



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA EN EL ÁMBITO
DE LA GESTIÓN DE OPERACIONES EN HOSPITALES CONCESIONADOS:
ESTUDIO DE CASO "HOSPITAL LA FLORIDA DRA. ELOÍSA DÍAZ INSUNZA".

Alumnos: Morales Pereira, Ricardo Alberto

Puebla Escobar, Eduardo

Profesor guía: Espinosa Cerpa, Mauricio

Tesis Para Optar al Título de Profesional de Administrador Público

Tesis Para Optar al Grado de Licenciado en Gobierno y Gestión Pública

Santiago, 2016

Agradecimientos

A nuestras esposas, hijas e hijos, por su constante comprensión y apoyo para que pudiéramos volver al mundo universitario y poder adentrarnos en el conocimiento, para lograr un mayor desarrollo profesional.

A la Universidad Academia de Humanismo Cristiano que nos permitió con la apertura de sus aulas, lograr nuestros sueños de ser profesionales en la gestión pública.

A Dios por darnos vida en abundancia para ser actores en la sociedad y poder seguir aportando para un Chile mejor y justo con todos.

Índice de contenidos

Agradecimientos	2
Índice de ilustraciones.....	6
Introducción	7
PRIMERA PARTE.....	8
1. Planteamiento del problema.....	9
1.1 Antecedentes generales del problema	9
1.2 Delimitación del problema.....	11
1.3 Formulación del problema	12
1.4 Objetivos de estudio	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos.....	13
2. Justificación del estudio.....	14
SEGUNDA PARTE.....	15
3. Antecedentes	16
3.1 El Proceso de Modernización de la Gestión Pública (PMGP) en los gobiernos de la Concertación.....	16
3.2 Las reformas en salud en Chile	19
3.3 Las Concesiones Hospitalarias.....	21
3.4 El Concepto de Calidad.....	34
3.5 La Calidad en la gestión de salud.....	35
3.6 Objetivos de la Acreditación.....	40
3.7 Requisitos para la Acreditación.....	42
TERCERA PARTE.....	44
4. El Diseño Metodológico	45
4.1 Tipo de Estudio	45
4.2 Universo de Estudio	45
4.3 Muestra del estudio	46
4.4 Métodos de Recolección de Información.....	48
4.5 Antecedentes de la investigación	48

CUARTA PARTE	50
5. Resultados de entrevistas	51
5.1 Entrevista: Sub-director administrativo	51
5.2 Entrevista: Jefe de operaciones	53
5.3 Focus group: Encargados de provisión de servicios	56
5.4 Encuestas a enfermeras	57
6. Análisis de resultados	70
6.1. Problemas relevantes sujetos a estudio	72
6.2 Respecto de la gestión de calidad y acreditación del Hospital La Florida.....	77
QUINTA PARTE.....	79
7. Algunas Propuestas de Solución o de Gestión a los Problemas Relevantes.....	80
8. Conclusiones.....	84
9. Bibliografía	87
10. Anexos	88
Anexo 1: Entrevista Sud-director	88
Anexo 2: Entrevista Jefe de operaciones.....	89
Anexo 3: FocusGroup	92
Anexo 4: Encuesta Evaluación Enfermeras	93
Anexo 5: Resultado encuesta enfermeras.....	95

Índice de Tablas

Tabla 1: Áreas hospitalarias y la factibilidad de concesión	23
Tabla 2: Elementos del sustento contractual.....	28
Tabla 3: Etapas de los proyectos y sus consideraciones	33
Tabla 4: Factores críticos	41
Tabla 5: Situaciones de fallo equipamiento	63
Tabla 6: Situaciones de fallo infraestructura	66
Tabla 7: Primer problema	73
Tabla 8: Segundo problema	74
Tabla 9: Tercer problema.....	75
Tabla 10: Cuarto problema	76
Tabla 11: Quinto problema.....	77

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Existencia del protocolo	58
Ilustración 2: Conocimiento del protocolo	59
Ilustración 3: Utilización del protocolo	59
Ilustración 4: Utilidad del protocolo	60
Ilustración 5: Existencia de un programa.....	61
Ilustración 6: Existencia de protocolo.....	62
Ilustración 7: Existencia del CAU	62
Ilustración 8: Utilización del CAU	64
Ilustración 9: Existencia de planes de emergencia	64
Ilustración 10: Existencia de señaléticas.....	65
Ilustración 11: Señaléticas y accesos en óptimas condiciones.....	65
Ilustración 12: Efectividad del sistema	66
Ilustración 13: Existencia de programa de mantenimiento.....	67
Ilustración 14: Existencia del programa	68
Ilustración 15: Inspección	68
Ilustración 16: Tiempos de respuesta.....	69
Ilustración 17: Tiempo de respuesta mínimos	69

Introducción

Nosotros, alumnos de la Carrera de Administración Pública, creemos que resulta de sumo interés el poder desarrollar nuestra tesis exponiendo la problemática respecto a la implementación de una política pública en el sector de salud, que dice relación con la concesión de hospitales públicos, en este caso en particular, en el área de operaciones. Para esos efectos, se toma como caso de estudio la puesta en marcha a partir de finales del año 2013 del “Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz”, que representa en parte los resultados que está teniendo la implementación de la política pública enunciada precedentemente y que en la actualidad es de alto interés ciudadano, ante el debate existente en las esferas políticas y de gobierno, en cuanto a continuar o no con el modelo, debido a la necesidad de reconstrucción de hospitales públicos que han superado largamente su vida útil. En consecuencia, la presente tesis pretende profundizar en el análisis casuístico de la situación, en correlación con el marco teórico que la sustenta, la recolección y análisis de la información necesaria como suficiente y finalmente, efectuar algunas propuestas de mejora de la política pública en el área de Operaciones, en relación a las bases y contrato de licitación que lo sustentan. Teniendo en consideración además que en el mediano plazo entrarán en funcionamiento al menos otros tres hospitales bajo la misma modalidad de gestión, la cual se caracteriza principalmente por una participación público – privada, bajo el modelo que permite el decreto ley del Ministerio de Obras Públicas (MOP) N° 900 que fija el texto refundido y sistematizado del DFL MOP N° 164, del año 1991, “Ley de Concesiones Públicas”.

De esta manera, en el presente trabajo en su primera parte, se hace el planteamiento del problema que dice relación con infraestructura hospitalaria pública y las concesiones, en la segunda parte se desarrolla el marco teórico que entrega los fundamentos para el desarrollo del trabajo de investigación, en su tercera parte se presenta el diseño metodológico del estudio, para en su cuarta parte dar cuenta de los resultados y análisis respectivo de acuerdo a la información obtenida, para finalmente en la quinta parte, entregar algunas propuestas de soluciones y las conclusiones finales del trabajo.

PRIMERA PARTE

El Problema

1. Planteamiento del problema

1.1 Antecedentes generales del problema

a) La infraestructura hospitalaria pública y las concesiones.

- 1) Es reconocido que en el país hay un déficit importante de infraestructura hospitalaria y se hace necesario la reconstrucción de una parte importante de esa infraestructura, lo anterior principalmente por pérdida de vida útil dado el paso de los años y la ausencia de una efectiva mantención preventiva como correctiva y por otra parte, por los daños provocados en algunos recintos asistenciales producto de catástrofes naturales, a los cuales el territorio chileno se encuentra sometido por su posición geográfica en el cono sur de América. Por lo tanto, el desafío en cuanto a cómo enfrentar esa problemática pública, de montos de inversión considerables, frente a la escasez de recursos y necesidades múltiples ha llevado a los gobiernos desde la vuelta a la democracia, en cuanto a explorar y buscar fórmulas que permitan enfrentar la situación descrita precedentemente, de la mejor forma posible.
- 2) En efecto, en el sistema de salud público, por lo general el diseño, construcción, puesta en marcha y operación definitiva de los hospitales, ya sea como aumento de infraestructura hospitalaria o reconstrucción de recintos con pérdida de vida útil, es desarrollado y ejecutado por un equipo de profesionales dependientes del Servicio de Salud de la zona de la cual depende la instalación sanitaria, con el propósito de prestar atenciones de salud a la población beneficiaria asignada y teniendo en cuenta el perfil epidemiológico.
- 3) Ese modelo tradicional, considera que la fase de planeamiento, como la construcción y operación de un recinto asistencial es en su totalidad de gestión y responsabilidad pública; ello no está exento de complicaciones para los Servicios de Salud y para el MINSAL, toda vez que el modelo implica el empleo de considerables recursos financieros que desde la mirada económica del “costo alternativo”, al usarse esos

recursos en la construcción de nuevos hospitales o reconstrucción de otros, el Estado deja de financiar o de implementar otras necesidades que tiene la ciudadanía o grupos de interés. En efecto, durante el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet se decidió aplicar el “modelo de concesiones” en proyectos de hospitales públicos, lo anterior y en síntesis significa que con capitales privados, generalmente a través de consorcios, son los que financian las obras a cambio de obtener retornos o utilidades ya sea por el pago en cuotas por parte del Estado respecto a los recursos invertidos en la construcción de los recintos asistenciales y también con la explotación de servicios correspondientes a hotelería, alimentación, casinos, aseos, seguridad, estacionamientos, mantención de infraestructura y mobiliario, por un tiempo determinado; en el caso en particular de los dos primeros hospitales construidos bajo esa modalidad y entregados al servicio el año 2013 La Florida y Maipú, por 15 años, a contar del mes de Diciembre del año ya citado.

- 4) A mayor abundamiento, respecto a concesiones de infraestructura pública es menester señalar, que luego de la implementación como política pública del sistema de concesiones de obras públicas, impulsado bajo el Gobierno de Ricardo Lagos -en ese entonces respecto a obras de infraestructura vial y centros penitenciarios- es durante la primera administración de la Presidenta Michel Bachelet (año 2005 al 2009), donde se estudia y concreta extender la modalidad de concesiones en otras áreas del quehacer público, en este caso en particular, en cuanto a construir y gestionar hospitales públicos de alta complejidad, por los años previstos en los contratos. En efecto, el Ministerio de Obras Públicas tuvo la tarea de ajustar el reglamento correspondiente y el Ministerio de Salud en cuanto a definir las características, servicios (entre ellos los que debían concesionarse) y cobertura de los recintos que ya se habían priorizados en esa modalidad, los Hospitales de La Florida y Maipú.
- 5) En cuanto a la descripción conceptual de concesiones de obras públicas, se puede señalar como el “derecho que el Estado entrega a particulares para la ejecución, conservación y explotación de una obra pública fiscal, construida sobre bienes nacionales de uso público o fiscales, sujeto a un plazo determinado, en que la inversión

y costos operacionales son de cargo del concesionario: lo que es complementado como retribución por un sistema de aportes o pagos del Estado al concesionario. A su vez, el privado percibe ingresos por la explotación del servicios de obra” (1 – Extracto del Decreto Supremo MOP N° 900); en el caso de los hospitales públicos, al estar éstos bajo la administración del MINSAL, se hizo necesario la celebración de un “convenio de mandato” entre ese ministerio y el Ministerio de Obras Públicas, con el objeto de que el primero delegue en el segundo, la entrega en concesión de las obras dispuestas.

- 6) En consecuencia, se produce la licitación y finalmente la adjudicación de la concesión de los hospitales “La Florida” y “Maipú” el año 2009 al consorcio San José – Tecno Control, iniciándose la construcción de los recintos ya aludidos, siendo entregado para su puesta en marcha y funcionamiento, en este caso en particular el “Hospital La Florida”, en el mes de Diciembre del año 2013.
- 7) El modelo de política pública implementado por el Gobierno, en este caso en particular es de “anticipación”, es decir la iniciativa baja desde el poder central hacia el resto de los actores involucrados. Los actores en esta iniciativa son el Gobierno, quien la impulsa a través de los Ministerios de Obras Públicas, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda. Por otra parte, también se involucran los Servicios de Salud Sur Oriente, el equipo directivo del en ese entonces, futuro Hospital La Florida, el Servicio de Salud Central para el caso del Hospital de Maipú, los municipios respectivos y los gremios; en el caso de la sociedad civil, son llamados a participar entre otros las juntas de vecinos y los comités vecinales de salud.

1.2 Delimitación del problema

- 1) Durante la fase de construcción del Hospital La Florida, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, servicio al cual pertenece el hospital en estudio, designó una dirección hospitalaria y un equipo de profesionales, con el objeto de trabajar la planificación, organización, implementación y puesta en marcha del recinto.

- 2) En efecto, tratándose de un modelo de gestión que ha pretendido ser innovador en el área de la salud pública, era necesario que se interactuara desde un principio entre los principales actores involucrados, es decir el Inspector Fiscal designado por el Ministerio de Obras Públicas, la Gerencia de la empresa o sociedad concesionaria y la Dirección del Hospital la Florida, a fin de consensuar los protocolos de trabajo y diseñar el modelo de gestión, de interrelación, niveles de servicio y de control que se deberían implementar para el funcionamiento del hospital en las áreas concesionadas. Lo anterior, trajo como consecuencia, la elaboración e implementación de los protocolos correspondientes, que en lo general correspondía a los tópicos y descripciones establecidas en las bases de licitación de la concesión.

1.3 Formulación del problema

Teniendo en consideración lo presentado en los ítems precedentes, los alumnos tesistas plantean la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué características debiera presentar la gestión de operaciones en el hospital concesionado de La Florida Dra. Eloísa Díaz, a fin de garantizar su adecuado funcionamiento en el marco de las bases de licitación por parte de la sociedad concesionaria?

1.4 Objetivos de estudio

1.4.1 Objetivo general

El objetivo general que se plantean los alumnos para la presente tesis es el siguiente:

“Proponer algunas soluciones a los problemas identificados en la gestión de operaciones en el Hospital La Florida, relacionados con los servicios prestados por la sociedad concesionaria”

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales dificultades en la gestión de operaciones, para la administración del Hospital.
- Reconocer el grado de cumplimiento de lo establecido en las bases de licitación, por parte de la sociedad concesionaria en el ámbito de operaciones.
- Identificar si los problemas que se detecten en la gestión de operaciones, afectan la gestión de calidad del recinto asistencial.
- Establecer algunas soluciones a los problemas identificados.

2. Justificación del estudio

La tesis “Análisis de la implementación de una política pública en el ámbito de la gestión de operaciones en hospitales concesionados. Estudio del caso Hospital La Florida, Dra. Eloíza Díaz”, para nosotros los alumnos tesistas, tiene las siguientes justificaciones:

a) Para la organización Hospital La Florida, Servicio de Salud Sur Oriente, Ministerio de Salud y Ministerio de Obras Públicas

Dar cuenta de una problemática y propuesta de solución, respecto a una política pública de reciente implementación y de la mayor relevancia, que dice relación con la eficiencia y eficacia del modelo “Hospitales Públicos Concesionados”, en la gestión de operaciones. Lo anterior en el ámbito de “lecciones aprendidas”, que sería posible aplicar como mejoras en la implementación de los dos hospitales concesionados en construcción, Félix Bulnes y El Salvador en Santiago y el Hospital Regional de Antofagasta.

b) Para la Universidad Academia Humanismo Cristiano

Al efectuar la tesis en un área de gestión en salud, como política pública de reciente implementación, se estima como un aporte innovador y efectivo para la Universidad y para los alumnos, que decidan profundizar en el modelo “Hospitales Públicos Concesionados”.

c) Para los alumnos tesistas

Por trabajar en el área de salud pública, resulta de la mayor relevancia estudiar y dar cuenta de problemáticas en el sector, ya que se tiene la convicción que una gestión efectiva, en organizaciones complejas como lo son los hospitales públicos, debe dar cuenta lo más pronto posible de los problemas que inciden en el funcionamiento de esas instalaciones de salud concesionadas y hacer más eficiente el empleo de los recursos, en un área de gestión donde se aprecia con mayor fuerza aquella máxima de la economía, “escases de recursos v/s necesidades múltiples”, en correlación con la solución de las necesidades en salud de la población objetivo.

SEGUNDA PARTE

Marco teórico

3. Antecedentes

3.1 El Proceso de Modernización de la Gestión Pública (PMGP) en los gobiernos de la Concertación

Durante el primer gobierno democrático post gobierno militar (año 1990), se observó en un principio muy someramente, que el aparato público en general se encontraba muy alicaído y con un bajo nivel de eficiencia, principalmente por contar con retrasos en sus sistemas como en los procedimientos administrativos y además por la ausencia del apoyo tecnológico necesario, para poder dar satisfacción a los objetivos del gobierno del Presidente Patricio Aylwin, en cuanto a “contar con un aparato estatal en condiciones de poder cumplir con los desafíos de gestión, económicos y sociales que la transición democrática exigía a fin de lograr y mantener la gobernabilidad en un período político muy complejo y evitar una probable regresión de carácter autoritario” (2 - Boeninger, 2007).

En efecto y considerando que dos de los objetivos del gobierno de Aylwin eran el “crecimiento económico y justicia social” los cuales buscaban pagar la deuda social de los años de gobierno autoritario, era muy importante incrementar los ingresos fiscales a fin de contar con los recursos necesarios y suficientes para el logro de los objetivos, por lo tanto era perentorio en este caso que el Servicio de Impuestos Internos (SII) emprendiera un proceso de modernización en lo cual la introducción de tecnología de la información resultaba esencial, ya que “el año 1990 sólo contaba con un servidor central y no más de treinta terminales” (3 - Olavarría, 2006). El gestor de la iniciativa en el caso del SII fue su director Javier Echeverri; otros jefes de servicio que llevaron adelante procesos de modernización en sus respectivos servicios fueron Marcos Lima en el Instituto de Normalización Previsional (INP), Berta Belmar en el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCI) y César Oyarzo en el caso en el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los jefes de servicios identificados precedentemente se hacen cargo por una parte de los objetivos planteados por el gobierno de ese entonces, como así también del malestar ciudadano, en cuanto a no contar con una respuesta efectiva a sus demandas de servicios públicos.

Cabe destacar en estos casos, que los directivos que iniciaron procesos de modernización en sus servicios, actuaron principalmente por propia iniciativa dado la creciente necesidad de lograr

una mayor eficiencia de las instituciones que dirigían, en directa relación con la consolidación democrática y objetivos en curso. En efecto, es posible identificar en esos tiempos, cuatro grandes problemas de la administración pública; en primer término la falta de coordinación intergubernamental, en segundo lugar una escasa capacidad tecnológica, por otra parte los criterios organizacionales obsoletos y finalmente un recurso humano como financiero, muy reducido.

