo Formal, también el resultado observa algunos procedimientos, como el caso de la baja motivación por parte de los directivos para involucrar a sus equipos en el tema de la autogestión. Al respecto, se debe implementar estrategias por parte de los líderes para; dar a conocer el modelo con amplia cobertura e incluso externa, debe realizarse mediante canales formales y
--	--	--

6	Estrategias para la Gestión Participativa	<p>participativos, se deben entregar las herramientas necesarias para que además de conocerlo puedan aplicarlo y por último deben estar liderando en forma permanente al proceso y los equipos operativos que serán finalmente la cara visible del modelo y por lo cuales saldrá la imagen corporativa a la luz pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resistencia al Cambio y Cultura organizacional: todo proceso de cambio lleva consigo incertidumbre, pero esto sólo ocurre por falta de conocimiento técnico del proceso, de sus bondades y sus falencias. Es lógico pensar que un proceso como este podría llevar consigo más problemas que expectativas pues en el ámbito público la forma de hacer las cosas es por costumbre más lento y gradual, ello forma parte de la cultura organizacional, de los valores y creencias que se arrastran como mitos del quehacer. Para aquellos funcionarios con largos años en el sistema es más probable encontrar rechazo a la modernidad y cambios progresivos pues técnicamente a veces son superados por ella. Sin embargo, los procesos sociales y culturales son de largo aliento, lo es también la autogestión, pues lleva consigo un alto grado de exigencias que lentamente deben ser incorporados para que sean adoptados satisfactoriamente. Nuevamente en este aspecto el rol de los directivos y líderes juega un papel muy importante, nada se improvisa, todo se planifica en el tiempo, así se concretan los buenos resultados. <p>La participación de los actores en un proceso de cambio, cualquiera sea, requiere de una alta convocatoria, no basta con que los equipos directivos conozcan y manejen los temas estratégicos del cambio, sino que estos deben ser traspasados a los entes operativos responsables de su ejecución para adoptar los mecanismos conducentes al éxito planificado. En una organización hospitalaria, los funcionarios de los ámbitos técnicos, administrativos, auxiliares son el pilar fundamental de la acción de salud, funcionan como entes individuales, como grupos de trabajo, como equipos y bajo estructuras de Comités, entre ellos los de Mejoramiento del Entorno Laboral, Paritarios, de Adquisiciones, de Capacitación, de Farmacia, de Planes de Contingencia, Consejos Consultivos, de Desarrollo, entre otros.</p>
---	---	--

7	<p>Gestión Asistencial y Satisfacción Usuaría</p>	<p>Aquí radica la importancia de abrir las puertas a la participación interna y también externa, bajo la premisa que cada vez se incorpore un mayor número de actores a estas instancias de participación en la gestión general y específica del establecimiento. Ello permite asegurar que los nuevos lineamientos sobre autogestión y otros modelos futuros sean comunicados formalmente empleando todos los canales e instancias participativas, en forma oficial, clara, y con el mayor número de argumentos que respalden cada uno de estos cambios, de tal modo de generar confianza y apoyo recíproco a la transparencia de la gestión.</p> <p>El establecimiento debe incorporarse a una red asistencial, que además se compone de otros centros del área jurisdiccional del Servicio de Salud, esto es importante porque le permite interactuar y difundir el conjunto de prestaciones contenidas en su cartera de servicios y dotarse de otros servicios mediante ésta. Para su buen desempeño la red debe ser flexible, esto es adaptable a nuevas exigencias. El resultante de este proceso de interacción de servicios asistenciales será finalmente un producto común mayor llamado satisfacción usuaria, cuyo diagnóstico verá reflejado los esfuerzos y su efectividad en la comunidad. Las principales estrategias comunes a la red :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición e prácticas de mejoramiento continuo de calidad en áreas clínicas y técnicas. • Consentimiento informado en procedimientos diagnósticos y terapéuticos • Fortalecer sistemas de información a usuarios para garantizar respuestas a reclamos y sugerencias en temas clínicos. • Incorporar medición de satisfacción usuaria en forma sistemática. • Incorporar gestión de procesos clínicos en seguimiento de control de pacientes. • Definir y aplicar protocolos de referencia y contrarreferencia. • Estudio de carga de horas médicas en atención ambulatoria y
---	---	---

		<p>cerrada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnosticar las brechas de equipamiento en el área clínica para su fortalecimiento.• Favorecer la participación de la familia en el cuidado de enfermos.• Conformar equipos de cabecera para atención del paciente para su interacción con el grupo familiar y otros de salud.• Gestionar las listas de espera a través de la red para su disminución.• Generar las instancias para el acceso oportuno de los pacientes a los puntos de red, asegurando el cumplimiento del GES..
--	--	--

