



ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA
TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERO DE EJECUCION EN GESTION PÚBLICA

**“EVALUACIÓN DE SISTEMA DE RECAUDACIÓN
DE LA UNIDAD DE TESORERÍA CENTRAL
DEL DEPARTAMENTO DE COMERCIALIZACION
DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO”**

Alumnas:

Maritza Estay Cortés

Esmeralda Vásquez Fuentes

Profesor Guía:

Juan A. Bravo Sandoval

Santiago, 8 Abril 2014

Agradecimientos

A través de estas líneas quisiera expresar mis más sinceros agradecimientos por el apoyo incondicional que tuvimos de nuestros profesores, en especial por el profesor guía Juan Bravo quien nos orientó en diferentes ocasiones cuando estábamos sin aliento de no continuar por esta senda, dándonos la fuerza suficiente para seguir luchando por nuestros objetivos, que algún día no muy lejano se verá convertido en realidad. Además no puedo dejar de nombrar a nuestro Dios, porque si no hubiera sido por él no hubiera conocido la Universidad Academia de Humanismo Cristiano y menos a todo el grupo de profesores, que aparte de entregarnos los conocimientos en la materia de nuestra profesión “Ingeniería de Ejecución en Gestión Pública” transmitiéndonos lo más importante, la formación humana y valórica que debo poseer como persona y futura profesional.

Finalmente muy sinceramente agradecer el apoyo que me brindaron mis queridos hijos; Cassandra y Alejandrito, que él a pesar de sus escasos años, podía comprender los días de ausencia, siendo ellos los más grandes sostenedores de este largo caminar lleno de desafíos para lograr así en un futuro muy próximo convertirme en una profesional de calidad y formación valórica única.

Esmeralda Vásquez Fuentes.

Agradecimientos

Quisiera aprovechar en esta oportunidad para agradecer desde lo más profundo de mi corazón al profesor guía el señor Juan Bravo, por haberme dado la oportunidad de guiarnos en el desarrollo de este proyecto enfocado a la mejora de un servicio público como es el Hospital Roberto del Río, porque si no hubiera sido por su primordial apoyo y buena predisposición no habiéramos podido lograr la concretación de este trabajo.

Es importante destacar del orgullo que nos invade en este momento al haber elegido una carrera con tanta envergadura, como lo es “Ingeniería de Ejecución en Gestión Pública” y mas aún haber estudiado en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano diferenciada de las otras universidades, no solo por los conocimientos entregados, si no por su gran capital humano que lo conforman.

Además quisiera aprovechar esta oportunidad para agradecer en forma muy especial a mi querida madre ya que en todo momento me dio la fortaleza para seguir adelante en esta senda del conocimiento.

Por otro lado no podría dejar de nombrar a mi querido hijo Alexis por darme toda la energía para terminar esta etapa tan importante en mi vida, verme convertida en una profesional de calidad.

Maritza Estay Cortés.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES INSTITUCIONALES GENERALES	9
1.1 Conceptualización de la institución	9
1.2 Objetivos Institucionales	10
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1 Descripción del Problema.....	12
2.1.1 Delimitación	13
2.1.2 Limitaciones	13
2.2 Antecedentes del Problema	13
2.3.- Falencias en el Área de Gestión Clínica.....	14
2.3 Justificación	20
2.4 OBJETIVOS	22
2.4.1 Objetivo General.....	22
2.4.2 Objetivos Específicos	22
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	23
3.1 La Modernización del Estado.....	24
3.1.1 Reforma del Estado y modernización de la gestión pública en Chile	25
3.1.2 Modernización del Estado en Chile.....	26
3.1.3 La Modernización de la Gestión Pública: el origen en el contexto democrático.	27
3.2 Autogestión en las instituciones del sector público	30
3.2.1 Hospitales Autogestionados	31
3.2.2 Surgimiento de los Hospitales Autogestionados	33
3.2.3 Metodología de los Hospitales Autogestionados.....	34
3.2.4 Las ventajas de los Hospitales Autogestionados	36
3.2.5 Las desventajas de los Hospitales Autogestionados:.....	37
3.2.6 Hospitales Mixtos	37

3.3 Principales Agentes del Sistema	38
3.3.1 Ministerio de Salud.....	38
3.3.2 Instituto de Salud Pública	38
3.3.3 FONASA	39
3.3.4 ISAPRE	39
3.4 Proceso de reforma de la Autogestión.....	41
3.4.1 Factores Dependientes de la Gestión Administrativa.....	42
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	45
4.1 Tipo de Investigación	45
4.2 Instrumentos Metodológicos Usados	45
4.3 Población y Muestra	45
4.4 Unidad de Estudio:	46
CAPÍTULO V: DESARROLLO	47
5.1 Análisis del Departamento de Comercialización	47
5.1.1 Modelo de gestión del Departamento de Comercialización.....	47
5.1.2 Objetivos del sistema de Recaudación de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización (2010 a la fecha).....	48
5.1.3 Tipos de Usuarios/clientes.....	49
5.1.4 Procedimiento de recaudación.....	50
5.2 Análisis de Entrevista	58
5.3 Análisis de Encuesta	65
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	72
6.1 Desventajas del Modelo	73
6.2 El Sistema de Recaudación de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización.....	74
6.3 Encuesta a usuarios	76
6.4 Entrevista a Funcionarios	77
CAPÍTULO VII: PROPUESTAS.....	79

7.1 Propuestas para la Mejora de la Gestión	79
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS.....	83

INTRODUCCIÓN

La presente tesis, destinado a la obtención del título de **Ingeniero de Ejecución en Gestión Pública** tiene por objetivo **evaluar el sistema de Recaudación de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización del Hospital Roberto del Río** en el marco de un modelo de gestión de calidad total.