En el gobierno de Eduardo Frei Ruiz – Tagle, la modernización del aparato estatal fue uno de sus objetivos políticos; el presidente Frei de profesión ingeniero, define a su gobierno como modernizador de la gestión pública, es en su gobierno donde se institucionaliza el primer proyecto de modernización de la gestión pública, creándose el año 1994 el “Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública” , teniendo como objetivo el impulsar y coordinar los esfuerzos modernizadores de los ministerios y servicios del Estado, debiendo diseñar y proponer políticas generales sobre la materia. (4 – MINSEGPRES, 2006).

Es importante destacar que la estrategia para llevar adelante la modernización, con el fin de impulsarla en tiempos razonables, es accionar desde el gobierno sin la intervención parlamentaria, es decir sin el respaldo de iniciativas legales, por lo tanto se trabajó desde la administración y gestión pública propiamente tal, tratando de aprovechar al máximo los instrumentos administrativos. En lo anterior fueron actores el Ministro de la Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES) Juan Villarzá y el Director Ejecutivo de Comité de Modernización, Claudio Orrego. Para llevar adelante estas iniciativas, se definen seis líneas de acción; la primera de estas atinge a la gestión estratégica, la segunda respecto a la transparencia y probidad de la gestión pública, la tercera en relación a la calidad de los servicios y la participación ciudadana, la cuarta referida al recurso humano público, la quinta relativa a la institucionalidad del Estado y finalmente la sexta, en cuanto a las comunicaciones y la extensión. En síntesis es posible señalar que es en el gobierno del Presidente Frei, es donde la temática de la modernización de la gestión pública se instala con fuerza en la agenda pública, alcanzándose los objetivos en distintos grados, según la institución pública de que se trate.

En este período presidencial se recurre a algunas experiencias internacionales para apoyar la modernización del aparato público, como por ejemplo, iniciativas análogas de Nueva Zelandia, Inglaterra, Australia, Canadá y Estados Unidos; sobre lo mismo, estas iniciativas en parte coinciden con la posición que van adoptando algunos organismos internacionales en cuanto a la

valorización de la función del Estado y las políticas públicas, como herramientas fundamentales en el desarrollo especialmente de las naciones en vías de lo mismo.

En el gobierno del presidente Ricardo Lagos Escobar si bien la modernización del Estado continuó en la agenda pública, esas iniciativas tomaron las características de “Reformas”, desde el enfoque de las llamadas reformas de “segunda generación” (5 - López, 2003), las cuales se infieren de un nuevo paradigma de la administración pública conocido como post- burocrático o llamado también “Nueva Gestión Pública”, las cuales ya venían adoptando los países desarrollados en la década de los años ochenta. En síntesis se refiere a un conjunto de principios basados en las ciencias del management, que buscan mejorar la prestación de servicios hacia los ciudadanos, aumentando la eficacia y eficiencia en la administración del Estado.

En efecto, en materia de reformas, en el gobierno del presidente Lagos se observa en principio una cierta continuidad con el gobierno precedente, nombrando a Mario Marcel como director de presupuesto (DIPRES), el cual fue reconocido por sus esfuerzos de modernización y de Rodrigo Egaña como director ejecutivo del Proyecto de Reforma y Modernización del Estado (PRYME), dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES), para posteriormente por razones que tenían que ver con el ámbito presupuestario se pasara a depender de la Dirección de Presupuesto (DIPRES) . Cabe destacar que en esta instancia, se observa un descenso en las prioridades de políticas de modernización toda vez que se dejó la instancia de coordinación interministerial en una instancia dependiente de otro organismo, abocándose a dos líneas de acción; “el diseño y la intervención”.

En cuanto al diseño, el objetivo era crear una institucionalidad en áreas que el gobierno consideraba de interés. En relación a la intervención su foco estaba en la gestión pública, todo lo anterior con el objeto de alcanzar una gestión de servicios que buscara una mayor eficiencia, la participación ciudadana y la necesaria transparencia en la acción pública.

En cuanto a la gestión pública, una de las características de la implementación de los PMG en el gobierno de Lagos, fue buscar la alianza entre el gobierno y los gremios de funcionarios públicos, particularmente respecto a la ANEF, ya que se comprendió que podría ser ese gremio uno de los más afectados con las medidas y por otra parte, al involucrar a los funcionarios en los cambios, la participación de los actores resulta relevante para asumir los compromisos que

involucraba la implementación de la política pública, mediante la lógica de minimizar la posibilidad de conflictos.

En consecuencia, el año 2000 el gobierno llega a un acuerdo con la ANEF suscribiendo un acuerdo sobre un “nuevo trato”, siendo relevante en el acuerdo el reconocer por ambas partes, la importancia de la participación ciudadana en la gestión pública.

Cabe hacer mención que aparecen en el escenario político situaciones un tanto corruptas que complican el quehacer del gobierno de Lagos, conocidos como los casos “COIMA, MOP – GATE y CORFO – INVERLINK”; en efecto, las situaciones precedentes conllevan una crisis de gobernabilidad que es salvada mediante un acuerdo gobierno – oposición que en el tiempo se puede reconocer como una “ventana de oportunidad”, en la creación de nuevas políticas de reformas y modernización de la gestión pública. El acuerdo gobierno – oposición conocido como “acuerdo político legislativo”, en síntesis contenía temáticas reformistas que se discuten en el Congreso, siendo aprobadas por unanimidad, a saber: una agenda modernizadora del estado, una agenda de transparencia y finalmente una agenda de promoción del crecimiento.

3.2 Las reformas en salud en Chile

El desempeño de la salud pública en Chile, en especial en el nivel terciario, es decir los hospitales públicos, ha sido una preocupación permanente de los gobiernos y de la opinión pública, múltiples esfuerzos han habido en la historia del país en relación a buscar una mayor eficiencia en la gestión hospitalaria, que den cuenta de una gestión financiera y de recursos eficiente para y en consecuencia, lograr una atención lo más completa y oportuna posible de los usuarios. Desde el regreso de la democracia, los gobiernos de la concertación, el anterior gobierno de derecha (Sebastián Piñera) y el actual de la nueva mayoría (Michelle Bachelet), han realizado atingentes esfuerzos al respecto; en efecto, las principales reformas en el área han estado enfocadas a descentralizar la gestión de la salud pública, pasando de un Servicio Nacional de Salud (gestión centralizada) a Servicios de Salud a lo largo del país (administración descentralizada), dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Ministerio de Salud (MINSAL).

Junto con lo anterior, el sistema sanitario enfrenta nuevos desafíos resultado del cambio de estructura de la población (transición demográfica avanzada); cambio del perfil epidemiológico,

que se manifiesta en las principales causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, traumatismos); aumento de expectativas y exigencias de calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema; introducción de tecnología y procedimientos de alto costo como también cambios profundos en aspectos políticos y económicos de gran impacto(6 –Artaza y otros, 2004).

En el ámbito de la gestión hospitalaria, el enfoque está centrado en la autogestión, conocido por las siglas EAR que quiere decir “establecimientos auto gestionados en red”, lo anterior en síntesis dice relación con que la administración de los recintos hospitalarios respecto a sus recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros son de responsabilidad de la dirección de los establecimientos, pero dependientes del respectivo Servicio de Salud, en cuanto a la gestión de servicios de salud propiamente tal que los establecimientos otorgan, esto último a fin que el director del servicio pueda articular y dar satisfacción a las necesidades de salud de la población, en su zona jurisdiccional de manera coordinada y en red. A mayor abundamiento, para ser acreditados, los hospitales públicos deben desarrollar la gestión de calidad y lograr los niveles exigidos en cuanto a la implementación de un plan de desarrollo estratégico, de gestión financiera, de satisfacción usuaria, de gestión clínica, de planificación y control de gestión. Es necesario hacer presente que la autogestión se logra por parte de los recintos hospitalarios una vez hayan alcanzado los niveles de servicio descritos en la reglamentación pertinente, en las que destaca haberse integrado a procesos de acreditación que buscan asegurar la calidad de la gestión, clínica, administrativa, financiera y de los recursos humanos. En la actualidad, alrededor de 65 hospitales públicos de alta, mediana y baja complejidad se encuentran acreditados, la gran mayoría mediante atingentes esfuerzos para lograr la acreditación y otros, por el sólo imperio de la ley, lo que obliga a que finalicen el proceso de acreditación ex post.

En el ámbito de la gestión de servicios de salud que se otorgan a los usuarios, la reforma dice relación con el diseño y aplicación del denominado “Plan AUGE”, de acceso universal con garantías explícitas (garantías GES), aplicado a patologías que se han ido incorporando a través del tiempo, estando cubiertas en la actualidad ochenta de ellas (7 – LEY AUGE, 2004). El modelo dice relación con asegurar a los beneficiarios en aquellas patologías cubiertas, una serie de garantías que se describen a continuación:

1) Garantía de Acceso:

Definido como el derecho de recibir atenciones garantizadas, en la forma y condiciones establecidas en el plan, según cada patología en particular.

2) Garantía de Oportunidad:

Como el derecho a recibir las atenciones garantizadas, dentro de plazos máximos, en la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud garantizado.

3) Garantía de Protección Financiera:

Derecho a que se determine el valor que al asegurado le corresponde pagar por las atenciones, de acuerdo al Arancel GES o AUGE, las normas que rigen el cálculo del copago y los topes máximos autorizados. Los asegurados de FONASA de los tramos A y B no deben pagar por las atenciones garantizadas, mientras que los tramos C y D pagan como máximo el 10% y 20%, respectivamente. La protección financiera es sin perjuicio de otras coberturas adicionales que pudieren proceder, para aumentar la bonificación, pudiendo incluso implicar si es del caso, la gratuidad de las prestaciones.

4) Garantía de Calidad:

Dice relación a que todos los profesionales y técnicos de la salud que brinden atención AUGE, estén inscritos en el Registro de Prestadores Individuales que administra la Superintendencia de Salud. Y que los hospitales se acrediten ante la Superintendencia de Salud.

3.3 Las Concesiones Hospitalarias

- 1) Como se ha mencionado precedentemente, el sistema de concesiones encuentra sus inicios en la década de los años noventa, respaldado por las condiciones políticas y macroeconómicas del país, ante la imperiosa necesidad social de poder enfrentar el déficit

de infraestructura pública vial que el país requería para su desarrollo económico, bajo un modelo de participación público – privado, en la cual el primero de los mencionados define, regula y controla el modelo mediante la respectiva ley y el segundo de participar con el capital y gestión de la concesión por el tiempo que determina el respectivo contrato de licitación.

- 2) De esa forma se inicia un desafío innovador respecto a dar curso a un programa de obras públicas basado en la legislación de concesiones, el cual consiste en la suscripción de un contrato entre el Estado con privados para la construcción y operación por parte de estos últimos, de la infraestructura objeto de concesión.
- 3) La concesión en definitiva, es otra opción que emplea el Estado con el objeto de poder financiar obras de alto costo atrayendo recursos privados sin usar para ello los recursos presupuestarios tradicionales, que pueden seguir destinándose a otras necesidades sociales.
- 4) En efecto, el estado pone en ejecución los programas de concesiones en sus inicios para el desarrollo de obras viales, principalmente autopistas en Santiago y carreteras a lo largo y ancho del país, es por ello que los reglamentos de concesiones del MOP tienen un sesgo muy específico para ese tipo de obras y contratos de explotación por los períodos licitados.
- 5) Posteriormente y a base del sistema explicitado precedentemente, se inicia un ambicioso programa de concesiones para nueva infraestructura hospitalaria o para reemplazar infraestructura hospitalaria obsoleta; permitiendo que el Estado licite el diseño, la construcción, mantenimiento, en algunos casos el equipamiento y la operación de ciertos servicios de los hospitales públicos objeto de concesión; toda vez que la dirección, los servicios de salud otorgados en estos hospitales, la administración y el recurso humano para esos efectos, son públicos y dependientes del Servicio de Salud respectivo.
- 6) A continuación se presenta mediante un esquema las áreas de gestión hospitalaria y factibilidad de concesión:

Tabla 1: Áreas hospitalarias y la factibilidad de concesión

Áreas posibles de concesión	Áreas no posibles de concesión
<ul style="list-style-type: none">• Diseño, construcción y la mantención de la infraestructura hospitalaria• Compra y mantención del equipamiento médico y de apoyo• El equipamiento y servicios industriales• Servicios de apoyo logísticos y de mantención• La hotelería, seguridad y alimentación• Estacionamientos, casinos y otros puntos de venta	<ul style="list-style-type: none">• La prestación de servicios clínicos• La prestación de servicios de apoyo clínico• La prestación de servicios de hospitalización• La dirección hospitalaria• La gestión administrativa de recursos humanos y financiera del Hospital

Fuente: elaboración propia

7) El modelo de negocio que en definitiva presenta el sistema de concesiones dice relación con la construcción por parte del privado de la infraestructura y la posterior explotación de los servicios concesionados, por los años que el contrato de concesión establezca. Producto de lo anterior el Estado paga en cuotas al privado la infraestructura hospitalaria construida y por la explotación de los servicios concesionados el Estado le cancela de acuerdo a tarifas determinadas en las respectivas bases de licitación y adjudicación; pudiendo estas últimas sufrir aumento o disminuciones, a base de la aplicación de premios o multas, según niveles de servicios predeterminados que tienen como objetivo la permanente cantidad, calidad y oportunidad, de los servicios que entregue el concesionario.

8) Por otra parte, se identifican los siguientes actores en un proceso de concesiones hospitalarias:

a) El Ministerio de Salud:

Cuya misión a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en conjunto con FONASA y el Servicio de Salud respectivo, es esencialmente establecer las necesidades de recintos asistenciales tanto para reforzar a Servicios de Salud que lo requieran o para

sustituir hospitales que han perdido su vida útil, estableciendo la necesidad de camas, la cartera de servicios del futuro recinto asistencial, su presupuesto proyectado de funcionamiento, el terreno en el cual se levantaría el proyecto y el recurso humano necesario para la puesta en marcha.

b) El Ministerio de Obras Públicas:

Ministerio encargado de elaborar el proyecto inicial de infraestructura, en directa relación a las necesidades establecidas por el Ministerio de Salud. Por otra parte, es la cartera ministerial encargada de elaborar las bases de licitación y de licitar la concesión del hospital, de designar el inspector fiscal tanto para el control de la obra conforme a las bases de licitación y para el posterior control de la explotación de los servicios concesionados, en coordinación directa con el Ministerio de Salud, con el Servicio de Salud pertinente y con la Dirección del recinto asistencial.

c) El Ministerio de Hacienda:

Cartera ministerial encargada principalmente a través de la Dirección de Presupuesto, de dar viabilidad al proyecto en cuanto al financiamiento de proceso licitatorio y presentar el proyecto presupuestario de funcionamiento anual, del futuro recinto hospitalario.

d) La Contraloría General de la República:

Institución contralora encargada de la “toma de razón” de las bases de licitación, como a su vez en cuanto al control del proceso licitatorio y los controles posteriores del funcionamiento del recinto asistencial y al concesionario, en la explotación de los servicios objetos de concesión.

e) El Servicio de Salud respectivo:

Organismo del cual depende el hospital y que en conjunto con el Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda, FONASA y los representantes de la comunidad, dan forma a las necesidades del proyecto de construcción hospitalario a través de establecer el número de

camas y la cartera de servicios en armonía con las necesidades locales de la red asistencial que comprende la atención primaria, la secundaria y la terciaria, en directa relación con las necesidades de la población objetivo y su perfil epidemiológico.

f) Las Municipalidades:

Gobiernos locales que principalmente a través de las Corporaciones de Salud participan con el Servicio de Salud respectivo en cuanto a establecer las necesidades de salud de la población, en el contexto de referencia y contra referencia, bajo el concepto de atención de salud en red.

g) Los representantes de la comunidad:

Finalmente, los representantes de la comunidad organizada principalmente las juntas de vecinos, que a través de las Municipalidad y el Servicio de Salud respectivo, son los que llevan la voz respecto de las necesidades de salud de los vecinos, a fin de que de alguna u otra forma sean integradas al proyecto hospitalario.

9) Características Exigidas para Hospitales Concesionados:

Los Ministerios de Salud y de Obras Públicas con el propósito de dar viabilidad a los hospitales concesionados, establecieron en su oportunidad, las características esenciales que deben considerarse, las cuales se exponen a continuación:

a) Arquitecturas Modernas, Innovadoras y Económicas:

Los hospitales deben tener un diseño innovador, que sean acordes con el entorno y se integren a este, rescatando las características urbanas, paisajísticas y geográficas de la zona. Deben tender a no tener complejidades que no se justifiquen, para lograr la viabilidad económica de los proyectos, como por ejemplo la eficiencia energética.

b) Eficiencia Funcional:

Dice relación con lograr la optimización de los recintos con la amplitud y accesibilidad necesaria. Se debe tener presente la necesaria agrupación de los servicios clínicos y de apoyo clínico según sus fines, para entre otras, un desplazamiento inteligente; lo mismo debe considerarse respecto a los otros servicios de apoyo y hotelería.

c) Estándares de Infraestructura Superior:

La infraestructura debe considerar los estándares de seguridad requeridos para ese tipo de recintos que consideran un alto tránsito de personas y pacientes internados.

d) Aplicación de Herramientas Tecnológicas e Informáticas:

Se debe considerar el empleo de herramientas tecnológicas que logren la mayor eficiencia operacional de los hospitales y a costos razonables. De la misma forma, se deben considerar las herramientas informáticas para la mayor automatización posible, a fin de facilitar el funcionamiento.

10) Expectativas del Estado y la sociedad civil respecto a las concesiones hospitalarias.

- a) Al extender el sistema de concesiones a la acción en salud pública, específicamente en el diseño, construcción y operación de hospitales, el Estado busca dar una solución innovadora a las necesidades de salud de la población, intentando mejorar la gestión del sector, al incorporar a privados, su capital y gestión en el área.
- b) Por otra parte se busca aumentar los niveles de inversión en Infraestructura, relacionado con el aumento de la demanda poblacional y con la intención además de disminuir la brecha en infraestructura sanitaria.
- c) Finalmente, se considera por parte del Estado, el transferir el riesgo de las acciones de apoyo en la gestión hospitalaria al sector privado.