8.4.- La Modernización y su evaluación general

El cuarto y último objetivo buscaba conocer a través del marco, diversas opiniones de organizaciones sociales y de salud relativas a modernización en su conjunto. Ahora bien, encontramos tanto defensores como detractores. En temas de políticas públicas y en particular del área de la salud, es común la divergencia de opiniones, todas ellas se centran principalmente en las áreas presupuestarias y de financiamiento de estos modelos de salud, por su parte la satisfacción usuaria y la oportunidad siguen siendo los polos de desencuentros entre los actores del sistema (comunidad, autoridad).

8.5.- Consideración nivel País del proceso de implementación de Autogestión ²⁵

Para concluir con el presente estudio, se presenta una síntesis nacional actualizada, que da cuenta de las problemáticas país sobre el tema de autogestión:

El proceso no ha sido fácil, completándose sólo 11 establecimientos para el 2008, destacando como elementos críticos:

- a) La mayoría de los hospitales no ha alcanzado los estándares requeridos, algunos (los menos) exclusivamente por inflexibilidad de los instrumentos, y los otros (desafortunadamente la mayoría) por aún importantes insuficiencias organizacionales. Hay establecimientos, claramente identificados por el Ministerio, que están potencialmente cerca de acceder pero requerirán de un enorme gasto de energía en acelerar sus procesos de mejora dada la cercanía del año 2009, y otro grupo de hospitales desafortunadamente no menor, que difícilmente estará en condiciones para el 2009, lo que obligará una eventual modificación legal para extender el plazo a dicho grupo. Esto último parece totalmente aconsejable, ya que el incluir hospitales por el "sólo ministerio de la ley" que tengan una brecha muy importante pondría en riesgo los objetivos globales de todo el proceso
- b) Persiste una falla de conducción en los establecimientos, prueba de ello es la dificultad para llenar los cargos de directivos por el Sistema de Alta Gerencia y la aún alta rotación de directivos. Sin duda que sin liderazgo efectivo que conduzcan procesos persistentes no hay generación de condiciones para EAR. Dicho de otro modo, la ausencia de liderazgo puede señalarse como la primera y principal amenaza al proceso.
- c) Los actores aún no han asumido cabalmente sus nuevos roles, prueba de ello es el incipiente avance en generar "carteras de servicio" alineadas hacia el cambio de modelo y al insuficiente avance en "contratos" efectivos entre la red y los EAR

²⁵ ARTAZA B, OSVALDO. Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Rev. chil. pediatr.* [online]. abr. 2008, vol.79, no.2 p.127-130. Disponible en la World Wide Web: www.scielo.cl

- d) No se han generado los incentivos financieros adecuados, prueba de ello son las dificultades que en la práctica persisten para sostener el presupuesto negociado con los EAR.