En el presente trabajo, se encuentra una evaluación general de la estructura de la Unidad de Recaudación Central del Departamento de Comercialización, presentando el marco general del Planteamiento del Problema, exponiendo pertinentemente los antecedentes de la situación, conociendo la organización general del hospital, así como sus principales sistemas. Además se presentarán los objetivos de investigación, general y específicos, para delimitar los márgenes de la investigación y orientar sobre la precisión y acotación del tema.

Posteriormente se expone la estructura básica del Marco Referencial Teórico a utilizar para poder enmarcar una investigación pertinente al proceso de Recaudación, en el contexto de la Gestión de Salud Pública.

Finalmente, se muestra la metodología a utilizar en la presente investigación, considerando tanto el tipo de investigación como las herramientas a utilizar, encuestas aplicadas al usuario externo y entrevistas al usuario interno.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES INSTITUCIONALES GENERALES

“El Hospital de niños Dr. Roberto del Río nació, junto con la Pediatría en Chile, como una respuesta del país a una muy grave epidemia de sarampión a fines de 1900. El presidente de la junta de beneficencia y distinguido comerciante Don Manuel Arriarán y su sobrino Dr. Roberto Del Río, convocaron a médicos a trabajar en favor de los niños enfermos en dependencias de una casa de ejercicios de la congregación de las “Hijas de San José Protector de la infancia”¹.

Su inauguración fue el 5 de Enero de 1901, abriendo sus puertas y dando alivio y mejora a los niños y niñas de nuestro país.

Esta institución se encuentra geográficamente situada en la zona norte de la Región Metropolitana, comuna de Independencia y depende Administrativamente del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

1.1 Conceptualización de la institución

Visión: Ser el Hospital Líder en Salud Infantil de Alta Complejidad en Chile².

Misión: Brindar una atención integral de salud, oportuna, efectiva, alegre, con calidad y calidez; en un ambiente agradable y adecuado a las necesidades de toda la población infantil³.

¹ Sitio Web Hospital Roberto del Río, <http://www.hrobertodelrio.cl/>; 12-07-2013, 14:15 horas.

² Sitio Web Hospital Roberto del Río, <http://www.hrobertodelrio.cl/>; 14-07-2013

³ Sitio Web Hospital Roberto del Río, <http://www.hrobertodelrio.cl/>; 14-07-2013

Esta organización basa su éxito en la flexibilidad, contando con la mejor tecnología, enfatizando el trabajo en equipo, con especial preocupación por el desarrollo integral y permanente del recurso humano. Trascendiendo a través de la integración Asistencial – Docente como un centro formador de alta excelencia.”⁴