11) Expectativas del Estado y la sociedad respecto a los concesionarios.

En directa relación con la temática precedente, el Estado y la sociedad esperan recibir de los concesionarios lo siguiente:

- La garantía de la continuidad y eficiencia operativa.
- La obtención de estándares superiores de calidad.
- Eficiencia en la prestación de los servicios de apoyo a la producción hospitalaria.
- El conocimiento, la experiencia y la gestión de negocios de los privados.
- Mayor innovación tecnológica y de los procesos.
- Adecuados tiempos de respuesta ante requerimientos de la contraparte; es decir eficiencia en los servicios prestados.
- Una mayor flexibilidad en la disposición presupuestaria.
- Eficiente sistema de comunicación y de control de la gestión del concesionario.

12) Componentes de la concesión hospitalaria.

Una concesión hospitalaria aborda de manera integral el proyecto propiamente tal, es por ello que es muy importante definir los principales componentes que lo sustentan, lo cual se presenta a continuación:

a) El Contrato:

La concesión hospitalaria se sustenta en una relación contractual que tiene su origen y referencias en las bases de licitación y por consecuencia en toda la información, decisiones y aclaraciones que surgen en el proceso licitatorio, lo cual finaliza con la adjudicación propiamente tal. El contrato abarca todo el ciclo de vida de la concesión es decir desde el diseño, construcción y hasta la explotación de los servicios concesionados; a continuación se presentan los elementos que sustentan la relación contractual:

Tabla 2: Elementos del sustento contractual

Sustento contractual
<ul style="list-style-type: none">• DFL N° 850 de 1997, Ley Orgánica del Ministerio de Obras Públicas.• DS N° 900 de 1996, Ley de Concesiones de Obras Públicas.• DS N° 956 de 1997, Reglamento de Concesiones de Obras Públicas.• Bases de Licitación, circulares aclaratorias y ronda de preguntas y respuestas formales en el proceso licitatorio.• Ofertas técnicas y económicas de los oferentes.• Decreto Supremo de Adjudicación

Fuente: elaboración propia

b) La Sociedad de Propósitos Específicos

El oferente adjudicado respecto a la licitación en curso, para efectos de la operatividad de la concesión, debe establecer una empresa bajo la modalidad de Sociedad Concesionaria de Propósito Específico, a fin de constituirse como el concesionario y cumplir el respectivo contrato.

c) Alcances del Contrato

En síntesis el contrato de concesión alcanza los siguientes tópicos:

- El diseño del edificio conforme a los requerimientos del MINSAL, MOP y el Servicio de Salud respectivo.
- La construcción del recinto asistencial.
- La provisión del equipamiento industrial y eventualmente el equipamiento clínico y mobiliario; según lo establecido en las respectivas bases de licitación.
- Los servicios para explotación concesionados.

d) Los Plazos

En general podemos identificar los siguientes plazos en el proceso y vida útil de una concesión hospitalaria:

i. Plazo de construcción:

Una vez adjudicada la licitación, la sociedad concesionaria tiene un plazo que en los actuales proyectos, se ha establecido en tres años, los cuales consideran todas las actividades y procesos que debe cumplir el mandante, en este caso el MOP y subsidiariamente el MINSAL y la DIPRES, como es el presupuesto propiamente tal, la entrega del terreno, entre otras.

ii. Plazo de explotación:

La explotación considera en los casos de los proyectos ya concesionados un plazo de explotación de 15 años, donde se pone en ejecución todas las obligaciones, servicios y relación contractual de la sociedad concesionaria con el mandante.

e) El Régimen Regulatorio

En un contrato de concesión hospitalaria se deben establecer todas las condiciones y deberes que regularán la relación entre el mandante y el prestador de servicios. Una importante variable a tener en cuenta dice relación con los pagos por los servicios prestados, los que deben cumplir con los estándares de volumen y calidad establecidos.

Si hay incumplimientos del contrato por parte del concesionario, se establecen multas que dicen relación con reducciones de pagos por los servicios entregados, hasta si es necesario la aplicación del término del contrato.

Por otra parte, se establecen los mecanismos para la resolución de eventuales controversias entre el mandante y la sociedad concesionaria.

Para la medición de los servicios prestados y su comparación con los niveles de servicios establecidos en el respectivo contrato, se aplican los indicadores consensuados y el índice de incidencia de estos, si ello resulta en un incumplimiento contractual, se deben

aplicar las multas pertinentes, a través de la participación del inspector fiscal respectivo. Para darle viabilidad al proceso, la sociedad concesionaria debe poner en funcionamiento un sistema informático que permita administrar y monitorear todos los servicios concesionados, los reportes de incidentes y los registros de respuestas como también los tiempos asociados a ello.

En el tiempo, el inspector fiscal dependiente del MOP y con dedicación exclusiva en toda la vida de la concesión, debe realizar como mínimo dos auditorías anuales a los servicios concesionados, del resultado de esa actividad puede resultar una evaluación con parámetros positivos lo cual puede permitir que la sociedad concesionaria pueda tener un pago sobre el establecido como premio a la gestión. Por el contrario, si el resultado es negativo, la sociedad concesionaria puede recibir un pago disminuido, por la aplicación de las multas respectivas.

f) Garantías, Seguros y Multas considerados en el contrato

El contrato dentro de sus cláusulas contiene los respaldos que requiere en este caso el mandante (el Estado), con el objeto dar factibilidad al proyecto en el tiempo; podemos identificar las siguientes:

- Garantías:
 - ✓ De Construcción y para la explotación.
 - ✓ Boletas bancarias y/o pólizas de seguros
- Seguros:
 - ✓ De responsabilidad civil para cubrir daños a terceros
 - ✓ Para riesgos catastróficos
- Multas:
 - ✓ Por incumplimiento de obligaciones establecidas en el contrato

g) La suspensión de la Concesión

La concesión es posible de ser suspendida en casos muy calificados declarado por la autoridad competente y aprobada por una comisión conciliadora, por la cual se suspenden los derechos y obligaciones de la sociedad concesionaria.

h) La extinción de la Concesión

La concesión se puede extinguir por las siguientes circunstancias:

- Por el cumplimiento del plazo acordado
- Por mutuo acuerdo entre las partes
- Por el incumplimiento grave de las obligaciones y compromisos contractuales por parte de la sociedad concesionaria y declarada así por la comisión conciliadora

i) Los mecanismos de solución de controversias

El sistema considera los mecanismos de solución de controversias contractuales, que se pueden presentar entre el mandante (el Estado) y la sociedad concesionaria:

- Mediante un comité de expertos, desasignado para esos efectos
- Mediante una comisión conciliadora, para los fines previstos
- Mediante acciones judiciales, ante la Corte Suprema de Justicia

j) Modificaciones contractuales

El contrato en casos calificados, puede ser objeto de modificaciones, principalmente por eventuales desequilibrios financieros o por situaciones macro-económicas imposibles de prever para el largo plazo, lo cual debe ajustarse a las cláusulas contractuales entre las partes y someterse a la toma de razón de la CGR.

k) Los derechos económicos de la Sociedad Concesionaria

La concesión hospitalaria considera los derechos de pago a la sociedad concesionaria, denominados “subsídios”, los cuales son cancelados por el mandante en los tiempos y plazos establecidos en el contrato; los que se presentan a continuación:

i. Subsidio fijo a la construcción (SFC)

El cual corresponde al pago considerado por el diseño y la construcción del recinto hospitalario, el cual se comienza a cancelar en los plazos previstos una vez puesto en marcha el recinto hospitalario.

ii. Subsidio fijo a la operación (SFO)

Dice relación con el pago en forma semestral que recibe el concesionario, por la entrega de los servicios concesionados en la fase de explotación del hospital.

iii. Subsidio variable a la operación (SVO)

Corresponde a un complemento de pago a la sociedad concesionaria en los siguientes casos y establecidos en el protocolo contractual:

- Si es superado el nivel de ocupación inicial definido para el subsidio fijo a la operación.
- Al haber un desempeño sobresaliente del concesionario, logrando los estándares que para esos efectos está definido en el contrato de concesión.

iv. Subsidio al equipamiento

Dice relación al pago por la adquisición que hizo el concesionario del equipamiento establecido en el contrato de concesión.

1) El Proyecto de Inversión; sus etapas.

Como sabemos, todo proyecto tiene etapas para su concreción, lo anterior con mayor razón en el caso de las inversiones públicas, ya que se deben cumplir con los protocolos que están establecidos en las leyes y reglamentos que para esos efectos rigen en este caso, a los Ministerios comprometidos, especialmente el MOP.

En el caso de proyectos de obras públicas y en particular para Hospitales concesionados, es posible identificar las siguientes etapas y lo que considera cada una:

Tabla 3: Etapas de los proyectos y sus consideraciones

1° Etapa la Planificación

- Las pautas de diseño
- El Financiamiento
- La cartera de servicios y número de camas
- El equipamiento
- El estudio de pre inversión
- El modelo de negocio
- El modelo de gestión
- Los terrenos

2° Etapa la Precalificación

- La evaluación de las ofertas
- La suficiencia económica
- La suficiencia jurídica

3° Etapa la Licitación

- La evaluación de la oferta técnica
- La evaluación de la oferta económica

4° Etapa la Construcción

- La construcción propiamente tal
- La recepción de obras municipal
- El equipamiento industrial
- Pruebas del equipamiento industrial
- La autorización sanitaria de funcionamiento

5° Etapa la Explotación

- La marcha blanca
- El equipamiento médico
- Las pruebas del equipamiento médico
- La puesta en marcha en forma progresiva de los servicios de hospitalización, médico - quirúrgicos, unidades de tratamiento intensivo (UCI - UTI), la guardia médica, los servicios de urgencia, los servicios de apoyo clínico y los otros servicios de apoyo (hotelería, central de alimentación, entre otros)
- La puesta en marcha de otros servicios concesionados como vigilancia, casinos, puntos de venta, estacionamientos y aseos clínicos y no clínicos, entre otras posibilidades

Fuente: elaboración propia

3.4 El Concepto de Calidad

Para el presente estudio resulta esencial desarrollar en el marco teórico el concepto de calidad, con el fin de establecer las características que debe presentar la gestión de operaciones en los hospitales públicos, para este caso en particular de los hospitales concesionados, con el objeto de poder evaluar y dar cuenta de su efectividad.

La “calidad” en la producción de bienes y/o servicios, de alguna u otra manera, siempre ha estado presente en la historia humana, sin embargo su definición y concepto ha ido variando según las condiciones existentes en el contexto en que se han desarrollado las industrias. Esto por cuanto el concepto ha ido evolucionando de manera paralela a los avances técnicos y tecnológicos que la humanidad ha ido alcanzando.

Así en la época artesanal pareciera que lo que se buscaba era satisfacer el pedido del cliente, además de que el artesano quedara satisfecho de su trabajo, fabricando generalmente un producto o artículo único. Los tratadistas de esta temática generalmente coinciden que existen cuatro etapas, en cuanto a la evolución de la gestión de calidad, a saber:

- **La inspección de calidad:**

Etapa que se da a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando el concepto de calidad se asoció con lograr producir lo que se necesitara y que al final del proceso se inspeccionara cada producto terminado, desechando aquellos que no cumplieran con los requerimientos determinados.

- **El control estadístico de la calidad**

Teniendo presente los cambios sociopolíticos ocurridos a principios del siglo XX que desembocaron en dos guerras mundiales, el concepto de calidad fue variando hacia la búsqueda de lograr obtener el objeto deseado en el momento justo y en la cantidad necesaria, por consiguiente nos referimos al control estadístico de la calidad.

- **El aseguramiento de la calidad**

Una vez que durante el año 1945 se pone fin a la II guerra mundial, la mayoría de los países tuvieron la tendencia de volver a la producción en masa, es decir, a métodos de producción relacionados con los utilizados en la revolución industrial, el cual era producir y producir hasta satisfacer la demanda de productos que habían dejado de elaborarse debido al desvío de materias primas para satisfacer las necesidades bélicas. Sin embargo en el mismo período, en Japón, se fue gestando un cambio de mentalidad debido a los aportes de profesionales de occidente, principalmente de los EE UU, que fueron enviados para la reconstrucción del país post II guerra mundial; por consiguiente en los inicios de los años 50, se aplican técnicas y nociones respecto a la calidad distintas a las que en ese entonces estaban siendo utilizadas en el resto de los países industrializados, las cuales principalmente tenían que ver con la aplicación estructurada sobre los problemas y enfoques de cómo resolverlos, conocido como el “aseguramiento de la calidad”.

- **La administración de la calidad total**

El desarrollo de Japón en cuanto a la aplicación de la “calidad” tratado en el punto precedente, fue principalmente en sus inicios local, ya que mientras ese país lograba avanzar en técnicas de aseguramiento de la calidad y en gestión de calidad, los demás países industrializados seguían sumidos en la producción en masa para satisfacer la demanda y obtener utilidades. Lo presente y como una necesidad de otorgar valor a los productos, dio pie para desarrollar la *“administración total de la calidad”*, la cuarta etapa en revisión en la presente tesis, que busca la satisfacción permanente de las expectativas de los clientes o usuarios, *tanto externos como internos*, así como la *aplicación de la mejora continua*, donde con pequeños cambios se producen mejoras de manera sostenida a lo largo del tiempo.

3.5 La Calidad en la gestión de salud.

Si tomamos en consideración que para Edwards Deming; un pionero del movimiento hacia la calidad en la industria de la producción de bienes y servicios, la calidad es *“realizar las cosas*

correctas de manera correcta y en los momentos precisos”, podemos inferir que en la atención en salud lo precedente significa ofrecer un rango de servicios que sean:

- Seguros
- Efectivos y
- Satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios

Por otra parte la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define a la calidad en salud como aquella que permita la “atención en salud” mediante la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que sean:

“Económicamente accesibles a la población objetivo y que posean la capacidad de producir un impacto significativo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”

La **Organización Internacional para la Estandarización (ISO)**, define la calidad como un “conjunto de caracteres de una entidad productiva (de bienes o servicios) que le confieren una aptitud al producto, para satisfacer las necesidades establecidas (las especificadas por un reglamento o los clientes) y las necesidades implícitas (aquellas que no están especificadas pero que conviene identificar y definir)”.

Por otra parte la **Superintendencia de Salud**, define la “Atención Sanitaria de Calidad” como “aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población en general, de una forma total y precisa y, destina los recursos necesarios (humanos y otros) a satisfacer esas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

Si tomamos en consideración lo señalado en el marco legal del **“Plan Garantizado de Salud GES / AUGE”**, uno de los cuatro pilares del modelo es satisfacer las cuatro garantías a las cuales tiene derecho el usuario que se encuentra cubierto, al tener una de las 80 patologías que actualmente garantiza el Estado, nos referimos a la **“garantía de calidad”**, la cual es definida en cuanto a que “las prestaciones garantizadas deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado ante la Superintendencia de Salud”.

En cuanto a la **calidad en salud**, el Ministerio de Salud de acuerdo al Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005 tiene como función:

- 1) **Establecer los estándares** mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida, para la seguridad de los usuarios.

Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones y, serán iguales para el sector público y el privado. Deberán fijar estándares respecto a las condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, la aplicación de técnicas y tecnologías, el cumplimiento de protocolos de atención, competencia de los recursos humanos y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones, como lo es el caso de los sistemas de operaciones hospitalarias.

- 2) **Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales**, autorizados para funcionar. Por acreditación para el sistema público de salud - país, debemos entenderla como “un método reconocido de evaluación externa, por el cual se verifica que un centro sanitario, asume un conjunto de estándares previamente establecidos y que se materializa a través de un certificado de garantías”.

- 3) **Los estándares enunciados en el punto precedente, son los siguientes:**

- Estándar “Respeto a la Dignidad del Paciente”
- Estándar “Gestión de Calidad”
- Estándar “Gestión Clínica”
- Estándar “Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención”
- Estándar “Competencias del Recurso Humano”
- Estándar “Registros”
- Estándar “Seguridad del Equipamiento”
- Estándar “Seguridad de las Instalaciones”
- Estándar “Servicios de Apoyo Diagnóstico o Terapéutico”,

4) **La calidad en la gestión de operaciones hospitalarias**

En cuanto a la calidad en la gestión de operaciones hospitalarias, que es lo que interesa para el presente estudio, su conceptualización es común para los hospitales públicos de administración tradicional como para los concesionados y se encuentran insertos en los estándares de calidad establecidos en el pto. 3) precedente, correspondiendo a los ítem “Seguridad del Equipamiento” y “Seguridad de las Instalaciones” los que a continuación se describen, de acuerdo a lo establecido en el “Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales para Establecimientos de Atención Cerrada” (8-Manual Acreditación de Prestadores, 2008) emitido por Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

a) Estándar “Seguridad del Equipamiento”

“El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.”

Lugares de verificación:

- Pabellones quirúrgicos
- Salas de procedimiento
- Unidades de paciente crítico
- Servicios de apoyo
- Sectores de hospitalización
- Servicios de urgencias

Componentes:

- Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por la calidad y seguridad de los mismos.

- Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.
- Ante situaciones de fallos la respuesta de mantención es oportuna de acuerdo a lo convenido en operaciones.
- Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se utilizan bajo condiciones que ofrecen seguridad y continuidad de operación.

b) Estándar “Seguridad de las Instalaciones”

“La infraestructura e instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para la seguridad de los usuarios”

Lugares de verificación:

- Dirección o gerencia del prestador
- Accesos y pasillos
- Pabellones quirúrgicos
- Salas de procedimiento
- Unidades de paciente crítico
- Servicios de apoyo
- Sectores de hospitalización
- Servicios de urgencias

Componentes:

- El prestador institucional, evalúa periódicamente la vulnerabilidad de su infraestructura física e instalaciones.
- Ante situaciones de fallos, la respuesta de mantención es oportuna de acuerdo a lo convenido en operaciones.
- El prestador institucional, cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros.

- Los planes de emergencia, se encuentran actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas.
- El prestador institucional, evalúa periódicamente la funcionalidad de la señalética de circulación externa y accesos.
- Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes, se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y de supervisión de sus condiciones de operación.