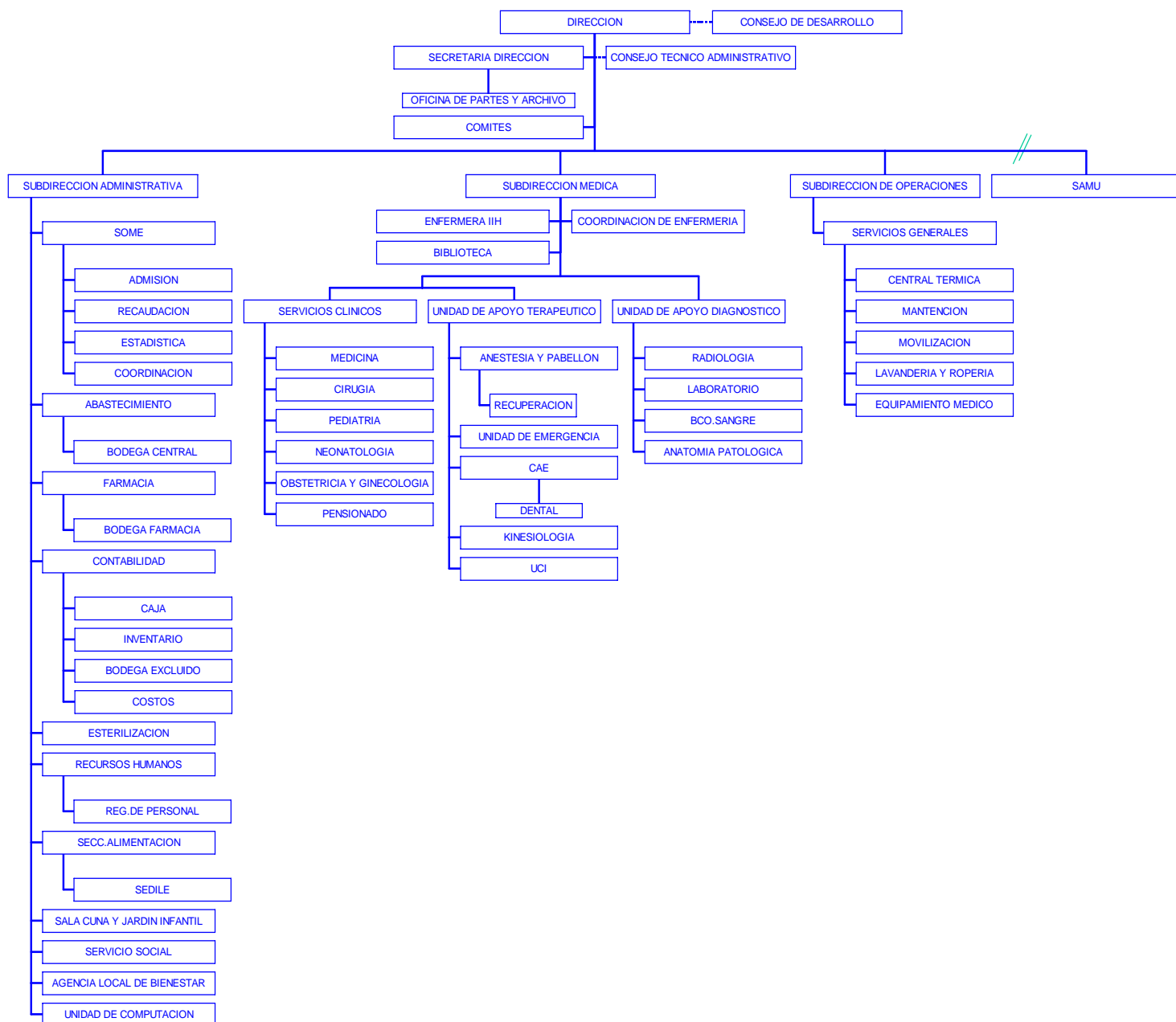
Sin duda, que los principales desafíos serán el que los establecimientos alcancen dicha categoría una vez logrados los estándares requeridos, y que las nuevas facultades efectivamente sean útiles para las mejoras en el servicio para lo cual fueron diseñados. Las dificultades observadas son propias de un proceso en marcha de gran envergadura. Estamos a tiempo para identificar obstáculos y proponer con audacia soluciones, reconociendo que en todo proceso de cambios necesariamente hay aciertos y errores. Lo que sin duda no puede haber, es incapacidad para aprender y falta de coraje para asumir los desafíos pendientes.

Finalmente y como resultado de la última evaluación país de este proceso, cuya entrada en vigencia según la Ley N°19.937.- era a contar del año 2009, se dictó una nueva Ley N° 20.319.- que modifica la anterior, en cuanto a la fecha de entrada en vigencia, postergándose para Enero del año 2010 a todos aquellos establecimientos de salud no calificados de autogestión al 31 Diciembre del año 2008.-

A N E X O S

A N E X O N º 1 : Organigrama

ORGANIGRAMA HOSPITAL SAN CAMILO DE SAN FELIPE



ANEXO N° 2

**MODELO DEL INSTRUMENTO TECNICO DE CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE
REQUISITOS PARA LA OBTENCION DE LA CALIDAD EAR.**

Acápites		Contribución Porcentual
1	Aspectos Formales	Pre requisito
2	Planificación	12,5%
3	Organización Interna	10,0%
4	Gestión y Desarrollo de los recursos Humanos	12,5%
5	Gestión Financiera	10,0%
6	Gestión de la Red Asistencial	15,0%
7	Metas de Desempeño	10,0%
8	Consejos Asesores	5,0%
9	Sistemas de Información	5,0%
10	Gestión de la Información de Usuarios	10,0%
11	Cuenta Pública de Resultados	5,0%
12	Auditoria Interna	5,0%
Total Cumplimiento		100,0%

ACÁPITE N° 1: ASPECTOS FORMALES

	INDICADOR	Medio de Verificación
1.1	El establecimiento se encuentra registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado.	Certificado de la Superintendencia de Salud u Oficio del Director del Establecimiento al Superintendente de Salud, mediante el cual se formula la respectiva petición
1.2	El establecimiento se encuentra acreditado y mantiene dicha acreditación, para todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad.	Certificado de la Autoridad de Salud u Oficio del Director del Establecimiento a la Autoridad de Salud competente, mediante el cual se formula la respectiva petición
	PORCENTAJE CONTRIBUCION:	PRE REQUISITO