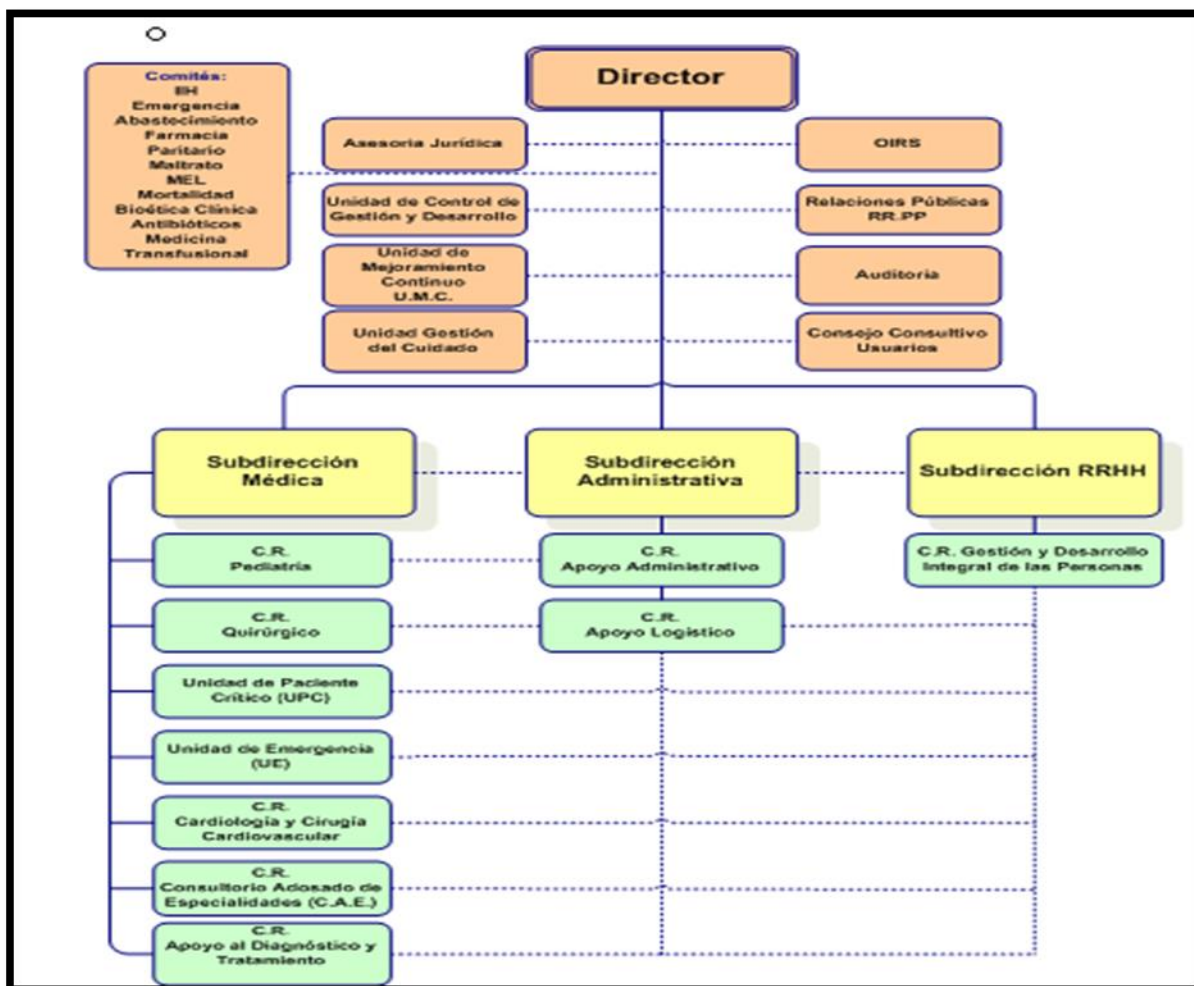
1.2 Objetivos Institucionales

El modelo organizativo que la institución se impuso desarrollar, se viene estableciendo desde hace algunos años; pero sin duda, la promulgación el 24 de Febrero de 2004, de la Ley Nº 19.937 “Ley de Autoridad Sanitaria” es la que fija el rumbo de la salud en Chile.

- Lograr funcionarios Eficientes; Motivados y Comprometidos con el Hospital.
- Lograr un adecuado control y desarrollo de la Gestión Clínica; Financiera y Administrativa que garantice el establecimiento de un sistema de Mejoramiento Continuo.
- Planes en Desarrollo para el Logro del Objetivo.
- Creación y Consolidación de la Unidad de Auditoria con un adecuado Sistema de Control de Gestión Integrado y fiscalizado.

⁴ Sitio Web Hospital Roberto del Río, <http://www.hrobertodelrio.cl/>; 14-07-2013

Figura N°1: Organigrama Institucional⁵



⁵ Sitio Web Hospital Roberto del Río, <http://www.hrobertodelrio.cl/>; 18-07-2013

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del Problema

La **Unidad de Tesorería Central** fue parte del Servicio Orientación Médico y Estadístico (SOME) hasta el año 2000, luego pasó a llamarse Tesorería y se fusionó con el área de Comercialización hasta el año 2005. Luego cambió de nombre a Recaudación y Cobranzas pasando a depender de la Sección de Contabilidad y Presupuesto.

Por mandato de la **Contraloría General de la República** en Octubre del 2010, es separada de Contabilidad, constituyéndose en el Departamento de Comercialización, contando con tres Unidades: **Tesorería Central, Comercialización y Admisión recaudación Urgencia**.

En el **Departamento de Comercialización**, coexisten variados sistemas de cobros, ya sea formales e informales, verticales y horizontales, así como escritos, orales y electrónicos, este Sistema no ha cumplido con los objetivos y metas exigidas por la Dirección en el aumento de sus ingresos debido a los procesos deficientes que existen en este momento.

En el Hospital, no existe una investigación de evaluación realizada sobre el sistema de recaudación interna, ni de mecanismos formales. Es así, que en la Unidad elegida es posible estudiar objetivamente la problemática planteada, tanto a través de los indicadores y documentación existente, como recabando la opinión de los actores que participan activamente en esta organización, siendo partícipes de las distintas estrategias de cobro internas implementadas tanto por la evolución del proceso como por la aparición de nuevos medios tecnológicos.

2.1.1 Delimitación

La Unidad de Recaudación Central forma parte del Departamento de Comercialización, junto con Admisión, Recaudación, Urgencia y Cobranza, ubicándose las tres Unidades de forma lineal. La Unidad de Recaudación Central realiza cobros de acuerdo a las prestaciones tales como atención ambulatoria, radiografías, recetas, y hospitalizaciones etc. Estas son realizadas de acuerdo a las normas establecidas en la Institución a través de los aranceles emitidos por FONASA.

2.1.2 Limitaciones

En la Unidad de Tesorería Central, una de sus problemáticas son las herramientas entregadas al funcionario para realizar sus tareas de manera eficiente y eficaz, lo cual no permite satisfacer las necesidades de los pacientes, no cumpliendo así los objetivos de la Institución. Aunque los indicadores (recaudación diaria) y documentación (cambios e información de tareas), existentes logran como resultado el mal uso de las normas establecidas, esto demuestra un punto crítico de esta Unidad.