3.6 Objetivos de la Acreditación

La acreditación consiste en garantizar la calidad de un centro o servicio sanitario asistencial, partiendo del criterio de asegurar unos mínimos básicos de calidad, mediante el análisis de su estructura física, orgánica y funcional. Basándose en la comparación con las normas establecidas, a través de la homogenización adecuada de las prestaciones, con el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y materiales.

En ese sentido el proceso de acreditación es el primer peldaño en la gestión de la calidad, cuya instalación debe ser gradual y permanente en el tiempo.

Por otra parte, en lo que interesa para el presente estudio, el cumplimiento de los estándares de calidad en la gestión de operaciones, resulta un complemento fundamental para que un hospital cumpla con los requisitos para certificar su acreditación.

Para instaurar la gestión de calidad hospitalaria, se deben tener en cuenta algunos factores críticos, que se presentan a continuación:

Tabla 4: Factores críticos

1	<ul style="list-style-type: none">• Instalación de una política de calidad institucional, que sea una definición explícita de los lineamientos medulares de la institución, incorporados a su Misión y Visión, la cual en consecuencia lleve a un <u>cambio en la cultura organizacional</u>.
2	<ul style="list-style-type: none">• Priorización de los temas de calidad sobre otros de manera tal que permita reorganizar las estructuras institucionales, <u>derivando recursos humanos, materiales y económicos para el desarrollo del plan a ejecutar</u>.
3	<ul style="list-style-type: none">• La Dirección de la institución debe liderar la instalación de una cultura de calidad, basada en <u>el mejoramiento de los procesos</u>.
4	<ul style="list-style-type: none">• Involucrar a todos los funcionarios del establecimiento; <u>“la calidad no es de responsabilidad de las jefaturas, es de todos los funcionarios”</u>.
5	<ul style="list-style-type: none">• Formación de una estructura de calidad formal con resolución de horas y funciones.

Fuente: elaboración propia

A continuación y a modo de ejemplo, se presenta la “Misión y Visión” del Hospital la Florida, donde se puede apreciar la internalización en la organización del concepto de calidad:

- **Misión:**

“Somos un hospital público asistencial docente perteneciente y articulado a la red Sur Oriente que otorga una atención de calidad, oportuna y segura de salud, con los más altos estándares de servicio y eficiencia, centrada en nuestros pacientes, su familia y el entorno comunitario.

Entregamos una atención resolutive para lo cual contamos con personal de excelencia, equipamiento e infraestructura de última generación, información altamente digital y operaciones concesionadas”

- **Visión:**

“Queremos constituirnos como un hospital referente por su modelo de gestión y atención, en la Región Metropolitana y a nivel nacional.

Nuestro deseo es ser un hospital pionero e innovador con altos estándares de calidad, infraestructurales, tecnológicos, de información y transparencia.

Aspiramos a constituir un clima interno y externo de motivación, respeto, responsabilidad y participación, con equipos comprometidos, idóneos y de excelencia”.

3.7 Requisitos para la Acreditación

Para acceder a la acreditación los hospitales y centros de salud en general, deben cumplir con los siguientes requisitos:

- 1) Autorización Sanitaria Vigente, lo que garantiza que los requisitos estructurales de la calidad, se cumplen.
- 2) Haber realizado un proceso de autoevaluación en los 12 meses previos a la solicitud.
- 3) Presentar solicitud de acreditación ante la Superintendencia de Prestadores

Como efecto trascendental del cumplimiento de los requisitos precedentes, es posible afirmar que institucionalmente, cuando una entidad desarrolla procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de acreditación, obtienen un incremento de la probabilidad de que el paciente/usuario o cliente, sea atendido de manera efectiva y con el pleno cumplimiento de sus derechos:

- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se prestan.
- Disminución en el riesgo derivado de las atenciones de salud al paciente.

- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales.
- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.

Todo lo anterior debería impactar claramente en la contención de los costos por la no calidad y genera una singular tasa de retorno positiva. Para lograr lo anterior pareciera ser que el trabajo en equipo resulta ser un pilar fundamental para lograr una “cultura de calidad” que es el camino para la acreditación hospitalaria y con ello una atención segura, de excelencia, completa y con pleno respeto a los derechos de los pacientes.

TERCERA PARTE

Diseño metodológico

4. El Diseño Metodológico

4.1 Tipo de Estudio

El presente estudio lo consideramos de tipo Descriptivo, Cualitativo y Exploratorio:

- **Descriptivo:** Porque recoge y analiza antecedentes oficiales de la Dirección Hospitalaria, respecto al área de Operaciones y su relación con el concesionario.
- **Cualitativo:** Porque busca recoger de manera sistemática opiniones y percepciones que posean los diversos actores involucrados en la gestión hospitalaria, en específico en el área de Operaciones.
- **Exploratorio:** Tiene características de exploratorio toda vez que por ser un modelo de gestión hospitalaria de reciente aplicación en el país, no hay aún mayor evidencia o literatura que dé cuenta esta temática.

4.2 Universo de Estudio

Las funciones de apoyo a la producción de salud en el Hospital La Florida, que corresponden a la gestión del área de Operaciones es decir, la seguridad del equipamiento y de las instalaciones.

En el caso particular del Hospital en estudio, el área de gestión de operaciones, que dicen relación principalmente con áreas entregadas en concesión, comprende los servicios de apoyo a la producción de acciones de salud; entre los principales a saber:

- La mantención de la infraestructura hospitalaria
- La compra y mantención del equipamiento médico y de apoyo
- La mantención del equipamiento y servicios industriales
- La hotelería y alimentación

- Estacionamientos, casinos y otros puntos de venta
- Otros servicios de apoyo logísticos y de mantención
- La seguridad

En lo que interesa para nuestro estudio de tesis, se han seleccionado aquellos que, a juicio de los alumnos, pueden entregar información más objetiva y con menor posibilidad de distorsión, como son aquellos servicios donde la percepción o gustos personales adquieren importancia como lo es la hotelería, alimentación, casinos y estacionamientos. En definitiva se seleccionaron los siguientes ítems:

- La mantención de la infraestructura hospitalaria
- La compra y mantención del equipamiento médico y de apoyo
- La mantención del equipamiento y servicios industriales
- Otros servicios de apoyo logísticos y de mantención
- La seguridad

4.3 Muestra del estudio

Se trata de un muestreo por conveniencia, relacionado con los siguientes actores:

- **Subdirector Administrativo:** Actor del nivel directivo del hospital, del cual depende el área de operaciones, entre otras áreas que por descripción del cargo le corresponde gestionar; es además el representante principal del Hospital después del Director ante la Sociedad Concesionaria y en conjunto con el Inspector Fiscal debe velar por que se cumplan las bases de licitación del recinto asistencial en aquellas áreas concesionadas, participa en la evaluación de los niveles de servicio que provee el concesionario y dentro de sus facultades está el proponer al Inspector Fiscal la aplicación de multas por incumplimientos.
- **Jefe de Operaciones:** Es la autoridad técnica cuya responsabilidad es dirigir la unidad de operaciones del hospital, para lo cual cuenta con los profesionales y técnicos para ello. Es

el principal interlocutor del Hospital ante su par por parte de la concesión, por lo tanto es el encargado directo de velar para que el concesionario cumpla con lo estipulado en las bases de licitación en cuanto a los servicios que debe brindar en las áreas de su injerencia. Además reporta directamente al subdirector administrativo la situación en el área, por lo tanto es la principal fuente de información para esa autoridad directiva en cuanto a las actividades y niveles de servicio del concesionario. Participa además en las reuniones de coordinación técnica y administrativas con la sociedad concesionaria.

- **Encargados de áreas de operaciones:** Son principalmente profesionales de áreas específicas, tales como ingeniero eléctrico, ingeniero experto en gases clínicos y redes en general, ingeniero industrial y administrador público, encargados de áreas específicas conforme a sus especialidades. Controlan directamente en terreno las acciones de servicio que realiza el concesionario, por lo tanto conocen en detalle las situaciones que se estudian en la presente tesis, en sus respectivas áreas.
- **Enfermeras supervisoras:** Son por excelencia clientes internos de operaciones, de ellas y en coordinación con los médicos jefes de unidades clínicas, dependen las enfermeras en turnos en los servicios, por lo tanto son las que detectan las necesidades, las reportan y esperan los resultados en la calidad. Por lo anterior son una fuente privilegiada de información para los fines de la presente tesis. Se enlazan por canal técnico con la unidad de operaciones.
- **Enfermeras en turno en los servicios:** Al igual que las enfermeras supervisoras, son las principales clientas internas de operaciones, ya que ellas son las responsable del adecuado y eficiente funcionamiento de las unidades clínicas. Para ellas los servicios de apoyo son esenciales para proporcionar las prestaciones de servicios a los usuarios o pacientes, por lo tanto reportan las necesidades de mantención y otras que dicen relación con operaciones mediante el sistema informático desarrollado por el concesionario y esperan las respuestas en tiempo y calidad requerida. Reportan directamente a las enfermeras supervisoras. Se enlazan por canal técnico con la unidad de operaciones.

4.4 Métodos de Recolección de Información

Para la recolección de la información, se emplearon las siguientes herramientas, las cuales por el tipo de estudio son calificadas como necesarias, considerando que los actores involucrados son consultados mientras desarrollan sus labores y responsabilidades, algunos en la modalidad de turnos.

- Entrevista; diseño en anexos N°1 y N°2
- Focus Group; diseño en anexo N°3
- Encuestas; diseño en anexo N°4

4.5 Antecedentes de la investigación

Para abordar el problema y obtener la información necesaria para el estudio, se ha decidido realizar una investigación con las siguientes características:

En lo general, identificar los problemas que han percibido los clientes internos del Hospital La Florida, en relación con los servicios recibidos a cargo del área de Operaciones, en cuanto al funcionamiento del equipamiento clínico, equipamiento de apoyo y de la infraestructura e instalaciones.

Por otra parte y en lo específico, lo siguiente:

En relación con el equipamiento clínico y de apoyo, se desea verificar:

- ✓ Si se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vele por la calidad y seguridad de los mismos.
- ✓ Si los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.
- ✓ Si ante situaciones de fallos la respuesta de mantención es oportuna de acuerdo a lo convenido en operaciones.

- ✓ Si los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se utilizan bajo condiciones que ofrecen seguridad y continuidad de operación.

En relación con la infraestructura e instalaciones, se desea verificar:

- ✓ Si el prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de su infraestructura física e instalaciones.
- ✓ Si ante situaciones de fallos la respuesta de mantención es oportuna de acuerdo a lo convenido en operaciones, por parte del prestador institucional.
- ✓ Si el prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros.
- ✓ Si los planes de emergencia se encuentran actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas.
- ✓ Si el prestador institucional evalúa periódicamente la funcionalidad de la señalética de circulación externa y accesos.
- ✓ Si las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y de supervisión de sus condiciones de operación, por parte del prestador institucional.

CUARTA PARTE

Resultados y análisis de resultados

5. Resultados de entrevistas

5.1 Entrevista: Sub-director administrativo

La entrevista fue realizada al sub-director administrativo del Hospital La Florida. Fue una entrevista con preguntas abiertas y cerradas, las cuales se centraron en los siguientes temas:

- Relaciones del Hospital con el concesionario en el área de operaciones
- Adquisición y reposición del equipamiento
- Mantenimiento de la infraestructura
- Planes de emergencia

Resultado:

- El subdirector administrativo expresa que los niveles de servicio en el área de operaciones que entrega la sociedad concesionaria de acuerdo a las bases de licitación, presentan ciertos problemas en cuanto a la oportunidad de resolución, eficiencia y a la calidad de estos ya que las bases no precisan algunas situaciones en que el concesionario debiera responder a cabalidad. Señala, que las bases de licitación fijan un monto de 3.500 Unidades de Fomento (UF) semestral para actividades de mantenimiento, reparación o reposición de elementos y sistemas que conforman la infraestructura, equipamiento industrial y mobiliario no clínico, quedando al margen la realización de actividades relacionadas con nuevas inversiones o servicios adicionales de poca envergadura, pero que afectan significativamente el normal funcionamiento del hospital. En efecto, y como ejemplo en la actualidad no es posible con cargo a esos 3.500 UF financiar cuestiones menores como la instalación de un nuevo enchufe de toma de corriente.
- Por otra parte, señala que el contrato de concesión le entrega a la sociedad concesionaria el monopolio de proveer las soluciones a las recurrentes contingencias y necesidades diarias del hospital, para ello aporta a su personal especializado en las diversas áreas de servicios; el problema se suscita al cobro de los servicios ya que al no tener competencia se produce un comportamiento monopólico y por consecuencia presupuestos excesivos.

Por ejemplo, el valor de copias de llaves de puertas que si bien no son las del tipo tradicional, exceden el valor consultado a empresas del rubro.

- Manifiesta además que los hospitales públicos ante situaciones epidemiológicas críticas, en “campana de invierno” como en emergencias y catástrofes, requiere adaptar sus servicios para absorber la demanda asistencial especial que se produce en esos casos, pues bien, ya que las bases de licitación no son claras al respecto para obligar a la sociedad concesionaria a prestar los servicios para esos efectos, se hace muy compleja la situación y el hospital debe recurrir a proveedores externos para satisfacer esas necesidades, lo cual desnaturaliza la prestación de servicios que debe entregar la sociedad concesionaria a todo evento. Dicho de otra manera, señala el subdirector administrativo, es posible manifestar que existe una ausencia de la visión sanitaria para la gestión de la concesión, ya que las bases de licitación no contemplaron de manera suficiente la necesaria flexibilidad que implica la gestión de un hospital desde el punto de vista sanitario.
- En cuanto al CAU (Centro de Atención a Usuarios) que es el sistema de registro de incidentes y de respuestas o soluciones, el subdirector administrativo señala que su eficiencia resulta fundamental para medir los niveles de servicios que entrega el concesionario; en efecto, expresa que el estado actual del sistema informático instalado en el hospital para ello no permite desprender de la información ahí contenida el nivel efectivo de los servicios entregados por la sociedad concesionaria, ello tanto por debilidades propias del sistema como por la complejidad de los procedimientos requeridos para su uso eficiente por los involucrados en el proceso de evaluación, es decir, usuarios supervisores del hospital e inspección fiscal. Por lo tanto se requieren modificaciones en el sistema.
- En cuanto a la ventilación y climatización del hospital, el subdirector administrativo señala que el proyecto de construcción del hospital no consideró la climatización de la totalidad del hospital, sólo consideró aquellas áreas críticas que por norma sanitaria son obligatorias, por lo tanto en los meses de calor se ven afectadas con altas temperaturas las zonas no consideradas y que afecta las zonas de hospitalización, servicio de atención ambulatoria, salas de espera y zonas administrativas, lo cual implica un deterioro de las condiciones laborales. Todo lo anterior se produce ya que por diseño estructural y algunas técnicas de refrigeración natural asociadas al diseño del hospital no tuvieron los efectos esperados; lamentablemente para los intereses del hospital no es exigible que el concesionario

entregue una solución a su peculio, motivo por el cual la solución requiere un proyecto que debe ser aprobado y financiado por el sistema público.

5.2 Entrevista: Jefe de operaciones

La entrevista realizada al jefe de operaciones del Hospital La Florida fue una entrevista con preguntas abiertas y cerradas, las cuales se centraron en los siguientes temas:

- Adquisición y reposición del equipamiento
- Mantención de los equipamientos
- Protocolos y respuestas ante situaciones de fallos
- Mantención de la infraestructura
- Planes de emergencia

Resultado:

En relación a la infraestructura e instalaciones del Hospital La Florida:

- En cuanto a la inspección de la infraestructura y planta física, el jefe de operaciones señala que existe un programa que presentó y es de responsabilidad del concesionario; lo mismo ocurre en cuanto al equipamiento complementario. Estos programas en cuanto a su grado de cumplimiento también es supervisado por él y por la Inspección Fiscal de la concesión.
- En cuanto al CAU (Centro de atención usuario) manifiesta que no lo aprecia eficiente, tanto en los registros de denuncia de incidentes como en los registros de tiempos de respuesta por parte del concesionario que es un factor de puntaje para medir los niveles de servicio que entrega; observa que es un programa complejo y poco amigable para los usuarios de estos, en especial para las enfermeras supervisoras y de turno. Por lo tanto medir grado de cumplimiento de servicios resulta complejo y no confiable, motivo por el cual el sistema requiere modificaciones que se deben resolver en los niveles y con los especialistas que corresponden conforme a la necesidad de los usuarios y de los actores que deben medir el comportamiento contractual de la concesión.
- En cuanto a los niveles de servicio que presta la concesión desde el punto de vista de la observación directa resultan regulares toda vez que hay atrasos y complejidades

administrativas que hacen que muchas veces los servicios ante reporte de incidentes no son solucionados con la oportunidad que un centro asistencial requiere.

- En cuanto a la climatización del hospital, manifiesta que hay serios problemas en los meses de calor, ya que sólo están climatizadas las áreas críticas y las que exige la autoridad sanitaria para autorizar el funcionamiento hospitalario, por lo tanto la mayor parte del hospital y por efecto los pacientes, el público en general y los trabajadores del recinto, sufren las consecuencias. La solución es compleja en el corto plazo ya que se requiere de un nuevo proyecto, la intervención de la infraestructura para la instalación de un sistema y el presupuesto respectivo.

En relación a la adquisición y reposición de equipamiento del Hospital para los servicios clínicos:

- Señala el jefe de operaciones que hay un protocolo para evaluar la reposición del equipamiento médico y clínico para asegurar las especificaciones técnicas, la calidad y los servicios de post venta, lo cual está a cargo de la unidad de equipamiento médico.
- En cuanto al reporte de fallos del equipamiento el CAU entrega la posibilidad de reportar los fallos y otras incidencias con las debilidades del sistema, ya expresadas anteriormente.
- En cuanto a la presencia de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento, señala que los equipos aún en garantía, están sujetos a las mantenciones de los proveedores según contrato, los equipos ya fuera de garantía, están sujetos a un programa de mantenimiento que lidera la unidad de equipos médicos, al igual que el control de los proveedores de los equipos con garantías vigentes, en cuanto a que cumplan con lo establecido en las bases de licitación para esos efectos.
- Por otra parte señala el jefe de operaciones, que los equipos críticos para la atención segura de los pacientes se encuentran instalados según las especificaciones técnicas señaladas por el proveedor, lo cual es un requisito fundamental para mantener las garantías de adquisición. Por lo mismo la alimentación eléctrica redes de agua y redes de gases clínicos, están sujetas a controles periódicos físicos y de funcionamiento.