ACÁPITE Nº 2: PLANIFICACIÓN

	INDICADOR
2.1	PLANIFICACION ESTRATEGICA
2.1.1	El establecimiento cuenta con una Planificación Estratégica actualizada (entre 3 y 4 años)
2.1.2	La Planificación Estratégica es concordante con las políticas de la red asistencial, establecidas por el Servicio de Salud.
2.1.3	Participaron en la elaboración del Plan Estratégico:
2.1.3.a	Consejo Técnico
2.1.3.b	Consejo Consultivo de Usuarios
2.1.3.c	El Personal del Establecimiento
2.1.4	La Planificación Estratégica incorpora políticas de:
2.1.4.a	Gestión de los Procesos Clínicos y de apoyo.
2.1.4.b	Mejoramiento de índices de satisfacción Usuaría: (Gestión de Calidad)
2.1.4.c	Gestión y desarrollo de los Recursos Humanos y su capacitación
2.1.4.d	Planificación y Control de Gestión
2.1.4.e	Gestión Financiera contable y presupuestaria
2.1.4.f	Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos.
2.1.4.g	Gestión de los Recursos Físicos e Inversiones
2.1.4.h	Auditoría
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 2.1
2.2	PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES
2.2.1	Existe un Plan Anual de actividades para el año en curso que implemente el Plan Estratégico
2.2.2	Existe un presupuesto asignado para las actividades del plan anual
2.2.3	Se realiza revisión de grado de cumplimiento y estado de avance de las actividades contempladas en el Plan Anual.
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 2.2
2.3	PLAN ANUAL DE INVERSIONES
2.3.1	El establecimiento tiene un plan de Inversiones para el año en curso.
2.3.2	El Plan de Inversiones se encuentra priorizado y detalla los costos de cada una de las inversiones propuestas.
2.3.3	Este Plan de Inversiones es concordante con el Plan Estratégico
2.3.4	Se realizó revisión de grado de cumplimiento y estado de avance de las actividades contempladas en el Plan Anual de Inversiones
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 2.3
	PORCENTAJE CONTRIBUCION: 12,50%

ACÁPITE N° 3 : ORGANIZACIÓN INTERNA

	INDICADOR
3.1	DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL ESTABLECIMIENTO
3.1.1	El hospital cuenta con un sistema formal (resoluciones) de Organización interna, que comprende:
3.1.1.a	Definición del o los responsables de cada área o Unidad de trabajo definida.
3.1.1.b	Definición de roles y responsabilidades
3.1.1.c	Definición de presupuestos descentralizados por centro de responsabilidad
3.1.1.d	Definición de metas asistenciales y/o productivas por centro de responsabilidad
3.1.1.e	Definición de sistemas de información y control
3.1.2	Existe manual de Organización y funciones y descripción de cargos para todas las Unidades de la Institución actualizada al menos hace tres años
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 3.1
3.2	DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
3.2.1	Existe un Comité de farmacia y se reúne habitualmente.
3.2.2	El Establecimiento tiene definido el arsenal farmacológico, el cual actualiza al menos bienalmente.
3.2.3	El Establecimiento cuenta con procedimientos formales y en uso para modificar el arsenal terapéutico, que contemple al menos la evidencia científica y la relación costo-beneficio.
3.2.4	El Establecimiento tiene definido un stock crítico.
3.2.5	El Establecimiento cuenta con sistema de dosis unitaria.
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ÍTEM 3.2
3.3	DE LA PRODUCCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
3.3.1	El establecimiento tiene identificados los productos intermedios y finales y su línea productiva por centro de responsabilidad
3.3.2	El establecimiento tiene identificado el costo medio de los principales productos y/o prestaciones que realiza cada Unidad
3.3.3	Establecimiento cuenta con sistema costeo de prestaciones que funcione sistemáticamente
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ÍTEM 3.3
3.4	DE LOS SISTEMAS DE ADQUISICIONES
3.4.1	Existe un Comité de adquisiciones y se reúne habitualmente
3.4.2	El establecimiento cuenta con un Plan Anual de Compras