2.2 Antecedentes del Problema

En el Hospital Roberto del Río, en el área de Comercialización, los usuarios, deben realizar demasiados trámites para obtener una atención médica, ya que deben pasar por diferentes oficinas para que le den el pase o boleta para ser atendidos, tanto trámite genera que se desperdicie el trabajo de gran cantidad personas en atención, convirtiendo un trámite simple, en algo complejo y engorroso, en un sinfín de consultas y en un deambular por el recinto hospitalario, entorpeciendo aún más la atención lo que genera que todo termine en un proceso mucho más lento y desagradable.

Eso hace que los usuarios se coloquen de mal humor, lo que genera un mal trato hacia el personal del hospital, además se hace un mal uso de la infraestructura de las oficinas de

atención del hospital, ya que usan varias oficinas para realizar un solo trámite; los usuarios debido a esto, deben permanecer más tiempo en el hospital, (esta información solo se obtiene de forma verbal por los usuarios externos, no existiendo ninguna estadística al respecto), demorando más de lo programado o simplemente no alcanzan a ser atendidos.

También va en desmedro del personal que trabaja en el hospital ya que deben atender en reiteradas ocasiones a los mismos usuarios, usuarios que luego terminan insultando a los funcionarios del recinto hospitalario en reiteradas ocasiones⁶.

A lo anterior se suma que llega una cantidad enorme de inmigrantes a atenderse, hay dificultad en el idioma y no entienden las indicaciones, debido a que son muchas, por lo que permanecen más tiempo en el hospital.

2.3.- Falencias en el Área de Gestión Clínica⁷

Los Consejos Técnicos organizan reuniones meramente informativas por parte de la Dirección del establecimiento, las que no constituyen una instancia de trabajo o de toma de decisiones en cuestiones relevantes para la institución. Esto impide la integración de las jefaturas clínicas al proceso de gestión administrativa. En el caso de los Centros de Responsabilidad, se dificulta una apropiada coordinación de la gestión y una adecuada retroalimentación para una ágil toma de decisiones.

La implementación de una reunión de Jefaturas de Servicio genera una instancia de colaboración, coordinación, desarrollo de propuestas de líneas de trabajo y mejoramiento del área clínica. Esto debe ser trabajado para permitir una efectiva participación de los Jefes de Servicio, en la confección de la tabla de temas a discutir y en los acuerdos que se

⁶ Información Propia

⁷ http://www.revchilsaludpublica.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=1593:hospitales-autogestionados-a-la-larga-autofinanciados&catid=11:salud&Itemid=55 , agosto 2013

tomen para que la junta no se transforme en otra instancia expositiva de los directivos.

Carencia de un plan de desarrollo estratégico actualizado, participativo y conocido por todos:

El **Ministerio de Salud** (MINSAL) ha efectuado una gran inversión en la construcción y equipamiento de recintos hospitalarios, con proyectos que aparecen como una imposición autocrática. Inicialmente sólo como proyectos arquitectónicos, no médico-arquitectónico como corresponde, faltando entonces una visión de conjunto la que debe ser provista por el conjunto de las Jefaturas de Servicio. Ello que permitiría resolver oportunamente las falencias de proyectos mal diseñados que luego son sometidos a correcciones de alto costo, lo cual ha sucedido y puede continuar sucediendo si no se da espacio a una participación efectiva de los especialistas y en el momento oportuno.

Es perentoria y urgente la necesidad de desarrollar un sistema de información clínico-administrativo que maneje una ficha clínica electrónica con codificación de patologías y factores de riesgo, asociado a un sistema de control de insumos y medicamentos por código de barras. No se explica la situación de demora en su implementación por falta de recursos, ya que es objetivable una muy buena apuesta en recursos informáticos y personal de apoyo para el cobro de las prestaciones **Garantías Explícitas en Salud** (GES).

Además es evidente que cualquier inversión en dicha área tendría un rápido retorno vía aumento de productividad y disminución de gastos por una mayor eficiencia en la gestión clínica. El impacto se apreciaría en días de estada, pocas hospitalizaciones, menores hospitalizaciones no justificadas etc. Es incomprensible el intento de desarrollar de métodos artesanales o la implementación de sistemas informáticos distintos en cada hospital, ya que existen programas ya desarrollados y probados incluso en lenguaje español.

En el mismo sentido, se ha tardado en reconocer la necesidad imperiosa de implementar un Sistema de Digitalización de Imágenes, ligado a un sistema de informes por telemedicina que lograría dotar a la región Metropolitana de una red de informes radiológicos las 24 horas del día de lunes a domingo. Este método permitiría disponer de diagnósticos oportunos (sin latencia significativa) y a un costo tremendamente más bajo que el actual, que por lo demás tiene un tiempo promedio de espera bastante prolongado.

Considérese además la actual situación de falencias en profesionales y se verá la magnitud de la importancia de una iniciativa como la propuesta, que dado la flexibilidad que introduce permitiría una eficiente compra de servicios si fuera necesaria.

Se ha avanzado en el desarrollo de guías clínicas y protocolos ligados a indicadores, fundamentales para establecer estándares, minimizar errores y racionalizar los gastos. Pero se requiere implementar medidores de calidad para su monitoreo. Es indispensable hacer notar que el uso de una guía simplificada no reemplaza la necesidad de un conocimiento profundo y actualización permanente de los estudios por parte de los médicos jóvenes.