En relación a situaciones de emergencias o siniestros:

- El jefe de operaciones señala que la unidad de prevención de riesgos y desastres, mantiene los planes de emergencias vigentes y protocolizados; estos son los que exige la norma pertinente, es decir contra incendios, sismos, anegamientos, evacuación del hospital y de enlace. En ellos también participa la sociedad concesionaria, ya que son parte importante para la ejecución de los planes.
- Los planes son permanentemente revisados, se ponen en ejecución periódicamente según programación de pruebas para asegurar su eficiencia y corregir distorsiones; así también como lo exige la norma, se lleva un registro de pruebas y resultados.
- En cuanto a trabajos de reparaciones o adecuaciones según necesidades del hospital ante emergencias o necesidades por emergencias sanitarias, generalmente estas situaciones no están previstas que las haga el concesionario según contrato y las hace el hospital con sus recursos y proveedores externos mediante licitación o trato directo como le permite la ley de compras públicas.

En cuanto a señalética de circulación externa y accesos

- El jefe de operaciones manifiesta que en general el hospital cuenta con una señalética apropiada, sin embargo en algunas zonas por manipulación indebida es deteriorado y hay que reponerla, lo cual lo debe hacer el concesionario conforme a contrato. La señalética es revisada constantemente tanto para revisar su estado, confirmar las reposiciones que son reportadas como necesidades y también en cuanto a instalar otra nueva según necesidades. Generalmente se reciben reclamos por parte de las enfermeras supervisoras en cuanto a necesidad de nueva señalética lo cual no siempre es instalada por el proveedor con la oportunidad requerida.

En cuanto a las instalaciones que se encuentran en contacto directo con los pacientes (Unidades Críticas, UCI, UTI, Urgencias), salas de espera, baños, entre otras.

- Señala que efectivamente hay un control continuo del funcionamiento de esas instalaciones y de acuerdo al resultado de las inspecciones son resueltos los problemas que presentan, para lo cual se cuenta con personal especializado y de exclusividad. Los espacios comunes como salas de espera y baños son los más críticos tanto por la gran cantidad de usuarios

que los emplean como por la manipulación deficiente de los servicios sanitarios los cuales presentan fallos regularmente y la no reparación oportuna implica un colapso de esos equipos.

5.3 Focus group: Encargados de provisión de servicios

El focus group se realizó a los encargados de controlar la provisión de servicios, dependientes de la Unidad de Operaciones, es decir, ingeniero eléctrico, ingeniero experto en gases clínicos y redes, ingeniero industrial y al administrador público encargado de convenios. Tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos en donde se plantearon preguntas permitiendo la opinión personal y la discusión grupal.

Resultado:

- Los encargados de controlar la provisión de servicios señalan que los niveles de servicios que provee la sociedad concesionaria no son efectivamente medibles ya que el programa computacional es muy complejo y generalmente favorece al concesionario, al no reportar los incumplimientos en cuanto a la oportunidad de las respuestas frente a reporte de fallos. Por lo tanto el CAU (Centro de atención Usuario) no es eficiente y favorece al concesionario frente a los intereses del hospital, es decir el mandante.
- Los encargados de la provisión de servicios señalan que el programa de reporte de fallos (CAU) requiere de urgentes modificaciones que permita una medición efectiva del reporte de fallos y plazos de ejecución de las soluciones, para que se logre la eficiencia que un hospital requiere, en cuanto al apoyo en la gestión de operaciones.
- Señalan además que es por todos conocidos que el hospital tiene serios problemas de climatización, ya que sólo tiene ese tipo de equipamiento las unidades críticas, pabellones quirúrgicos, laboratorio y banco de sangre. Señalan que el problema se produce especialmente en época de altas temperaturas principalmente a partir del segundo piso, generando condiciones de habitabilidad extremas tanto para los pacientes, usuarios en general y para los propios funcionarios, toda vez que sufren las consecuencias de la situación con permanentes reclamos al respecto.

- En cuanto a la relación con los pares de la sociedad concesionaria para llevar adelante el trabajo conjunto, si bien manifiestan que es una relación adecuada, exige por parte de ellos un constante nivel de exigencia con sus pares de la concesión para conseguir niveles de servicios aceptables según contrato.

5.4 Encuestas a enfermeras

Las encuestas realizadas a las enfermeras trataron de abordar los 4 puntos más importantes detectados como críticos para ser planteados en este estudio, estos son:

- Adquisición y reposición del equipamiento
- Mantenimiento preventivo de los equipos, protocolos y respuestas ante situaciones de fallos
- Mantención de la infraestructura y planes de emergencia
- Instalaciones en contacto directo con los pacientes

La encuesta se diseñó en base a estos 4 puntos, por lo que el resultado y el análisis se efectúan en el mismo orden.

En cuanto al análisis de las respuestas, cabe señalar que existen 2 tipos de preguntas, una en la que se pide que diga que tan de acuerdo está con una cierta afirmación (pregunta de afirmación) y otra en donde se pide evaluar con nota de 1 a 7 cierto punto (pregunta de evaluación).

En cuanto a las preguntas de afirmación, se les presentó los 5 niveles siguientes:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

La persona evaluada debía escoger sólo una de las afirmaciones anteriores para cada una de estas preguntas.

Algunos análisis se efectuaron en base al siguiente supuesto:

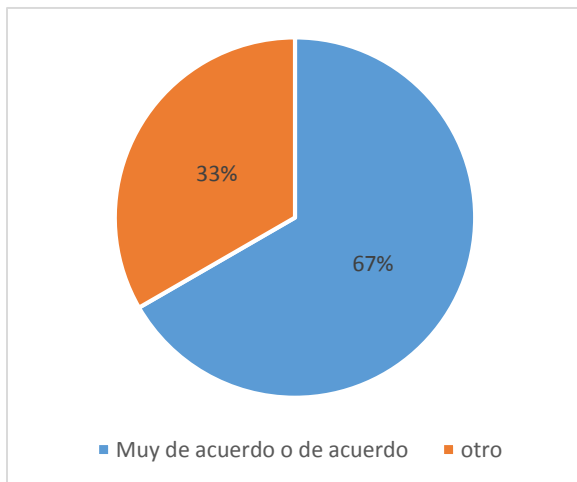
- “Muy de acuerdo” y “De acuerdo” afirman que la declaración es verdadera
- “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo” afirman que la declaración no es verdadera, es decir la persona encuestada no está de acuerdo con la misma.

a. Adquisición y reposición del equipamiento

En cuanto a la adquisición y reposición de equipamiento del Hospital por parte de los servicios clínicos, las respuestas dadas por las enfermeras se ven reflejadas en lo siguiente:

El 67% reconoce o sabe de la existencia de un protocolo para la adquisición o reposición de equipamiento

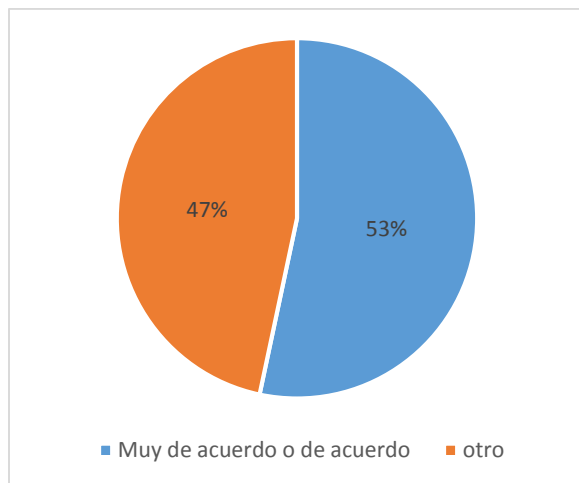
Ilustración 1: Existencia del protocolo



Fuente: elaboración propia

Pero el porcentaje de quienes reconocen que se les ha informado del protocolo, conoce el protocolo a cabalidad y lo puede consultar cada vez que lo requiere, es menor, llegando sólo a un 53%.

Ilustración 2: Conocimiento del protocolo

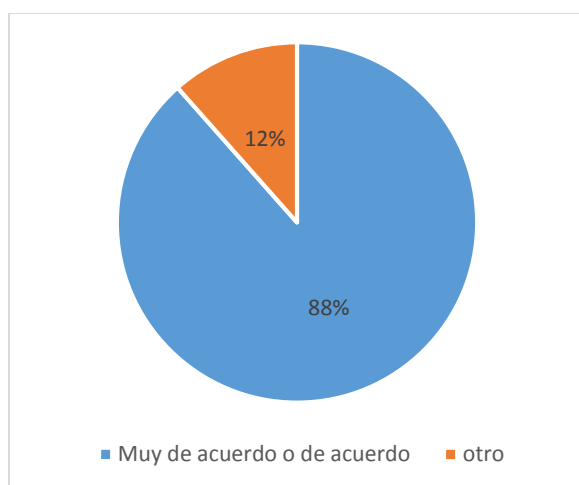


Fuente: elaboración propia

Esto supone que existe una brecha de enfermeras que si bien saben que existe un protocolo, no saben cómo utilizarlo correctamente o piensa que no puede consultarlo cada vez que lo requieren.

Ahora, si se analiza la siguiente pregunta se observa que el 88% utiliza, o está al tanto de que se utiliza, el protocolo cada vez que se requiere adquirir o reponer equipamiento.

Ilustración 3: Utilización del protocolo

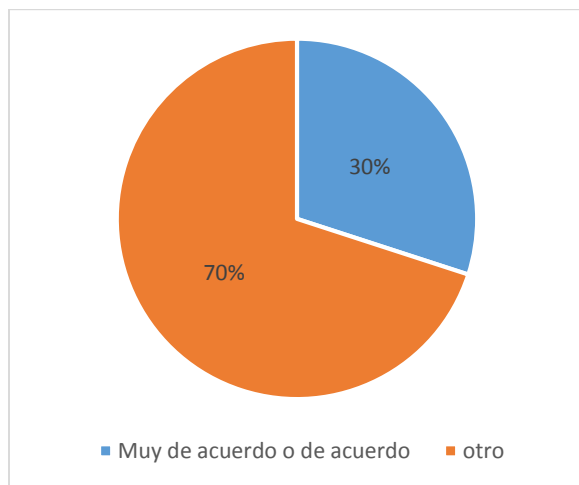


Fuente: elaboración propia

Este porcentaje es mayor que los anteriores. Entonces, si bien, un 88% reconoce que se utiliza el protocolo, la brecha dada con la pregunta anterior (53% conoce el protocolo a cabalidad), hace suponer que cerca de un 35% de enfermeras si bien utiliza o reconoce que se utiliza el protocolo, no conoce adecuadamente el funcionamiento del mismo.

Por último, en cuanto a la utilidad del mismo, sólo un 30% reconoce que el protocolo establecido es útil y optimiza el proceso de adquisición o reposición de equipamiento.

Ilustración 4: Utilidad del protocolo



Fuente: elaboración propia

Analizando los datos precedentes, podemos notar lo siguiente:

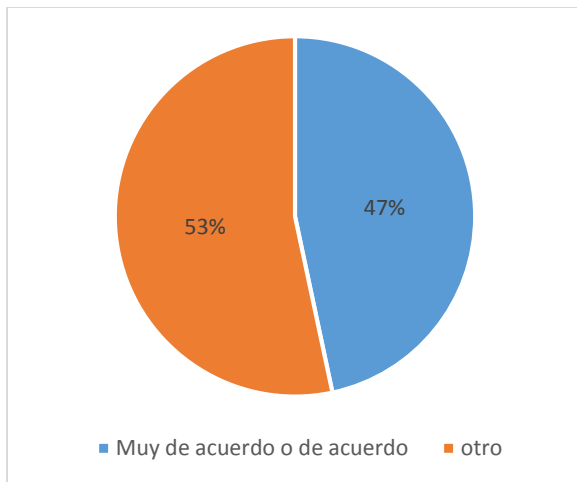
- La mayoría de las enfermeras sabe de la existencia de un protocolo establecido para solicitar la adquisición o reposición de equipamiento.
- Existe un significativo porcentaje de enfermeras que no conoce el protocolo a cabalidad incluso cuando reconoce la existencia y utilización del mismo.
- La mayoría de las enfermeras reconoce que el protocolo existente no es útil o no optimiza el proceso de adquisición y reposición de equipamiento.

b. Mantenimiento preventivo de los equipos, protocolos y respuestas ante situaciones de fallos

En cuanto a programas de mantenimiento preventivo en que se encuentran sometidos los equipos y la respuesta dada ante situaciones de fallo, las respuestas dadas por las enfermeras que contestaron la encuesta se ven reflejadas en lo siguiente:

La mayoría (53%) no reconoce la existencia de un programa de mantenimiento correctivo y preventivo de los equipamientos

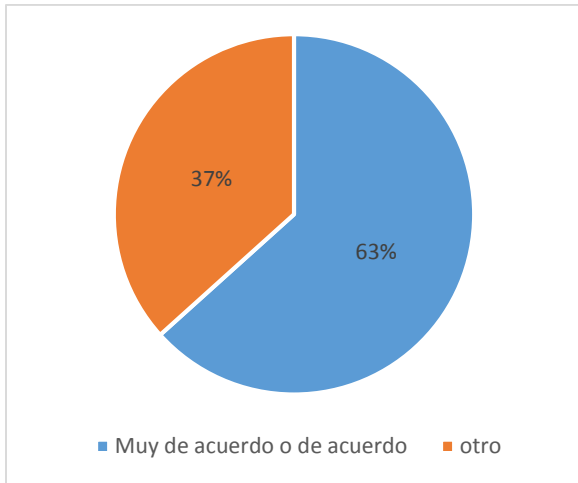
Ilustración 5: Existencia de un programa



Fuente: elaboración propia

Pese a lo anterior, la mayoría afirma que existe un protocolo de operación del equipamiento y que lo conoce a cabalidad (63%)

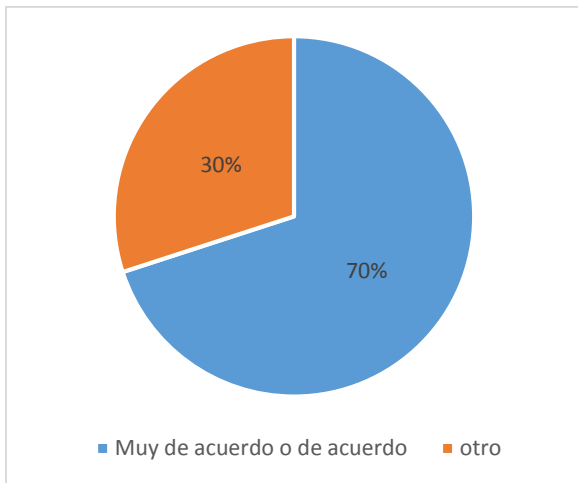
Ilustración 6: Existencia de protocolo



Fuente: elaboración propia

En cuanto al sistema de registro de incidencia y de medición de niveles de servicios que la sociedad concesionaria pone a disposición, es decir, el CAU (Centro de Atención Usuario), un 70% asevera su utilización cada vez que un equipamiento falla.

Ilustración 7: Existencia del CAU



Fuente: elaboración propia

Respecto a la evaluación a la respuesta otorgada por el organismo encargado ante situaciones de fallo de un equipamiento, se observa el siguiente resultado:

Tabla 5: Situaciones de fallo equipamiento

Ítem	Nota promedio
Calidad de la respuesta	4.2
Tiempo de respuesta	3.0
Comunicación establecida con el organismo encargado	3.9
Funcionamiento del CAU	3.1
Promedio General	3.6

Fuente: elaboración propia

Se puede observar que la menor nota es dada al tiempo de respuesta, seguida por el funcionamiento general del CAU. Considerando que la nota máxima que podían otorgarle es un 7.0, las evaluaciones en general reflejan un sistema deficiente.

Analizando los datos precedentes, podemos notar lo siguiente:

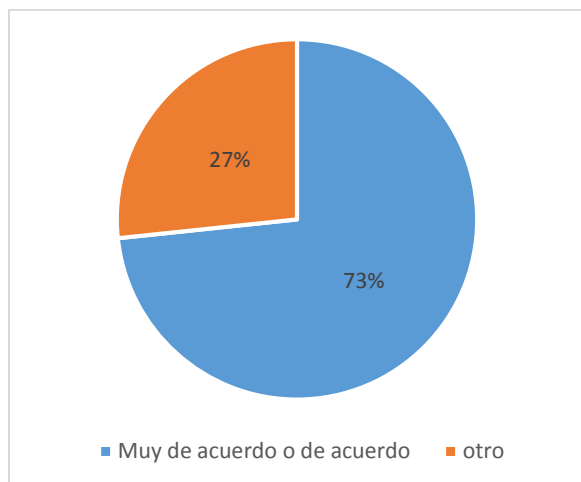
- La mayoría de las encuestadas no reconoce la existencia de un programa de mantenimiento correctivo y preventivo de los equipamientos.
- Existe un porcentaje representativo de personas que, o bien no reconoce la existencia de un protocolo de operación del equipamiento, o no lo conoce de manera óptima.
- La mayoría afirma que se utiliza el CAU cada vez que un equipamiento falla, sin embargo su funcionamiento es deficiente.
- La respuesta otorgada por el organismo encargado ante situaciones de fallo es deficiente, siendo su punto más débil el tiempo de respuesta y el menos débil la calidad de la respuesta dada, es decir, se solucionó el problema. La apreciación general del mismo es negativa, obteniendo una nota de 3.6 de un máximo de 7.0

c. Mantención de la infraestructura y planes de emergencia

En relación a situaciones de fallos en la infraestructura o instalaciones del Hospital La Florida, las respuestas dadas por las enfermeras que contestaron la encuesta se ven reflejadas en lo siguiente:

Un 73% reconoce que se utiliza el CAU (Centro de Atención Usuario) para reportar fallos relacionados a infraestructura o instalaciones.