3.4.3	Se realiza al menos semestralmente, 1 evaluación de ejecución del Plan Anual de Compras.
3.4.4	Existen manuales en uso de procedimientos de adquisición, bodegaje y distribución, actualizados a lo menos cada 5 años
3.4.4.a	Adquisiciones
3.4.4.b	Bodegaje
3.4.4.c	Distribución de productos
3.4.5	Existe sistemas de control en uso
3.4.5.a	Adquisiciones
3.4.5.b	Bodegaje
3.4.5.c	Distribución de productos
3.4.6	Existen políticas y planes de mantención y reparación de equipamiento médico actualizadas al menos trienalmente y en uso.
3.4.7	Existen políticas y planes de mantención y reparación de infraestructura actualizadas al menos trienalmente y en uso
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 3.4
3.5	DEL PLAN DE EMERGENCIA
3.5.1	El Establecimiento cuenta con Plan de Emergencia, el cual se actualiza, al menos, trienalmente.
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ÍTEM 3.5
	PORCENTAJE CONTRIBUCION: 10,00%

ACÁPITE Nº 4 : GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS

	INDICADOR
4.1	DE LA FUNCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
4.1.1	El establecimiento tiene una unidad encargada de Recursos Humanos.
4.1.2	El jefe o encargado de esa unidad es integrante del equipo directivo o consejo superior del establecimiento.
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE ÍTEM 4.1
4.2	DEL REGISTRO DE PERSONAL
4.2.1	Esta Unidad, tiene los registros de personal completos y actualizados, en relación a:
4.2.1.a	Licencias Médicas en Hojas de Vida.
4.2.1.b	Asignaciones Familiares en Hojas de Vida.
4.2.1.c	Actualizaciones contractuales, ascensos o modificaciones en calidad jurídica, en la Hoja de Vida.
4.2.1.d	Asignaciones de antigüedad en Hojas de Vida.
4.2.1.e	Horas Extraordinarias en Hojas de Vida.
4.2.1.f	Sumarios Administrativos
4.2.1.g	Comisiones de Servicio
4.2.1.h	Escalafón de Mérito
4.2.1.i	Suplencias y Reemplazos
4.2.1.j	Contratos a Honorarios
4.2.1.k	Dotación
4.2.1.l	Cometidos funcionarios
4.2.1.m	Permisos administrativos
4.2.1.n	Feridos legales
4.2.2	La Unidad, registra oportunamente los datos de hoja de vida funcionaria, en el Sistema de Información de Recursos Humanos.
4.2.3	El establecimiento posee un sistema de registro y control de cumplimiento de la jornada laboral, único y uniforme para todo el personal, independientemente de las leyes que lo regulen. (Leyes N°18.834, N°15.076 y N°19.664)
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE ÍTEM 4.2
4.3	DE LA DOTACIÓN Y PRESUPUESTO DEL SUBTÍTULO 21
4.3.1	El establecimiento ha definido su dotación máxima, en cada una de las leyes. (Ley N°18.834, N°19.664, N°15.076).
4.3.2	En la Resolución referida en el punto 4.3.1, se encuentran además, establecidos los montos máximos de las siguientes glosas:

4.3.2.a	Horas Extraordinarias.
4.3.2.b	Gasto en viáticos en territorio nacional.
4.3.2.c	Disponibilidad máxima por aplicación de la Ley N° 19.664.
4.3.2.d	Convenios con personas naturales.
4.3.2.e	Asignación por Funciones Críticas (N° de personas y monto M\$).
4.3.2.f	Capacitación y Perfeccionamiento Ley N°18.575.
4.3.2.g	Asignación Ley N° 19.264.
4.3.2.h	Bonificación Ley N°19.536 (Enfermeras, Matronas, otros).
4.3.2.i	Asignación de responsabilidad Art. 76° Ley N°19.937.
4.3.2.j	Asignación de Turnos Art. 72° Ley N°19.937.
4.3.3	El establecimiento ha realizado evaluación del cumplimiento de estas glosas.
4.3.4	Existe un sistema de información y control que señale el gasto mensual de RRHH por cada centro de responsabilidad.
4.3.5	El establecimiento cumple en tiempo y forma con los procesos de calificaciones y de promoción de los funcionarios.
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 4.3	
4.4	DE LOS PROCESOS DE RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN, INDUCCIÓN Y DESVINCULACIÓN DEL PERSONAL
4.4.1	El establecimiento ha definido un Proceso de Reclutamiento del Personal, lo tiene formalizado, actualizado al menos trienalmente y en uso.
4.4.2	Para el proceso de selección del personal, son utilizados los perfiles y/o competencias y descripciones de cargo que posee el Establecimiento.
4.4.3	El establecimiento ha definido un Proceso de Selección de personal, lo tiene formalizado, actualizado al menos trienalmente y en uso
4.4.4	El establecimiento ha definido un proceso de Inducción para el personal nuevo, lo tiene formalizado, actualizado al menos trienalmente y en uso
4.4.5	El establecimiento ha definido de acuerdo a la legalidad vigente, un proceso de desvinculación del personal y apoyo al retiro en el establecimiento, lo tiene formalizado, actualizado al menos trienalmente y en uso.
4.4.6	El establecimiento ha definido políticas de reconocimiento a su personal, lo tiene formalizado, actualizado al menos trienalmente y en uso.
4.4.7	Los procesos y políticas anteriores son conocidos por todos los funcionarios del Establecimiento
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 4.4	