La nueva legislación establece los **Centros de Responsabilidad**, los que no han sido creados en forma real, deben contar con asesoría de expertos en finanzas y recursos humanos. Estos deben estar asignados al Centro, permitiendo que los profesionales de la salud se aboquen a sus labores clínicas de manera eficiente impidiendo que desperdicien horas de trabajo en tareas mal realizadas y para las que no están debidamente preparados, lo cual no significa que no puedan colaborar en la optimización de la gestión clínica. Para eso existe el trabajo en equipo y la cooperación interdisciplinaria.

Estimamos que es un grave error la situación actual que deja el pedido de insumos y algunos medicamentos a cargo de enfermeras, las que reparten sin el consentimiento de los Jefes de Servicio para poder llevar un conteo de los gastos e insumos involucrados en su quehacer clínico.

Los nuevos Centros de Responsabilidad, deberían contar con la debida asesoría administrativa y financiera, como ingenieros que lleguen a convertirse en asesores de los Jefes de Servicio. La idea es lograr verdadera conciencia médica del costo de los recursos utilizados y aprovechar su mayor experiencia.

Sería un gran error que las jefaturas de Centros de Responsabilidad se constituyan sin la participación de los médicos jefes de Servicio, ya que son estos profesionales los de mayor experticia, son responsables de cautelar la calidad de las prestaciones, tienen la carga ética y legal de los procesos. En todo caso el Centro de Responsabilidad debería presentar su planificación de gastos a los jefes de servicio, quienes aprobaran dichos planes.

Los Centros de Responsabilidad deben de trabajar coordinadamente. La organización en red no es un obstáculo para que no haya una conducción, que naturalmente debe estar centrada en la jefatura médica. En este sentido la separación de jefaturas médicas y de enfermería constituye un grave error que atenta seriamente contra la calidad y la eficiencia de la gestión clínica, tanto en un Servicio Clínico como en un Centro de Responsabilidad, por lo que se tiene que corregir al más breve plazo.

Los usuarios deben incorporarse al proceso de desarrollo y en este sentido, falta una instancia de coordinación que debiera estar en los Centros de Responsabilidad.

En cuanto al diseño, es perentorio el actuar de los directores de los establecimientos auto gestionados en red. Si bien adquieren mayor autonomía administrativa para el manejo del presupuesto y los recursos humanos, quedan en una situación de mayor inestabilidad pudiendo ser despedidos en cualquier momento a solicitud del Director del Servicio. Sabemos que el Sistema de Alta Dirección Pública carece de atractivos para que sea asumido por los mejores y tiene serias dificultades por falta de interesados en asumir los cargos ya que son mal pagados y exigen dedicación exclusiva.

Existen otros factores de fondo que afectan la buena gestión hospitalaria como es una tendencia a la des medicalización de la salud evidente en las siguientes situaciones⁸:

1. **Falta de Recursos para Capacitación Médica:** La formación de pregrado y post grado es autofinanciada. Los aportes destinados a capacitación en los hospitales son decididos por un comité amplio en que los médicos somos minoría, como resultado no hay acceso a dineros para la capacitación médica. Es necesario que el MINSAL invierta en el recurso humano que requiere mayor especialización al menos como incentivo de permanencia en el sistema. Los jefes de Servicio no tenemos información de un plan o política de preparación para la autogestión hospitalaria.

⁸

http://www.revchilsaludpublica.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=1593:hospitales-autogestionados-a-la-larga-autofinanciados&catid=11:salud&Itemid=55 , agosto 2013



2. **Reemplazo del Médico por paramédicos:** En el extra hospitalario cuentan con algunas ambulancias del SAMU donde hay uno o dos paramédicos, en lugar de un cargo médico de 28 has. En lugar de poner un médico sin trienios, que es de menor costo, dejan a dos enfermeras o kinesiólogos con 44 hrs semanales más horas extraordinarias, con el agravante que están presionados a efectuar acciones que son exclusivas de los médicos, como una intubación orotraqueal de urgencia. Es decir, prima desmedicalizar aún sobre las consideraciones económicas y medico legales.
3. En el intrahospitalario **se ha quitado la tuición médica de los jefes de servicio sobre el estamento de enfermería**, no hay participación en la contratación de nuevo personal o la evaluación del existente. No es posible el control directo de la calidad de las acciones de enfermería porque se preconiza que el estamento de enfermería es autónomo. En la reglamentación actual el único que mantiene tuición sobre el cuerpo de enfermería es el director del hospital, quien casi no la ejerce por temor al gremio y tampoco delega sus atribuciones. En estas condiciones las observaciones que plantean los médicos se presentan al propio estamento de enfermería que es juez y parte. Esta situación es inaceptable en las áreas críticas que requieren personal altamente calificado con respuestas y correcciones rápidas. Cada vez es más frecuente ver que el equipo de enfermería asume acciones que son privativas de los médicos, lo que no es en sí mismo inadecuado si se conserva el liderazgo y tuición de parte del médico como jefe del equipo de salud.
4. **Simplificación de la Medicina:** El desarrollo de guías y protocolos facilita el aprendizaje de los médicos jóvenes, el accionar de las enfermeras, kinesiólogos; lo que tiene múltiples otras ventajas. Pero nada más peligroso que quedar mal clasificado y se le aplique el protocolo equivocado, ej: que paciente clasificado como infarto cardiaco sea un caso de disección aórtica, o un caso de presunta pancreatitis que según protocolo debe diferirse o evitarse la cirugía, y sea realmente una obstrucción intestinal o una trombosis mesentérica con urgencia quirúrgica. Estas situaciones y muchas otras no son abordables por médicos jóvenes no completamente formados, tampoco por el equipo de enfermería sin la tuición médica adecuada. El equipo de salud debe funcionar integrado y con un liderazgo médico capacitado, no cada uno por su cuenta.