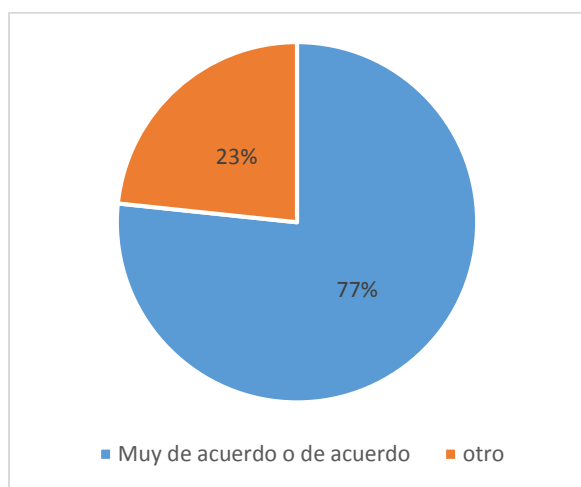
Ilustración 8: Utilización del CAU



Fuente: elaboración propia

Un porcentaje mayor al anterior (77%) reconoce la existencia y su conocimiento de planes de emergencia ante situaciones de fallo en la infraestructura e instalaciones.

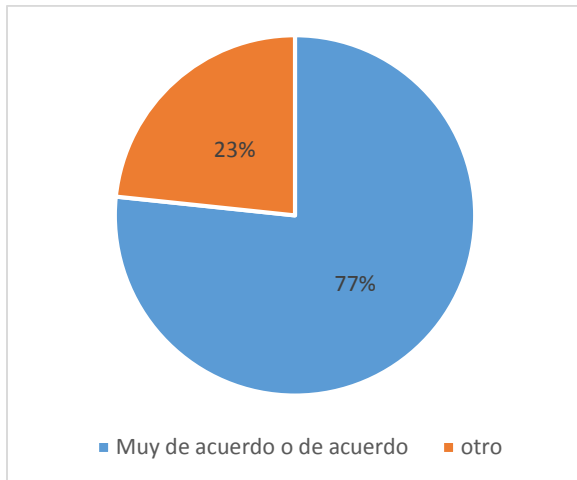
Ilustración 9: Existencia de planes de emergencia



Fuente: elaboración propia

El mismo porcentaje de personas afirma que existen señaléticas óptimas de circulación y evacuación ante emergencias

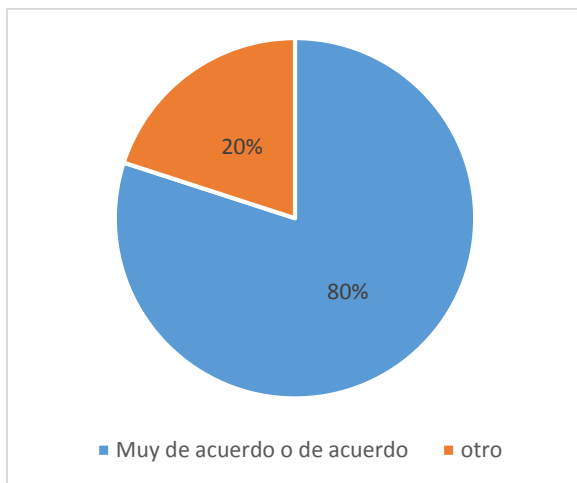
Ilustración 10: Existencia de señaléticas



Fuente: elaboración propia

Un 80% está de acuerdo con que las señaléticas de circulación y los accesos son inspeccionados periódicamente y se encuentran en óptimas condiciones.

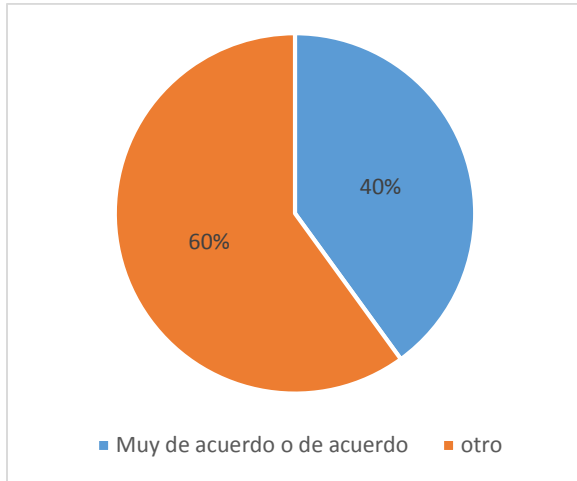
Ilustración 11: Señaléticas y accesos en óptimas condiciones



Fuente: elaboración propia

Pese a todo lo anterior, sólo un 40% considera efectivo el sistema de solicitud y respuesta frente a necesidades en el área de operaciones, producto de emergencias sanitarias

Ilustración 12: Efectividad del sistema



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la evaluación dada a la respuesta que generalmente entrega el organismo encargado ante una situación de fallo de infraestructura e instalaciones, se observa lo siguiente:

Tabla 6: Situaciones de fallo infraestructura

Ítem	Nota promedio
Calidad de la respuesta	3.3
Tiempo de respuesta	2.4
Comunicación establecida con el organismo encargado	3.8
Promedio General	3.2

Fuente: elaboración propia

Las notas son deficientes, considerando un promedio general de la evaluación de 3.2 de una nota máxima de 7.0. La peor evaluación fue dada al tiempo de respuesta.

Analizando los datos precedentes, podemos notar lo siguiente:

- Si bien la mayoría reconoce que se utiliza el CAU para reportar fallos estructurales, un porcentaje representativo no reconoce su utilización.
- Las señaléticas de circulación y evacuación ante emergencias fueron las mejor evaluadas. Pese a eso cerca de un 20% considera que puede ser mejorada.
- El sistema de solicitud y respuesta frente a necesidades en el área de operaciones, producto de emergencias sanitarias requiere de mejoras. El personal no lo considera efectivo.
- Las enfermeras consideran que la calidad de la respuesta dada por el organismo encargado ante una situación de fallo de infraestructura es deficiente, siendo el tiempo de respuesta lo más malo.

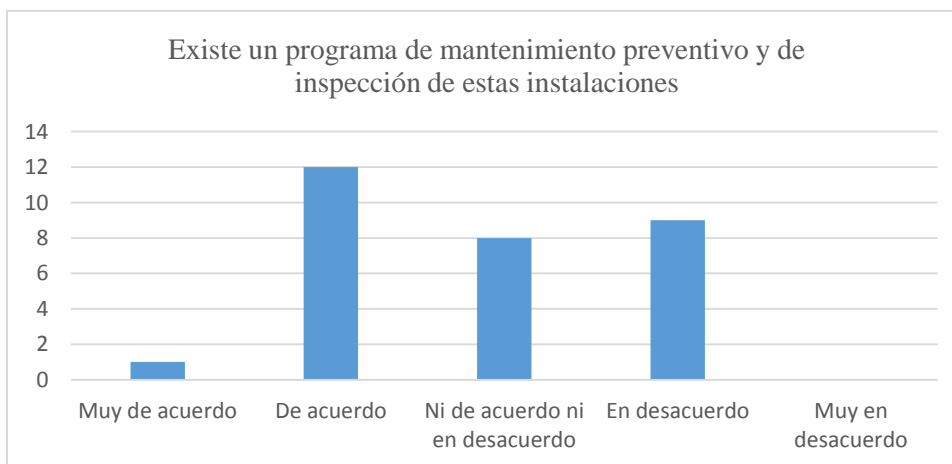
d. Instalaciones en contacto directo con los pacientes

En cuanto a las instalaciones que se encuentran en contacto directo con los pacientes, cómo lo son las unidades críticas (UCI, UTI, Urgencias, pabellones quirúrgicos), salas de esperas, baños de uso público, etc, las respuestas dadas por las enfermeras que contestaron la encuesta se ven reflejadas en lo siguiente:

La mayoría no reconoce la existencia de un programa de mantenimiento preventivo y de inspección de estas instalaciones, específicamente un 57%.

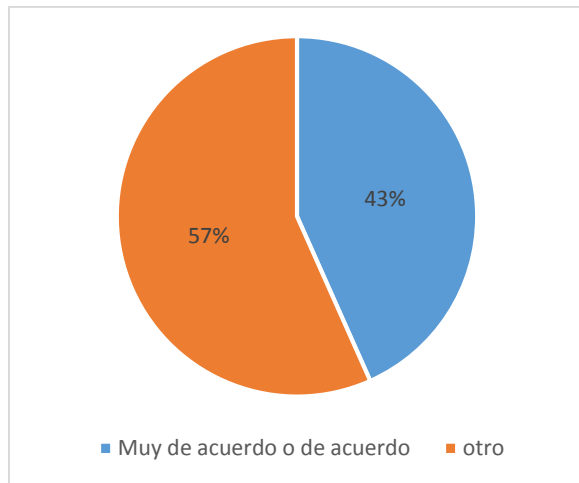
Se puede observar que existen opiniones dispersas en cuanto a la existencia del mismo.

Ilustración 13: Existencia de programa de mantenimiento



Fuente: elaboración propia

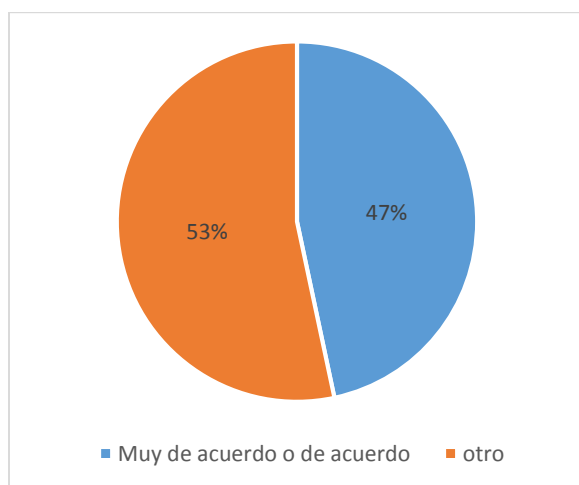
Ilustración 14: Existencia del programa



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la afirmación: “La inspección de las instalaciones dan como resultado un funcionamiento óptimo de las mismas ya que se adoptan medidas correctivas en el caso de que se requieran”, volvemos a notar que la mayoría no está de acuerdo con esta afirmación. Sólo un 47% está de acuerdo.

Ilustración 15: Inspección

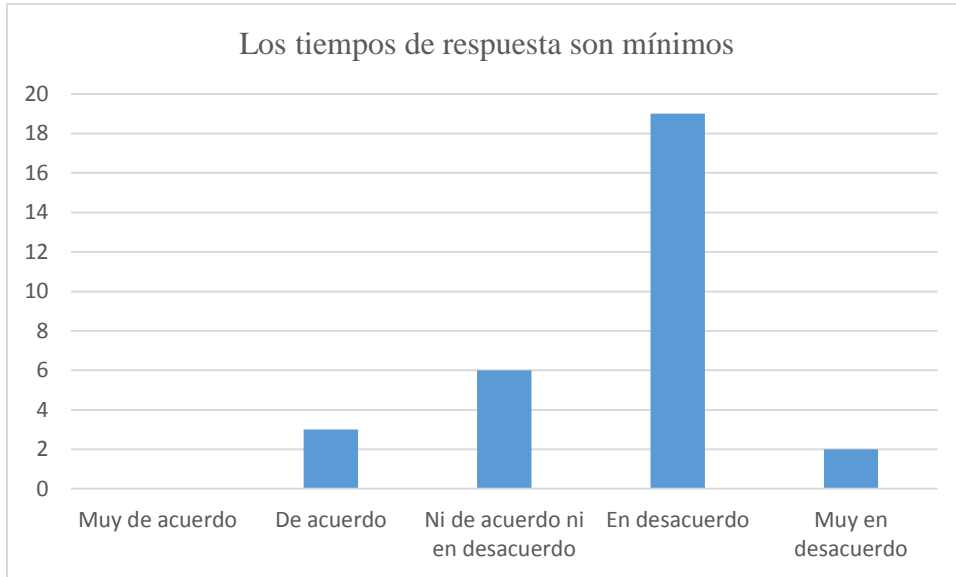


Fuente: elaboración propia

En cuanto a los tiempos de respuesta y aplicación de medidas correctivas ante situaciones de fallo, la evaluación no es positiva. Es importante notar que la mayoría de las encuestadas está

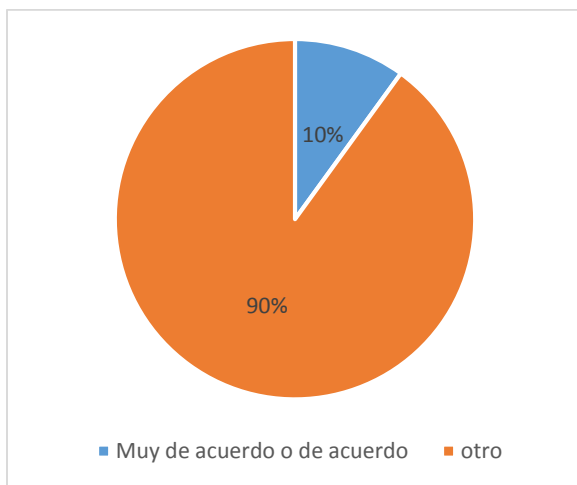
en desacuerdo con esa afirmación. Sólo un 10% está de alguna manera de acuerdo en que los tiempos de respuesta son mínimos, tal como lo vemos en los siguientes gráficos:

Ilustración 16: Tiempos de respuesta



Fuente: elaboración propia

Ilustración 17: Tiempo de respuesta mínimos



Fuente: elaboración propia

Por último, la evaluación dada a la climatización del hospital es de una nota 2.6 de una nota máxima de 7.0

Analizando los datos precedentes, podemos notar lo siguiente:

- No se reconoce la existencia de un programa de mantenimiento preventivo y de inspección de estas instalaciones.
- La inspección de las instalaciones o las medidas correctivas se observan deficientes, ya que la mayoría de las encuestadas no está de acuerdo con el funcionamiento óptimo de las instalaciones.
- El punto que presenta más debilidad o más crítico es el que se refiere a los tiempos de respuesta y aplicación de medidas correctivas ante situaciones de fallo.
- Por último llama la atención que la climatización presenta una evaluación muy negativa dentro de los ítems evaluados.

6. Análisis de resultados

Con el objeto de poder clasificar en causales afines los problemas detectados en la investigación realizada, estos se agruparán en los siguientes ítems:

a. Relación comercial Hospital – Concesionario, en el área de operaciones.

Al establecer en las bases de licitación la exclusividad en la sociedad concesionaria respecto a la entrega de servicios al Hospital en las áreas en concesión y ante los requerimientos solicitados, hay una tendencia a desarrollar un comportamiento de características monopólicas por parte de la concesionario, lo cual se ve reflejado en la presentación de presupuestos que resultan más elevados que el promedio de mercado, en desmedro de los intereses y de la eficiencia en el empleo de los recursos del mandante, teniendo que cancelar mayores costos por servicios que se podrían encontrar a un menor valor en un mercado competitivo, como el nuestro.

b. Medición de niveles de servicios entregados por el concesionario

Para el reporte de fallos, medición de control de eficiencia y oportunidad de respuestas, el concesionario coloca a disposición de los servicios hospitalarios, conforme lo estipula las bases de licitación, un sistema informático llamado “Centro de atención de usuarios” bajo la sigla “CAU”. Pues bien, el sistema no resulta efectivo como tampoco confiable, ya que muchas veces no permite

un eficaz control de los niveles de servicio, con lo cual de alguna manera se ve beneficiado al concesionario, toda vez que no es posible que el mandante, en este caso el hospital, reporte ante el Inspector Fiscal los resultados en cuanto a los niveles de servicios entregados, especialmente los incumplidos o cumplidos con retraso en relación a los tiempos de respuesta estipulados y por consecuencia, la debida aplicación de multas al concesionario, que se establecen en las bases de licitación. Lo anterior resulta de suma gravedad, ya que de ello depende uno de los pilares del sistema de concesiones hospitalarias, es decir el pago justo por parte del Estado a particulares, por los servicios concesionados, de acuerdo a la eficiencia de servicios entregados.

c. Servicios de mantención en concesión respecto a infraestructura, redes y sistemas

En cuanto a la integralidad de servicios concesionados que requiere el Hospital; las bases de licitación no precisan ciertos requerimientos, tales como la instalación de enchufes eléctricos, nuevas llaves de agua entre otros, que sí debieron contemplarse, para dar solución a imprevistos o necesidades que el Hospital requiere para su funcionamiento.

En relación a la mantención de instalaciones en contacto directo con los usuarios, si bien las Unidades Críticas y Urgencias no presentan problemas significativos a pesar de la baja percepción de eficiencia por parte de las enfermeras, lo cual puede ser explicado mayormente por un simple problema de comunicación entre ellas y la unidad de operaciones, sí se observa un retardo significativo en la recuperación de fallos y deterioros en los baños públicos por parte del concesionario, lo cual se cruza con lo enunciado en el punto 2 precedente, en cuanto al funcionamiento del sistema de reporte, registro y medición de niveles de servicio “CAU”.

d. Preparación ante emergencias sanitarias y desastres

Cuando el hospital requiere reconvertir camas y/o adaptar servicios ante emergencias sanitarias (campañas de invierno, entre otras), desastres u otras situaciones epidemiológicas, las bases de licitación no consideran la obligatoriedad para el concesionario en cuanto a prestar los servicios necesarios y suficientes para esos casos; por lo tanto el hospital debe recurrir a proveedores externos. Lo anterior se aleja de las objetivos de la concesión de servicios.

Si bien la señalética del hospital es fundamental, tanto para dirigir a los usuarios hacia la provisión de servicios como para su evacuación frente a emergencias o desastres, no presenta

problemas significativos, sí hay un retardo en la reposición de la señalética deteriorada o de la complementaria que se requiere y que debe proveer el concesionario.

e. Adquisición, reposición y mantención de equipamiento

Si bien no se aprecian problemas en cuanto a la adquisición y reposición de equipamiento, si resulta problemática la mantención de los equipos toda vez que se utiliza para ello el sistema “CAU” proporcionado por el concesionario, como se presenta en el punto 2 precedente. Por lo tanto se registran las mismas situaciones problema, en cuanto a la imposibilidad de medir la eficiencia y niveles de servicio.