4.5	DE LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL
4.5.1	El establecimiento ha definido responsables en el área de Capacitación.
4.5.2	El establecimiento ha formalizado políticas de capacitación y éstas están alineadas con su plan estratégico.
4.5.3	El establecimiento tiene un Plan Anual de Capacitación
4.5.4	El Plan Anual de Capacitación se encuentra valorizado.
4.5.5	El plan anual de capacitación del Hospital considera aspectos relacionados con la gestión en red.
4.5.6	El establecimiento ha evaluado la ejecución del Plan de Capacitación, en el año en curso.
4.5.7	El plan anual de capacitación considera el proceso de acreditación de la planta de profesionales del Establecimiento, para los efectos del pago de la asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo, regulada en los artículos 64 y siguientes del Decreto Ley N°2.763, de 1979.
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 4.5
4.6	DE LA ASIGNACIÓN DE TURNOS
4.6.1	El presupuesto de la asignación de turno, se mantienen separado en centros de costo para cada unidad o servicio.
4.6.2	El presupuesto de asignación de turno por centro de costo, es conocido por cada Encargado de la respectiva Unidad o Servicio.
4.6.3	Se ajusta el presupuesto de asignación de turno asignado a cada Unidad o servicio, con el respectivo gasto ejecutado.
4.6.4	El personal que percibe la asignación de turno, no desempeña trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trata de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que se encuentran debidamente calificados por el Director del Establecimiento mediante resolución fundada.
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 4.6
4.7	DE LAS HORAS EXTRAORDINARIAS
4.7.1	El establecimiento tiene un sistema de programación de las horas extraordinarias.
4.7.2	Estas horas extraordinarias se asignan sobre la base de necesidades del Establecimiento.
4.7.3	El presupuesto para las horas extraordinarias del establecimiento está definido y este presupuesto es conocido por el encargado de Recursos Humanos.
4.7.4	Los presupuestos de horas extraordinarias, se mantienen separado en centros de responsabilidad para cada unidad o servicio.
4.7.5	El presupuesto de horas extraordinarias por centro de costo, es conocido por cada Encargado de la respectiva Unidad o Servicio.
4.7.6	Se ajusta el presupuesto de horas extraordinarias asignado a cada Unidad o servicio, con el respectivo gasto ejecutado.

	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 4.6
4.8	DEL CLIMA ORGANIZACIONAL Y DE LOS AMBIENTES DE TRABAJO
4.8.1	El establecimiento ha diagnosticado sus condiciones de clima organizacional, el que se encuentra formalmente contenido en un documento, conocido por el Director del Establecimiento y que se actualiza al menos cada cinco años.
4.8.2	El Establecimiento cuenta con un Plan de Mejora del Clima Organizacional, basado en el diagnóstico realizado, el cual se encuentra formulado y en ejecución.
4.8.3	El establecimiento cuenta con un Programa de Mejoramiento del Entorno Laboral, para el año en curso.
4.8.4	El Establecimiento realiza evaluaciones al menos semestrales respecto del grado de cumplimiento y avance del Programa de Mejoramiento del Entorno Laboral.
4.8.5	Existe un comité paritario de Higiene y Seguridad con estructura y funcionamiento de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 16.744 y el D.S. N° 54
4.8.6	El Establecimiento cuenta con un Programa de Salud Ocupacional para el año en curso, o aplica un programa de su red asistencial
4.8.7	El establecimiento ha evaluado el grado de avance y cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional, al menos semestralmente
	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 4.8
4.9	DE ALGUNAS REMUNERACIONES VARIABLES
4.9.1	El establecimiento ha realizado una evaluación de la carga de trabajo del personal para la asignación de horas extraordinarias, asignación de turno, distribución de la dotación de personal y determinación de suplencias y reemplazos
4.9.2	La Institución ha definido formalmente una política para las suplencias y reemplazos, actualizada al menos trienalmente.
4.9.3	El Establecimiento cumple con la política definida para suplencias y reemplazos.
4.9.4	Se ajusta el presupuesto asignado para suplencias y reemplazos, con el gasto ejecutado.
4.9.5	La institución monitorea el indicador de ausentismo laboral, por centro de responsabilidad
4.9.6	La institución ha definido y aplica, políticas para la disminución de la tasa de ausentismo laboral, actualizada anualmente.
4.9.7	El encargado de la Unidad de Recursos Humanos, aplica las disposiciones del Oficio Circular N°78 de 23 de diciembre de 2002 del Ministerio de Hacienda y sus modificaciones o aclaraciones sobre normas y procedimientos para las contrataciones de personas a honorarios.