Se desprende entonces que existen pocas opciones para gestionar el recurso humano, el

personal existente es inamovible, carencia de incentivos a la buena gestión, no hay controles eficientes sobre la compra y utilización real de insumos y medicamentos, si carecemos de indicadores de impacto de las terapias en la sobrevida, tampoco hay control de calidad de insumos y medicamentos.

Se ha cedido la tuición, supervisión y calificación sobre el personal de colaboración, existe un alto nivel de deuda de arrastre y hay falta de liderazgos claros.

La mayor debilidad visualizada para la autogestión es la carencia de políticas de formación de recursos humanos necesarios para afrontar los requerimientos que establece el Acceso Universal de Garantías Estatales (AUGE) y el desarrollo de las mejoras proyectadas.

En la actualidad, se derivan cuantiosas cifras para comprar servicios que el sistema no puede atender por escasez de especialistas o insumos, sin considerar que con sólo una parte de esos recursos se podría aumentar significativamente la productividad del sector público.

Los médicos hemos dejado hacer y la autoridad ha limitado progresivamente las atribuciones de los médicos clínicos y su rol directivo del equipo de salud, en este escenario la autogestión resulta poco atractiva considerando que el médico debe asumir siempre la responsabilidad médico legal de las prestaciones.

Pero creemos que si logramos superar estas dificultades y hay verdadera participación de los jefes de servicios en el proceso, la autogestión en red será un paso significativo para mejorar la gestión de los hospitales públicos.

Es por lo anteriormente expuesto; que hemos definido buscar una respuesta a la siguiente Pregunta de Investigación:

- ¿La manera de gestionar la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización, permite satisfacer de manera eficiente las necesidades tanto de los Clientes Institucionales del Hospital como nuestros clientes externos?

Evaluar el Sistema de Recaudación de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización del Hospital Roberto del Río en el modelo de gestión de calidad total.

2.3 Justificación

La Unidad de Recaudación Central es un punto crítico de la Organización (Hospital Roberto del Río). El realizar una evaluación de la Unidad de Recaudación Central permitirá entregar a los funcionarios herramientas para que puedan cumplir con los objetivos propuestos en mejorar la calidad de atención al usuario externo y recaudación diaria.

Además de crear valor, esto le logrará una mejor relación entre los funcionarios y usuarios, incluso permitiendo el aumento de los ingresos al hospital.

Los usuarios son parte importante de nuestra sociedad, este es un punto el cual nos demuestra que nuestra Institución debe ser capaz de realizar una mejora dentro del Hospital dándole una buena acogida a los pacientes que a ella asisten buscando una solución a sus problemas y una pronta recuperación.

Esta Evaluación permitirá crear cambios importantes en los puntos críticos de las otras

Unidades que pertenecen al departamento de Comercialización (Cobranza, Recaudación Urgencia).

El beneficio que permite la evaluación en la Unidad de recaudación Central es la disminución de reclamos y la satisfacción a nivel usuaria pudiendo así cumplir con sus objetivos, aplicando los protocolos de manera íntegra y eficiente de parte de los funcionarios para cumplir sus tareas. Como relevancia social permitirá que los usuarios sean considerados como tal y a la vez el usuario sea parte del Sistema que la organización requiera.

Los clientes Internos también podrán ser parte de este cambio, lo que lograra mejorar la Gestión entre las diferentes Unidades logrando los objetivos deseados por la Institución.

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo General

Evaluar la Gestión de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización perteneciente al Hospital Roberto del Río, para saber si satisface o no las necesidades de los usuarios internos.

2.4.2 Objetivos Específicos

- 1.- Describir el Sistema de Recaudación de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización utilizado desde 2010 a la fecha.
- 2.- Sistematizar la información obtenida del desarrollo y resultado del Departamento de Comercialización, periodo 2012, recogido por los instrumentos de recolección de información e interpretación de los datos.
- 3.- Proponer cambios pertinentes e implementarlos en el Sistema de Recaudación Tesorería Central, para la mejora en la atención de usuarios.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

La gestión de los Hospitales ha sido una constante preocupación para los sistemas de salud. Su objetivo principal es el logro de dichas metas asociadas al desempeño de las Instituciones Hospitalarias⁹. En Chile se ha implementado la autogestión en los hospitales para poder lograr sus objetivos siendo de manera eficiente y eficaz para llegar a lograr mejor calidad en el sector salud.