En cuanto al protocolo de solicitudes de equipamiento que utilizan las enfermeras para la reposición de equipamiento, ese sistema no se aprecia eficiente, ya que no optimiza el proceso de adquisición y reposición de equipamiento.

En relación a los programas de mantención preventiva y correctiva de equipamiento, si bien los encargados de operaciones reconocen su existencia y cumplimiento, los clientes internos de dichos programas, es decir las enfermeras, manifiestan lo contrario; una parte significativa de ellas no los consideran eficientes.

f. Sistema de ventilación y clima hospitalario

El hospital presenta un serio problema de diseño y capacidades en cuanto al sistema de ventilación y clima, lo cual se hace crítico en época estival donde la cuenca de Santiago presenta altas temperaturas. Debido a lo anterior se ven comprometidos sectores del piso 2 hacia arriba, afectando a los pacientes hospitalizados y ambulatorios, familiares, público general y a los propios trabajadores del recinto asistencial en cuanto a su rendimiento laboral, siendo una fuente de conflicto permanente con la Dirección.

6.1. Problemas relevantes sujetos a estudio

Teniendo en consideración el objetivo de la presente tesis, los problemas anteriormente definidos se han agrupado de manera tal que puedan ser observados como problemas relevantes en el contexto del objetivo general y los específicos de la presente tesis. Para lo anterior se han tenido presente los siguientes criterios:

1. Que sean problemas que efectivamente tengan relación con la gestión de operaciones del Hospital y que se encuentren relacionados con los servicios prestados por la sociedad cocesionaria.
2. Agrupación de algunos problemas en relación a la misma causa raíz.
3. Problemas relevantes detectados y que afecten la gestión de calidad Hospitalaria y por consiguiente la futura acreditación del centro asistencial.

En efecto los problemas relevantes establecidos, conforme a los criterios precedentes, son los siguientes:

1. Relación comercial Hospital – Concesionario, en el área de operaciones.
2. Medición de niveles de servicios entregados por el concesionario.
3. Integralidad de servicios concesionados que requiere el Hospital.
4. Preparación ante emergencias sanitarias y desastres.
5. Sistema de ventilación y clima hospitalario.

Establecido los problemas relevantes objeto de la presente tesis, a continuación se correlacionarán con lo establecidos para esos efectos en las Bases de Licitación y en el Contrato de Concesiones de los Hospitales de Maipú y La Florida (9, BALI, MOP).

Tabla 7: Primer problema

PROBLEMA RELEVANTE	BASES DE LICITACIÓN
<p>Relación comercial Hospital– Concesionario, en el área de operaciones.</p> <p><i>“El concesionario se comporta de forma monopólica al elaborar presupuestos generalmente a mayor valor que el promedio del mercado”.</i></p>	<p>Las Bases de Licitación establecen que para regular las cotizaciones, el Inspector Fiscal debe solicitar al menos 3 cotizaciones a proveedores externos y fijará el valor del servicio que proporcionará el concesionario al precio de 110% de la cotización externa de menor valor.</p>

Fuente: elaboración propia

Resultado:

Los proveedores externos de servicios no están enviando las cotizaciones que solicita el Inspector Fiscal, toda vez que se han dado cuenta que no compiten por el servicio, sólo resultan ser una fuente de información, para fijar el precio al concesionario. Por lo tanto, al no contar con los presupuestos referenciales, se han tenido que cancelar los valores propuestos por la Sociedad Concesionaria, en desmedro de los intereses del Hospital.

Tabla 8: Segundo problema

PROBLEMA RELEVANTE	BASES DE LICITACIÓN
Medición de niveles de servicios entregados por el concesionario. <i>“El Centro de Atención al Usuario (CAU) no resulta una herramienta objetiva y eficiente para medir los niveles de servicio que entrega la sociedad concesionaria”.</i>	Las Bases de Licitación establecen de manera explícita los niveles de servicio que deben ser cumplidos por la Sociedad Concesionaria, para lo cual debe proporcionar un sistema informático al respecto; en este caso operando a través del Centro de Atención al Usuario (CAU).

Fuente: elaboración propia

Resultado:

De acuerdo a lo indicado por los usuarios del sistema, éste no resulta efectivo para medir los niveles de servicio porque no se ha implementado adecuadamente; más aún al revisar los registros del CAU por parte de los encargados de Operaciones, queda en evidencia que existe una cantidad importante de registros de incidencias mal efectuadas o sencillamente mal cerradas. Lo anterior hace que sea imposible determinar fehacientemente si la medición del nivel de servicio con base en el registro del CAU corresponde fielmente al verdadero nivel de servicios entregado por la sociedad concesionaria.

Tabla 9: Tercer problema

PROBLEMA RELEVANTE	BASES DE LICITACIÓN
Integralidad de servicios concesionados que requiere el Hospital. <i>“Ante necesidades de servicios adicionales que requiere el Hospital, la administración tiene que recurrir a proveedores externos toda vez que la sociedad concesionaria no los presta”.</i>	Las Bases de Licitación fijan de manera precisa los servicios que debe prestar la Sociedad Concesionaria.

Fuente: elaboración propia

Resultado:

Al establecerse en las Bases de Licitación de manera precisa los servicios que se deben proporcionar, no se otorga flexibilidad para integrar otros servicios, de acuerdo a las necesidades hospitalarias. Como los hospitales son organizaciones complejas, donde hay una serie de procesos productivos de salud y de apoyo, es habitual que se requieran servicios adicionales que los hospitales de administración tradicional suplen con procesos licitatorios. En el caso de los hospitales concesionados al no estar establecido un mecanismo al respecto, obliga a la administración hospitalaria a licitar los servicios requeridos en el mercado, por lo tanto entran otros proveedores de servicios, independientes a la sociedad concesionaria, desnaturalizando el sentido de la concesión de los servicios de apoyo en un solo proveedor.

Tabla 10: Cuarto problema

PROBLEMA RELEVANTE	BASES DE LICITACIÓN
<p>Preparación ante emergencias sanitarias y desastres.</p> <p><i>“Ante la necesidad de reconversión de camas y/o servicios, para enfrentar emergencias sanitarias o desastres, la administración debe recurrir a proveedores externos, toda vez que la sociedad concesionaria no los ejecuta”</i></p>	<p>Las Bases de Licitación no consideran de manera específica un procedimiento ad hoc ante situaciones de emergencias sanitarias y desastres, teniendo que someterse la administración hospitalaria al procedimiento estipulado, para condiciones de funcionamiento habitual.</p>

Fuente: elaboración propia

Resultado:

La situación precedente, indudablemente resulta un problema para la administración hospitalaria para poder enfrentar situaciones excepcionales que un centro de salud terciario público debe poder resolver con oportunidad y eficacia, por lo tanto es posible señalar que en el modelo de concesiones hospitalarias existe una ausencia de una visión sanitaria para la gestión. Las bases de licitación no contemplaron la necesaria y suficiente flexibilidad para estos casos, los cuales si bien algunos son excepcionales, otros son recurrentes, como las campañas de invierno y focos de epidemias.

Tabla 11: Quinto problema

PROBLEMA RELEVANTE	BASES DE LICITACIÓN
Sistema de ventilación y clima hospitalario. <i>“El Hospital no está climatizado, con excepción de las unidades asistenciales y de apoyo que lo requieren por autorización sanitaria, teniendo negativos efectos sobre los usuarios, público en general y funcionarios”</i>	Las bases de licitación sólo consideran como obligación de la sociedad concesionaria la operación y mantención de los equipos de clima que se complementaron en el diseño y construcción del hospital.

Fuente: elaboración propia

Resultado:

Los problemas de climatización del Hospital de La Florida que afectan a los pacientes, público en general y a los propios funcionarios principalmente en épocas estival, resultan de un problema de diseño del recinto asistencial toda vez que se contempló en el proyecto, un sistema de enfriamiento estructural apoyado por una capa exterior de policarbonato en sectores de alta reflexión del sol, el cual no dio los resultados esperados, alcanzando el hospital en los meses de noviembre a marzo, desde el 2do piso hacia los pisos superiores, altísimas temperaturas.

6.2 Respetto de la gestión de calidad y acreditación del Hospital La Florida

Si tomamos en cuenta lo tratado en el marco teórico en cuanto a que la calidad en salud según el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005 tiene como función por una parte “establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud”, con el objetivo de “garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida” y por otra parte, con el propósito que los prestadores de salud se “acrediten” para poder otorgar las “prestaciones establecidas en el marco legal del Plan Garantizado de Salud GES / AUGE”, podemos señalar que todos los hospitales públicos están obligados a acreditarse, de lo contrario no podrán efectuar prestaciones garantizadas por la ley y por consiguiente no tendrán la principal fuente de financiamiento para su funcionamiento, que les otorga el Fondo Nacional de Salud (FONASA)

contra prestaciones valoradas, efectuadas y debidamente registradas, recibiendo solamente el presupuesto de prestaciones institucionales o no contempladas en el GES.

En efecto, el Hospital de La Florida se encuentra iniciando el proceso de acreditación, para lo cual deberá someterse en el mediano plazo y a través de un consultor certificado ante la Superintendencia de Salud, al método reconocido de evaluación externa, donde se deberá verificar que la totalidad de la organización asume y cumple el conjunto de estándares previamente establecidos y que se materializa a través del correspondiente certificado de garantías.

En el caso de la “gestión de operaciones” que es la materia de la presente tesis, los estándares que lo involucran y que debe gestionar de manera directa son “el estándar seguridad del equipamiento” y la “estándar seguridad de las instalaciones”, ambos tratados en detalle en el marco teórico de la presente tesis y de manera transversal con toda la organización, el “estándar gestión de calidad”. En consecuencia, los “problemas relevantes” tratados precedentemente, si no se resuelven de manera oportuna y efectiva, indudablemente influirán de manera negativa en la evaluación del hospital ante la entidad acreditadora o al menos, obligará a que se solucionen mediante un “plan de mejoras” y que deberá cumplirse en los plazos estipulados.

QUINTA PARTE

Propuesta de soluciones y conclusiones

7. Algunas Propuestas de Solución o de Gestión a los Problemas Relevantes

Teniendo en consideración que los Hospitales Públicos de alta complejidad como es el caso del Hospital La Florida son organizaciones por definición complejas, donde permanentemente hay escasez de recursos y necesidades múltiples, sumado a que en este caso en particular se trata de un centro hospitalario regido bajo el modelo de gestión concesionado, tenemos que considerar esas condicionantes para presentar a continuación algunas propuestas o ideas de solución, que contribuyan a la mejor gestión en el área de operaciones.

1) Relación comercial Hospital – Concesionario, en el área de operaciones.

Se propone que el Inspector Fiscal en conjunto con la Sociedad Concesionaria y la Administración del Hospital, representado por el Subdirector Administrativo, revisen el listado de trabajos y servicios que proporciona el concesionario y de común acuerdo fijen a precio promedio de mercado los precios a cobrar y mediante una revisión periódica ajustar los precios en relación al IPC.

Lo precedente implicará a través de los mecanismos correspondientes que el Ministerio de Obras Públicas (MOP) a través de la Unidad de Concesiones, modifique el respectivo reglamento en lo concerniente a esta materia, con el fin de integrar la metodología acordada y eliminar el método de tres presupuestos externos, para fijar el precio promedio a cobrar por parte del concesionario.

2) Medición de niveles de servicios entregados por el concesionario.

Teniendo en consideración que para la medición de los niveles de servicios, por reglamento de concesiones, la sociedad concesionaria es la responsable la implementación del sistema informático correspondiente, conocido en este caso en particular como “*Centro de Atención al Usuario (CAU)*”, la Dirección del Hospital a través del Subdirector Administrativo debería solicitarle al Inspector Fiscal que obligue al concesionario en un plazo determinado, en cuanto a incorporar las modificaciones necesarias y suficientes al sistema informático que permita efectivamente lo siguiente:

- a. Un registro efectivo como completo de incidentes y solicitudes de servicios.

- b. Un registro confiable del registro de los tiempos de respuesta en cuanto a evaluación de la situación y por otra parte en cuanto a la solución efectiva de la situación notificada.
- c. Un monitoreo del sistema por parte del Inspector Fiscal y del Subdirector administrativo del Hospital en cualquiera de sus fases.
- d. Un semáforo de alerta de cumplimiento y de incumplimientos, por parte del concesionario, respecto a los incidentes y solicitudes de servicios.
- e. Una señal de aviso en el caso de que algún incidente o servicio notificado, no correspondiera por contrato de concesión, que lo resuelva el concesionario.

La propuesta precedente junto con buscar hacer del sistema CAU una herramienta de gestión efectiva para el cliente interno; tiene por finalidad a la vez:

- a. Que el concesionario cumpla a cabalidad con sus obligaciones de servicios.
- b. Que el usuario interno de los servicios concesionados confíe en la herramienta de gestión para esos efectos.
- c. Que el Inspector Fiscal y la Administración del Hospital puedan efectivamente contar con la herramienta o sistema de información necesario, que permita la evaluación del concesionario en relación a sus obligaciones contractuales y aplicar el sistema de premios y/o castigos que por reglamento corresponde aplicar a los pagos por contrato.

3) Integralidad de servicios concesionados que requiere el Hospital.

Se propone que el Inspector Fiscal en conjunto con la Sociedad Concesionaria y la Administración del Hospital, efectúen un estudio de los servicios más recurrentes que se requieren y que no estén considerados en el contrato original, con el fin de que a través de la Unidad de Concesiones del MOP se empleen los mecanismos de ampliación del contrato e incorporarlos, para poder ser proporcionados por el concesionario a valores de mercado.

Lo anterior junto con ampliar los servicios que requiere el Hospital para su funcionamiento, permitiría:

- a. Evitar la entrega de trabajos o servicios por otros prestadores, ya que a posterior no quedan integrados a la mantención y respaldo de funcionamiento por parte del concesionario.

- b. Someter el máximo de necesidades del Hospital a un sistema que es estándar, expedito y regulado en precio como calidad por el contrato de concesiones respectivo, evitando procesos administrativos de compras públicas adicionales.
- c. Integrar esos trabajos o servicios al sistema “Centro de Atención al Usuario (CAU)”.

4) Preparación ante emergencias sanitarias y desastres.

Se propone que la Administración del Hospital en conjunto con el Inspector Fiscal presenten al MOP una solicitud para que la Unidad de Concesiones incorpore al contrato respectivo, un procedimiento ad hoc y expedito para permitir al Hospital de manera rápida y efectiva, de forma preferente, con los propios servicios del concesionario, adaptar los servicios para enfrentar contingencias (emergencias sanitarias y/o desastres naturales), que sea proactivo y evite procedimientos reglamentarios que requieren de protocolos administrativos con tiempo amplios de ejecución. Lo precedente está en directa concordancia con lo que habitualmente hace el Estado en la administración tradicional no concesionada, para accionar frente a ese tipo de escenarios, permitiendo que los servicios públicos accionen presupuestariamente vía excepción, generalmente sólo con tres cotizaciones para proveerse de insumos y servicios, mientras esté vigente la medida de excepción, evitando el sistema de compras públicas pero registrando en ese mismo sistema, las compras excepcionales y las tres cotizaciones que se tuvieron a la vista para ejecutarlas.

5) Sistema de ventilación y clima hospitalario.

Teniendo en consideración que la problemática del Hospital en cuanto a ventilación y clima, obedece a un problema de diseño del proyecto, el cual sólo consideró con climatización aquellas unidades y servicios que por norma sanitaria lo requieren, lo cual además fue sometido a las evaluaciones respectivas por parte de la Dirección de Obras del MOP y de la Unidad de Concesiones del mismo Ministerio, además de la participación del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, no hay por consiguiente responsabilidad al respecto de la Sociedad Concesionaria en la construcción del hospital, por lo tanto la solución es motivo de un nuevo proyecto complementario. En consecuencia, se propone lo siguiente:

- a. Presentar la situación al MOP y MINSAL por parte del Inspector Fiscal, Dirección del Hospital y el Servicio de Salud respectivo, en este caso, el Sur Oriente, en el sentido que el Hospital requiere ser climatizado.
- b. Elaborar un proyecto primario, con el fin de determinar las necesidades de clima, que permitan establecer un presupuesto inicial de ejecución.
- c. Que posteriormente el MINSAL y el MOP soliciten al Ministerio de Hacienda los recursos presupuestarios, para lo cual la iniciativa debe ser ingresada al banco de proyectos de la Dirección de Presupuestos (DIPRES).
- d. Una vez incorporado los recursos a la Ley de Presupuesto, el MOP debe desarrollar la ingeniería de detalle del proyecto de climatización.
- e. Posteriormente se debe licitar la ejecución de obras o ser ejecutado por la Sociedad Concesionaria, si el sistema de concesiones lo permite.

Se hace presente que la solución al problema de climatización y ventilación del Centro Asistencial, por la magnitud de obras (estructurales, energía y ductos), implica tiempos amplios de planificación y ejecución, por lo tanto la Administración hospitalaria debe considerar lo precedente y continuar aplicando las medidas de mitigación necesarias, mientras se materializa la solución definitiva.

8. Conclusiones

- 1) La política pública de Hospitales Concesionados implementada bajo el primer período presidencial de la Presidenta Michelle Bachelet, que dice relación respecto a concesionar la construcción de recintos hospitalarios a privados, a cambio de entregar en concesión los servicios no clínicos y otros de apoyo como seguridad, estacionamientos, alimentación y casinos, por los cuales se cancela a través de subsidios a la construcción y a la operación respectivamente, conforme a lo estipulado en las bases de licitación, por un período de años determinado, en el caso particular de los Hospitales de la Florida y Maipú -los primeros implementados en esa modalidad- por 15 años, es un modelo que tiene como opción la construcción tradicional de recintos asistenciales donde el Estado asume la construcción, implementación y funcionamiento de los recintos asistenciales directamente con medios y recursos públicos.
- 2) En ambos modelos, la gestión asistencial y la administración de los recintos asistenciales es de responsabilidad pública, por lo tanto es posible afirmar que las problemáticas asistenciales y de escasez del recurso profesional médico son similares, ya que a ambos les afecta la situación del mercado laboral, principalmente de profesionales médicos especialistas. La diferencia fundamental radica en que, en el caso de la construcción y administración tradicional, el Estado debe contar con los recursos necesarios para financiar integralmente los proyectos hospitalarios, lo cual no es menor considerando los altos costos que involucra; en el caso del modelo concesionado el proyecto de construcción es financiado por privados que se han constituido como empresas para participar en las respectivas licitaciones, por lo tanto el Estado puede usar esos recursos en otras políticas públicas, que requiera la población.
- 3) Hacer una evaluación de una política pública de manera integral, en este caso de las concesiones hospitalarias, a nuestro juicio resultaría muy temprano aún, toda vez

que ambos hospitales concesionados iniciaron sus operaciones recién a fines del año 2013. No obstante lo anterior, sí es posible hacer una revisión específica de cómo se encuentra funcionando el modelo implementado, en este caso en el área de operaciones, con el objeto de poder corregir desviaciones, complementar la política pública según las necesidades y experiencias de gestión en el tiempo, para hacerla cada vez más práctica, completa y eficiente, teniendo en consideración como ya se ha mencionado, que en el corto y mediano plazo al menos tres hospitales se integrarán al sistema público bajo el modelo de concesiones; el Hospital Regional de Antofagasta, el Hospital Félix Bulnes Cerda y el Hospital El Salvador.