	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO ÍTEM 4.9
	PORCENTAJE CONTRIBUCION: 12,50%

ACÁPITE N° 5 : GESTION FINANCIERA

	INDICADOR
5.1	Existe una unidad responsable de la gestión financiera contable, en el establecimiento.
5.2	El establecimiento elaboró y presentó oportunamente el Proyecto de Presupuesto para el año en curso.
5.3	Existe un monitoreo permanente a cada centro de responsabilidad respecto del cumplimiento de su respectivo presupuesto.
5.4	El Establecimiento utiliza el Sistema SIGFE para su registro contable.
5.5	El Establecimiento informa regularmente (al menos trimestralmente) a los centros de responsabilidad, respecto del grado de cumplimiento del presupuesto asignado.
5.6	Se cumple con el procedimiento de refrendación presupuestaria de las órdenes de compra.
5.7	Se autorizan las compras sólo si hay disponibilidad presupuestaria.
5.8	La Institución utiliza el portal de compras públicas, www.chilecompras.cl
5.9	El 60% o más del gasto devengado (IVA incluido) en farmacia del Establecimiento, debe ser intermediado a través de la CENABAST (Monto total intermediado por CENABAST en el Establecimiento / Gasto devengado en farmacia del Establecimiento)*100 = 60% o más
5.10	Se elaboran informes financiero contables, al menos trimestralmente.
5.11	El Establecimiento utiliza los informes financieros contables para la toma de decisiones.
5.12	Se encuentran inventariados todos los bienes muebles del hospital
5.13	La unidad contable realiza periódicamente (al menos cuatrimestral) circularización de la deuda.
5.14	La unidad contable efectúa controles de existencia, al menos bimensuales, a las diferentes bodegas del establecimiento.
5.15	La situación financiera del establecimiento presenta equilibrio entre ingresos y gastos devengados. Ingresos totales devengado = Gastos totales devengado
5.16	El pago de las obligaciones devengadas se realiza en un plazo máximo de 60 días. Fecha pago factura – fecha recepción factura en establecimiento = 60 días
	Evaluación periódica de los ingresos.
	La Unidad de Finanzas llevará el registro de, al menos, los siguientes indicadores:
	a) Variación de los ingresos de operación percibidos:
	Ingresos de Operación período T – Ingresos de
	<u>Operación período T – 1</u> * 100

Ingresos de Operación T - 1	
	b) % de los ingresos de operación sobre el total de ingresos del establecimiento (devengados):
5.17	$\frac{\text{Suma de los Ingresos de Operación (subt 07)}}{\text{Suma de Ingresos totales del establecimiento}} * 100$
	c) Variación de los ingresos percibidos y devengados:
	$\frac{\text{Ingresos de Operación percibidos período T}}{\text{Ingresos de Operación devengados período T}} * 100$
	PORCENTAJE CONTRIBUCION: 10,00%

ANEXO N° 3

Modelo Encuesta

Aplicada a Estamentos Técnicos, Administrativos y Auxiliares

Hospital San Camilo de San Felipe, Abril 2008

N°	Preguntas	Opciones
1.-	A qué estamento pertenece usted?	Técnico Administrativo Auxiliar
2.-	Tiene usted alguna noción sobre que significa el concepto de "Autogestión Hospitalaria".	Si No
3.-	Si tiene alguna noción, ¿ Cómo adquirió ese conocimiento sobre "Autogestión Hospitalaria".	Formal Institución Por Otros
4.-	Ha participado en alguna Capacitación sobre el nuevo Modelo de "Autogestión".	Si No
5.-	Si el Modelo comenzara a aplicarse hoy día, se siente preparado (da) para enfrentarlo en buena forma?	Si No
6.-	Qué expectativas usted esperaría de la aplicación del Modelo de Autogestión ?	Mejor Sueldo Mejor jornada Mejor capacitación Ninguna
7.-	Qué efectos nocivos considera usted que este nuevo Modelo podría presentar en su trabajo?	Más presión trabajo Inestabilidad laboral Empeora clima Ninguna
8.-	Como integrante de la comunidad, qué efectos cree que podría generar este nuevo Modelo?	Satisfacción usuaria Integración Aumento problemas Ninguna