En el 2004 se aprobó la ley de Autoridad Sanitaria, bajo la cual se han realizado varias modificaciones al sistema público de salud. Dentro de esta ley, se establece que los hospitales de mayor complejidad deberán adoptar un nuevo funcionamiento denominado: **Auto gestionados en Red**. La alarma la pusieron los gremios, estos se han movilizado en contra de la Auto gestión de los Hospitales; si bien esta permite que ocurran cambios importantes, se produce disminución en puestos de trabajos y nuevas medidas control de horario (entrada- salida del funcionario), supervisión de Licencias Medicas y disminuir horas extras, estas normas antiguamente no se supervisaban constantemente, hoy si, lo que permite un mejor control de las Jefaturas.

Una mayor inversión en salud pública generaría más recursos para el Estado y el desarrollo nacional. En efecto, la salud tiene un impacto en el crecimiento económico y en la recaudación fiscal. Según el Banco Mundial (1993), las mejoras en la salud contribuyen al crecimiento económico de cuatro maneras: primero, “reduciendo las enfermedades de los trabajadores se reducen pérdidas de productividad; (segundo) permite utilizar recursos naturales que, debido a enfermedades, eran totalmente o prácticamente inaccesibles; (tercero) incrementa la matrícula escolar y mejora el aprendizaje y (cuarto) libera recursos

⁹ http://www.regionalsantiago.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=495:autogestion-hospitalaria-factores-limitantes&catid=41:noticias-gremial&Itemid=144

del combate contra las enfermedades a una utilización alternativa”.

Chile requiere un mayor esfuerzo solidario y aumentar el gasto público en salud a favor de los más pobres, las clases medias y de la población de más alto riesgo (tercera edad, mujeres en edad fértil). Si bien además de las mejoras de gestión se requiere en el área de salud, las consideraciones políticas también influyen en su desarrollo.

3.1 La Modernización del Estado

“A partir de las recomendaciones del Consenso de Washington, la modernización del Estado fue concebida fundamentalmente como un proceso destinado a la reducción de su tamaño y a la disminución de su ámbito de intervención en la economía.

En nuestros días sin embargo, la modernización del Estado no es sólo una cuestión relacionada con su tamaño y con la dimensión económica. Estamos más bien frente a un nuevo enfoque, que sin descuidar el énfasis anterior, incorpora nuevos desafíos, vinculados al fortalecimiento de la democracia, el aumento de la capacidad de gobernar, la construcción de Estados de derecho pleno y el mejoramiento de la dimensión social del Estado, que lo oriente hacia una mayor equidad”¹⁰

A lo largo de este documento revisaremos estos cambios, organizados en torno a tres ejes fundamentales: El Cambio en la concepción del Estado (de productor a regulador); el cambios en la relación con los gobernados de súbditos a ciudadanos); y, el cambio en los paradigmas de gestión (del proceso a los resultados)

¹⁰Autogestión Hospitalaria

http://www.regionalsantiago.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=495:autogestion-hospitalaria-factores-limitantes&catid=41:noticias-gremial&Itemid=144

3.1.1 Reforma del Estado y modernización de la gestión pública en Chile

La reforma y la modernización del Estado en Latinoamérica es una tarea que los gobiernos han ido jerarquizando con nitidez. La mayoría de ellos, con diferencias de grado y amplitud, han iniciado procesos de transformación institucional y de funcionamiento que están actualmente en curso (CEPAL, 1998). Es así, como durante mucho tiempo, tanto en Chile como en el resto del mundo, la discusión sobre el Estado estuvo restringida a cuánto debía éste reducirse o desmantelarse, para garantizar y favorecer un mayor y más rápido crecimiento económico.

En tal sentido, organizaciones multilaterales como el **Banco Internacional del Desarrollo** (BID), **Banco Mundial** y el **Fondo Monetario Internacional** (FMI) hicieron de la prédica pro-mercado –e implícitamente anti-estado- la piedra angular de su política para el desarrollo de los países de América Latina. Al cabo de dos décadas y media de este experimento el mundo ha sacado varias conclusiones al respecto. En primer lugar, que el mercado es el principal y mejor gestor de recursos en la economía y que en su libre desarrollo está la base de la prosperidad para los pueblos.

En segundo lugar, para que este desarrollo sea integral y sostenido en el tiempo, se requiere de un Estado de excelencia. Entre otras cosas, esto supone que el Estado sea ejemplo de transparencia y probidad, eficiente en el uso de los recursos, promotor de igualdad de oportunidades en lo social y un adecuado garante de la plena competencia y de la defensa de los derechos de todos los ciudadanos (Marcel, 1998).

Diversos estudios han comprobado que las reformas pro-modernización del Estado son un factor que potencia el crecimiento económico, crea nuevas y mejores formas de participación ciudadana y fortalece la capacidad del sector público como el principal articulador de los esfuerzos por alcanzar igualdad de oportunidades y proveer de satisfacción a las múltiples demandas sociales (OECD, 1994). De ahí la importancia de la

modernización de la gestión en los Estados en las puertas del siglo XXI.

Es así que con el advenimiento de la democracia en Chile el año 1990, el concepto de reforma se vio fuertemente ampliado y enriquecido. En efecto, a los aspectos económicos de la reforma se agregaron las dimensiones política y social. En cuanto a la primera, se entendió que un Estado moderno debía ser profundamente democrático, para lo cual se articuló una agenda de reformas tendientes a lograr dicho objetivo, tales como la democratización municipal y la reforma a la Justicia. En el ámbito de la reforma social se han ido generando cambios que apuntan al fortalecimiento y mejoramiento de las políticas sociales clásicas como educación, salud, vivienda y subsidios sociales; y a la creación de nuevas políticas y su correspondiente institucionalidad.