- 4) Es menester señalar por otra parte que la experiencia chilena en concesiones de obras públicas, estaba circunscrita a la construcción y operación de carreteras interurbanas y cárceles, por lo tanto aplicar el modelo y su reglamento a sistemas complejos como lo son los hospitales públicos, resultaba algo diferente y por lo tanto había que adaptar el modelo para la aplicación en ese tipo de organizaciones. Es ahí donde para nosotros los alumnos tesis, resultó un desafío evaluar el modelo de concesiones hospitalarias en la gestión de operaciones, ya que es en esa área donde la gestión e interacción entre los cuatro principales actores de la concesión, es decir los clientes internos, la administración hospitalaria, el inspector fiscal y el concesionario, interactúan de manera directa y permanente, para dar el apoyo y el sustento al funcionamiento de los servicios productivos de salud.
- 5) A raíz de los resultados alcanzados, podemos afirmar que el modelo de concesiones hospitalarias en la gestión de operaciones, debe ser revisado en cuanto a su reglamento y modelos contractuales, para aplicar las lecciones aprendidas obtenidas de la experiencia de funcionamiento de los hospitales de La Florida y Maipú, tanto para mejorar la gestión en esos recintos asistenciales, como también en los tres hospitales en construcción bajo el mismo modelo, ya descritos precedentemente. Es en esa línea de trabajo que en esta tesis se determinaron los problemas relevantes en la gestión de operaciones y las soluciones propuestas en cada caso en particular

en el punto 7 precedente, aplicando nuestra formación como administradores públicos, el conocimiento profesional y experiencia laboral de años en el área.

- 6) Independiente de la discusión propia en democracia, con los componentes ideológicos que tiene tanto en los que apoyan esta política pública, por cuanto observan como positivo que capitales privados participen en la gestión pública y entre quienes la rechazan porque no concuerdan que privados obtengan utilidades en áreas que consideran propias del Estado, nosotros los alumnos tesistas estimamos como positivo que el Estado tenga herramientas alternativas para usar como lo es el sistema de concesiones, en proyectos de presupuestos y costos considerables como lo es la construcción y operación de hospitales públicos de alta complejidad, para satisfacer las necesidades de salud de la población más desprotegida del país, frente a la escasez de recursos y necesidades múltiples, destinando recursos públicos a otras prioridades país.

9. Bibliografía

1. Ministerio de Obras Públicas, Decreto Supremo MOP N° 900 de 1996; “Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del D.F.L. MOP N° 164 de 1991, Ley de Concesiones de Obras Públicas” (Biblioteca del Congreso Nacional)
2. Gamboa, R., &Boeninger, E. (2007). Políticas Públicas en Democracia. Institucionalidad y experiencia chilena 1990-2006.CIEPLAN.
3. Olivarra, M. (2006). Pobreza y acceso a los programas sociales: Gestión y política Pública. Volumen XV.
4. MINSEGPRES (2006), Reforma del Estado en Chile, 1990 – 2006.
5. López, A. L. (2003). La Nueva Gestión Pública: algunas precisiones para su abordaje conceptual. INAP,Serie I, Desarrollo Institucional y Reforma del Estado, Documento N° 68, 2003.
6. Artaza, O., Bustamante, M., & Ordoñez, I. (2004). Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión Andina. *ORAS CONHU*.
7. Ley N° 19966, Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de Septiembre del 2004.
8. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud (2008). Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales, Establecimientos de Atención Cerrada.
9. MOP (2009). Bases de Licitación del Hospital la Florida y Maipú, Programa de concesiones de Infraestructura Hospitalaria.

10. Anexos

Anexo 1: Entrevista Sud-director

Entrevista: Sub-director administrativo

Entrevista con preguntas abiertas y cerradas, las cuales serán centradas en los siguientes temas:

- Relaciones del Hospital con el concesionario en el área de operaciones
- Adquisición y reposición del equipamiento
- Mantención de la infraestructura
- Planes de emergencia

La entrevista se realizará de manera oral en una reunión programada. Las respuestas dadas por el jefe de operaciones se apuntarán y se entregarán a modo de conclusiones. (Tiempo estimado de la entrevista: 20-30 minutos)

1. ¿Cómo calificaría UD los niveles de servicio que provee la sociedad concesionaria en el área de operaciones?
2. ¿Según sus antecedentes el CAU (Centro de Atención Usuario); es decir el sistema informático que la sociedad concesionaria coloca a disposición para el registro de incidencias y medición de los niveles de servicio, es eficiente?
3. El sistema señalado en el punto precedente según su apreciación, ¿requiere de modificaciones para su mejor operación? ¿Cuáles?
4. El contrato de concesión, considerando el tiempo transcurrido de funcionamiento, ¿cumple con todas las necesidades que requiere un hospital concesionado en el área de operaciones?, si no cumple con las necesidades, ¿puede exponer las que según UD son las más relevantes?
5. Desde el punto de vista de la gestión asistencial, el contrato de concesión ¿considera la visión sanitaria para la gestión de la concesión?; ¿cuáles faltarían?
6. ¿Existen trabajos de empresas distintas a la concesión ante emergencias?; ¿Qué ocurre en esos casos respecto a la concesión?
7. ¿Hay problemas de climatización en el hospital?, ¿es posible exigirle al concesionario su solución, en las condiciones contractuales actuales?

Anexo 2: Entrevista Jefe de operaciones

Entrevista: Jefe de operaciones

La entrevista se realizará al jefe de operaciones del Hospital La Florida. Es una entrevista con preguntas abiertas y cerradas, las cuales serán centradas en los siguientes temas:

- Adquisición y reposición del equipamiento
- Mantenimiento de los equipamientos
- Protocolos y respuestas ante situaciones de fallos
- Mantenimiento de la infraestructura
- Planes de emergencia

La entrevista se realizará de manera oral en una reunión programada. Las respuestas dadas por el jefe de operaciones se apuntarán y se entregarán a modo de conclusiones.

Tiempo estimado de la entrevista: 30-45 minutos

Preguntas guías a abordar:

En relación a la infraestructura e instalaciones del Hospital La Florida:

1. ¿Existe un programa de inspección de la infraestructura y planta física?
2. ¿Existe un programa de inspección de equipamiento complementario? (puertas, ventanas, llaves de seguridad, luminaria, etc.) y si existen, ¿se cumplen?
3. ¿Según sus antecedentes el CAU (Centro de Atención Usuario); es decir el sistema informático que la sociedad concesionaria coloca a disposición para el registro de incidencias y medición de los niveles de servicio, es eficiente?, ¿cómo son los plazos de respuesta?, ¿se cumplen?
4. El sistema señalado en el punto precedente según su apreciación, ¿requiere de modificaciones para su mejor operación? ¿Cuáles?
5. ¿Cómo calificaría UD los niveles de servicio que provee la sociedad concesionaria en el área de operaciones?
6. ¿Hay problemas de climatización en el hospital?, ¿percibe una solución al corto plazo?

En cuanto a la adquisición y reposición de equipamiento del Hospital por parte de los servicios clínicos:

7. ¿Existe un protocolo establecido para evaluar la reposición de equipamiento, que resguarde las especificaciones técnicas requeridas, la calidad, servicios de post venta y seguridad de los mismos?
8. ¿Existe, dentro del CAU, la posibilidad de reportar fallos o indicar la necesidad de reposición de equipamiento?, ¿cómo son los plazos de respuesta?, ¿se cumplen?
9. ¿Existe un programa de mantenimiento correctivo y preventivo del equipamiento?, ¿se cumple en los tiempos dispuestos?
10. ¿Se exige y controla que los proveedores de equipamiento cumplan con el soporte técnico establecido en las respectivas bases de licitación?
11. En cuanto a los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes, ¿Están instalados según las especificaciones técnicas del proveedor?
12. ¿Hay un programa de control periódico del equipamiento, alimentación eléctrica, redes de gases clínicos, agua potable y clima en el sector de empleo de estos?

En relación a situaciones de emergencia o siniestros:

13. ¿Existen planes de emergencias?, ¿están debidamente protocolizados?
14. ¿Existen trabajos de empresas distintas a la concesión ante emergencias?; ¿Qué ocurre en esos casos respecto a la concesión?
15. ¿Se cuenta con al menos los siguientes planes de emergencia o anexos al plan de seguridad matriz?:
 - Plan contra incendios
 - Plan ante sismos u otros desastres naturales
 - Plan ante anegamiento o inundaciones
 - Plan de evacuación del edificio
 - Plan de enlace de autoridades y personal crítico del hospital
16. Los planes de emergencia ¿se encuentran permanentemente actualizados?
17. ¿Se cumplen las acciones preventivas de los planes de emergencia por parte de los responsables?
18. ¿Hay un programa de pruebas y ejercicios de los planes de emergencia?

19. ¿Se cuenta con un registro de los ejercicios y resultado de estos?

En cuanto a señalética de circulación externa y accesos.

20. El hospital ¿cuenta con señalética completa y en norma?, ¿es inspeccionada periódicamente?

En cuanto a las instalaciones que se encuentran en contacto directo con los pacientes, cómo lo son las unidades críticas (UCI, UTI, Urgencias, pabellones quirúrgicos), salas de esperas, baños de uso público, etc.

21. ¿Existe un programa de inspección de estas instalaciones?

22. De acuerdo al resultado de inspección ¿se adoptan y protocolizan las medidas correctivas si es del caso?, ¿se cumple con los tiempos de respuesta?

Anexo 3: FocusGroup

Focusgroup: Encargados de provisión de servicios

El focusgroup se realizará a un grupo de encargados de controlar la provisión de servicios, dependientes de la Unidad de Operaciones. Tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos en donde se plantearán las siguientes preguntas permitiendo la opinión personal y la discusión grupal. Las respuestas obtenidas se apuntarán y entregarán a manera de conclusiones.

1. ¿Cómo calificarían UD's los niveles de servicio que provee la sociedad concesionaria en el área de operaciones?
2. Según los antecedentes que manejan, ¿el sistema informático que la sociedad concesionaria coloca a disposición para el registro de incidencias y medición de los niveles de servicio, es decir el CAU (Centro de Atención Usuario); es eficiente?
3. El sistema señalado en el punto precedente según la apreciación de UD's, requiere de modificaciones para su mejor operación? ¿Cuáles?
4. ¿El sistema de climatización del hospital, es eficiente?, ¿qué problemas presenta?
5. ¿Cómo aprecian la relación con los pares de la concesión a los cuales deben solicitar y controlar los servicios necesarios, según contrato?

Anexo 4: Encuesta Evaluación Enfermeras

ENCUESTA DE EVALUACIÓN: ENFERMERAS SUPERVISORAS

Esta encuesta está organizada por alumnos de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Tiene como objetivo evaluar los servicios recibidos que están a cargo del área de operaciones del Hospital de La Florida. Esta encuesta es anónima. Muchas gracias por su opinión.

¿Qué tan de acuerdo está usted con las siguientes afirmaciones? (Marque una casilla por pregunta)

Aspecto a evaluar	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Adquisición y reposición de equipamiento del Hospital por parte de los servicios clínicos					
Existe un protocolo establecido para solicitar la adquisición o reposición de equipamiento					
Se le ha informado del protocolo, conoce el protocolo a cabalidad y lo puede consultar cada vez que lo requiere					
Usted utiliza (o está al tanto de que se utiliza) ese protocolo establecido cada vez que se requiere adquirir o reponer equipamiento					
El protocolo establecido es útil y optimiza el proceso de adquisición o reposición de equipamiento					
Programas de mantenimiento a los equipos y respuestas ante situaciones de fallo					
Existe un programa de mantenimiento correctivo y preventivo de los equipamientos					
Existe un protocolo de operación del equipamiento y usted lo conoce a cabalidad					
Cada vez que un equipamiento falla se informa del mismo mediante el CAU (Centro de Atención Usuario), es decir, el sistema de registro de incidencia y de medición de niveles de servicios que la sociedad concesionaria coloca a disposición.					
Situaciones de fallos en la infraestructura o instalaciones del Hospital					
Se utiliza el CAU (Centro de Atención Usuario) para reportar fallos relacionados a infraestructura o instalaciones					
Existen planes de emergencia ante situaciones de fallo en la infraestructura e instalaciones y usted los conoce a cabalidad					
Existen señaléticas óptimas de circulación y evacuación ante emergencias					
Las señaléticas de circulación y los accesos son inspeccionados periódicamente y se encuentran en óptimas condiciones					
Considera efectivo el sistema de solicitud y respuesta frente a necesidades en el área de operaciones, producto de emergencias sanitarias					
Instalaciones que se encuentran en contacto directo con los pacientes, cómo lo son las unidades críticas (UCI, UTI, Urgencias, pabellones quirúrgicos), salas de esperas, baños de uso público, etc.					
Existe un programa de mantenimiento preventivo y de inspección de estas instalaciones					
La inspección de las instalaciones dan como resultado un funcionamiento óptimo de las mismas ya que se adoptan medidas correctivas en el caso de que se requieran					
Los tiempos de respuesta y aplicación de medidas correctivas ante situaciones de fallo son mínimos					

Evalúe con nota de 1 a 7 (donde 7 es la mejor nota) los siguientes aspectos:

Aspecto a evaluar	Nota
Evalúe la respuesta que generalmente entrega el organismo encargado ante una situación de <u>fallo de un equipamiento</u> en cuanto a:	
Calidad de la respuesta (la respuesta fue oportuna y solucionó el problema)	
Tiempo de respuesta	
Comunicación establecida entre usted y el organismo encargado al momento de reportar el fallo	
Funcionamiento general del CAU (Centro de Atención Usuario)	
Evalúe la respuesta que generalmente entrega el organismo encargado ante una situación de <u>fallo de infraestructura e instalaciones</u>, en cuanto a:	
Calidad de la respuesta (la respuesta fue oportuna y solucionó el problema)	
Tiempo de respuesta	
Comunicación establecida entre usted y el organismo encargado al momento de reportar el fallo	
Evalúe el siguiente aspecto de las instalaciones en general	
Climatización del Hospital	

Anexo 5: Resultado encuesta enfermeras

	Primera parte				Segunda parte				Tercera parte				Cuarta parte										
	1	2	3	4	5	6	7	8.a	8.b	8.c	8.d	9	10	11	12	13	14.a	14.b	14.c	15	16	17	18
enfermera 1	1	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	3	2	4
enfermera 2	4	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	2	3
enfermera 3	3	3	4	3	4	4	3	4	2	3	3	4	4	4	4	2	4	2	3	3	4	3	3
enfermera 4	2	4	4	2	3	4	4	4	3	4	2	3	4	2	4	2	3	3	4	4	3	2	2
enfermera 5	3	4	4	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	5	3	4	2	3	4	4	3	4	2
enfermera 6	4	3	5	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	2	3	5	4	2	3
enfermera 7	4	3	4	2	4	4	4	3	3	5	4	4	4	4	4	2	4	2	4	3	4	2	2
enfermera 8	4	2	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	1
enfermera 9	3	4	5	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	2	5	3	4	4	4	3	2	3
enfermera 10	3	4	3	3	3	2	2	4	2	3	3	4	2	3	3	4	2	3	4	3	4	3	2
enfermera 11	4	3	4	3	4	4	4	5	3	5	2	4	4	4	3	2	4	2	5	4	3	2	2
enfermera 12	4	4	4	2	3	4	4	4	3	5	3	5	3	3	4	3	2	4	3	2	4	3	1
enfermera 13	5	4	4	2	3	3	4	5	4	4	3	4	4	4	4	2	3	4	3	3	4	3	3
enfermera 14	3	3	5	3	2	4	5	4	3	4	3	4	4	4	4	2	3	4	4	2	4	4	3
enfermera 15	2	4	4	3	4	3	3	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	3	4	4	4	2	2
enfermera 16	4	3	4	4	3	5	3	5	4	3	2	4	4	5	3	4	2	4	2	4	2	3	2
enfermera 17	4	4	4	4	3	4	4	5	3	4	4	4	2	4	4	3	2	4	3	3	3	1	4
enfermera 18	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	2	3	2	3	2	4	2	3
enfermera 19	4	4	5	3	3	4	4	5	2	4	3	4	4	4	4	2	3	3	3	4	3	2	3
enfermera 20	3	3	4	2	4	5	4	6	3	3	3	4	4	4	4	3	2	2	4	4	2	3	2
enfermera 21	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	5	4	3	2	4	3	2	2	2
enfermera 22	4	4	4	4	4	3	3	5	2	5	4	5	4	4	4	3	4	2	5	2	4	2	3
enfermera 23	4	4	4	3	3	3	5	5	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3
enfermera 24	4	4	4	3	2	2	4	4	3	4	3	4	4	4	4	2	4	3	4	3	3	3	2
enfermera 25	4	2	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	2	3	2	4	2	3	2	4
enfermera 26	4	3	3	2	4	4	4	5	3	3	3	3	4	4	5	2	3	2	3	2	4	2	3
enfermera 27	3	3	4	4	4	5	3	6	2	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	4	2	3	3
enfermera 28	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	2	4	2	4	4	3	2	2
enfermera 29	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	3	2
enfermera 30	4	4	4	3	4	4	4	4	3	5	3	4	4	4	4	2	3	3	4	2	4	2	2

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
5	4	3	2	1