BIBLIOGRAFÍA

- DL.Nº2763 03/08/1979 del Ministerio de Salud.- Biblioteca Congreso Nacional.
- DL. Nº3626 21/02/1981 Biblioteca Congreso Nacional.
- Ley Nº18469 23/11/1985 Ministerio de Salud – Biblioteca Congreso Nacional.
- Ley Nº 18803.- 12/06/1989.-Ministerio de Hacienda. Ley celebración contratos – Biblioteca Congreso Nacional.
- Ley Nº 18933.- 09/03/1990 Ministerio de Salud, Ley de Isapres – Biblioteca Congreso Nacional.
- Dr. Juan Giaconi Gandolfo, Boletín Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile, 1994.- El Sistema de Salud Chileno.
- Reformas al Sistema de Salud en Chile, CEPAL, Daniel Titelman, Santiago, Septiembre 2000.
- Documento de Trabajo, Curso Políticas Públicas, tema Evolución Políticas Sector Salud, años 70 al 2001.- UAHC.
- Documento investigación académico UAHC “Evolución Políticas Sector Salud, año 2002.-
- Documento “Hacia un nuevo modelo de gestión en salud”, Ministerio de Salud, Junio 2002.
- www.modernización.cl Artículo Reformas de Salud, año 2002
- Documento Salud y futuro Año1 Nº 12.- Efectos de la Reforma de Salud en los Actores.- Publicación de Héctor Sánchez y César Oyarzo.- 2002
- Ley Nº 19.982.- del 2003.- Ministerio de Hacienda, Título VI.- Sistema de alta Dirección Pública.
- Ley Nº 19937.- 24/02/2004 Ministerio de Salud, Ley de Autoridad Sanitaria – Biblioteca Congreso Nacional.
- Ley Nº19966.- 03/09/2004.- Ministerio de Salud.- Ley de Garantías en Salud GES – Biblioteca Congreso Nacional.
- Documento Apoyo Docente, Profesor Fernando Musso Castro, Universidad de Chile, Nº 1 2005.- El Gerente Público en Chile.-

- D.s. N° 38 del 2005.- Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Establecimientos Autogestionados.
- Ministerio de Salud, Modelo de Instrumento Técnico de Certificación de E.A.R.- año 2005
- Texto “Modelo de Gestión Establecimientos Hospitalarios” Ministerio de Salud, Manual N° 9., año 2006
- Michael Porter; apunte “Tecnología y ventaja competitiva” extracto del Libro “Líderes del Management”, Ediciones Deusto 2006.
- Documento de Fenpruss “Hospital Autogestionado de Temuco hace agua” página www.fenpruss.cl, Año
- Módulo XVI.- Curso Metodología de la Investigación, Programa Habilitación Estudios Administración Pública UAHC.- Profesor Jorge Becerra., 2006
- Documento Internet: Reforma del Estado en Chile 2000 – 2006.
- Documento Internet: Autogestión de Hospitales, Retrocesos y Metas Incumplidas.- publicación Instituto Libertad y Desarrollo, N° 806 Enero 2007.-
- Curso “Herramientas de Gestión de Calidad” Junio 2007.- Hospital San Camilo.
- Cuso “Apoyo al Proceso de Transformación de Autogestión en Red, año 2007 Hospital San Camilo.
- Artículo Internet página web radio.uchile.cl/notas publicación 22/10/2008 caso de Hospital de Iquique con el tema del VIH y la falta de notificación a pacientes infectados.
- Artículo Internet página web emol.cl publicación 04/11/2008, Hospital de Vallenar intervenciones quirúrgicas utilizando material sin esterilizar.
- Artículo Internet página web latercera.cl publicación día 31/10/2008.- Consejo de Las Américas en programas de prevención del SIDA.
- Artículo Internet página web elmostrador.cl publicación día 06/11/2008.- Sólo once establecimientos han logrado obtener la acreditación.
- ARTAZA B, OSVALDO. Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. Rev. chil. pediatr. [online]. abr. 2008, vol.79, no.2 p.127-130. Disponible en la World Wide Web: www.scielo.cl

- Reinhard Friedmann , Master y Doctor en Ciencias Políticas, Universidad de Heidelberg, Alemania, Artículo “Factores condicionantes del Cambio Organizacional”
- www.profesiones.cl/papers/lee.php?id=9, TEMA : Principales tipos de Investigación (Caiceo y Mardones).
- Felipe Pardinás, Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales, 24ª Edición.- Editorial Siglo 21 Editores (documento estudio Universidad de Viña del Mar).