3.1.2 Modernización del Estado en Chile

En el año 1994, se impulsó el proceso de Modernización del Estado, para renovar el funcionamiento del Estado que se encontraba estancado. Se crea el Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública. Es traduce en: “un conjunto de desafíos que consistieron en optimizar el uso de los recursos financieros, elevar tanto la cobertura como la calidad de los servicios entregados, contar con personal calificado y motivado, incentivar el uso masivo y creativo de las nuevas tecnologías de información, entre otros”¹¹.

El Estado de Chile, ha tenido una tarea titánica para poder responder y enfrentar tan grandes desafíos, para poder cada día hacer frente a dichas tareas, esto lo ido trabajando cada día con múltiples instrumentos de gestión. El gobierno ha puesto en marcha un sinfín de iniciativas para proveer a los servicios públicos de orientaciones, marcos metodológicos y tareas para que éstos mejoren su accionar y ocurra un cambio en la

¹¹ http://www.regionalsantiago.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=495:autogestion-hospitalaria-factores-limitantes&catid=41:noticias-gremial&Itemid=144, julio 2013

cultura burocrática tradicional.

En éste gran desafío ha sido fundamental indagar acerca de las bases en las que se sustentaron las líneas de acción y el impacto que dichas medidas generaron en materia de gestión pública y de satisfacción a los requerimientos ciudadanos, para lograr así acercarse lo más posible a una correcta evaluación de lo realizado es decir, realizar un análisis crítico respecto de los avances sustantivos y a lo que queda por realizar y esencialmente a extraer los necesarios aprendizajes que permitan realizar cambios pertinentes para una buena formulación de políticas públicas que cumplan a cabalidad con el fin último de cualquier institución pública: “procurar el bien común de todos los ciudadanos.”

3.1.3 La Modernización de la Gestión Pública: el origen en el contexto democrático.

El origen del proceso modernizador en el Chile de los ´90, lo encontramos fundamentalmente plasmado en dos fuentes: (1) la primera radica en las Bases Programáticas del Gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia para el período 1990 – 1994; y (2) la segunda la encontramos en el Informe de Misión 1990 del PNUD. En la primera, se señalan dos objetivos simultáneos en lo referente a la política orientada al aparato estatal y a la Administración Pública. A saber:

1. *La democratización del aparato estatal*, que involucra la elección directa de las autoridades municipales, la participación y decisión de la ciudadanía en las distintas instancias de poder regional y local, lo cual incluía tanto el fortalecimiento de las organizaciones sociales como la plena inserción y participación en las estructuras del Estado, desarrollando líneas de acción adecuadas al nuevo contexto democrático; y
2. *La descentralización de la administración del Estado*, para lo cual se pretendía dotar de mayor autonomía institucional, financiera y técnica a las autoridades regionales y comunales para decidir sobre programas y proyectos de su competen-

cia, y para enfrentar la multiplicidad de problemas económicos, sociales y culturales en sus respectivos espacios geográficos participando en la gestión local del desarrollo nacional.

La segunda, se sustenta en el análisis que se deriva del Informe de Misión del Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (Management Development Program, 1990), que da cuenta de los principales desafíos que enfrenta el recién asumido gobierno democrático en marzo de 1990. Entre sus planteamientos básicos encontramos ciertos principios que debieran orientar el esfuerzo de transformación del aparato público en dicho contexto, ellos son:

- Mejoramiento de la eficacia y eficiencia del aparato público sin presionar por aumentos sustanciales en el gasto público.
- Más que un Gran Proyecto de Modernización Global, se recomienda "un conjunto coherente de líneas de acción en áreas estratégicas que permitan mejorar la situación actual sacando el mejor partido de la realidad existente". No obstante, se deja claro que no existe la pretensión de volver al modelo de "Estado Benefactor".
- Énfasis a los aspectos de participación activa de los diferentes actores sociales que intervienen en la implementación de las líneas de modernización a desarrollar.

Además, ya en este documento se planteaba una idea que está en el centro del debate del presente estudio: "Los funcionarios en general carecen de costumbres y prácticas que favorezcan la coordinación organizacional horizontal, ni experiencias recientes de interacción desde el Sector Público con una comunidad que participe" (Informe de Misión – MDP, 1990:). Por otra parte, la identificación de problemas (estructurales y funcionales)

detectados en la administración pública chilena se circunscribió en las siguientes áreas:

1. Disfunciones en la coordinación global de políticas.
2. Problemas de funcionamiento interno de los Ministerios.
3. Deficiencias en el ámbito de los Recursos Humanos.
4. Ausencia de Mecanismos de Planificación y Control de Gestión.
5. Insuficiencias en el Proceso de Descentralización y Participación Ciudadana.

Tomando como base el anterior diagnóstico, la Misión propuso las siguientes líneas de acción para modernizar la gestión pública y así adecuarla al nuevo contexto democrático.

A saber:

1. Fortalecer la Coordinación de las Políticas Públicas.
2. Mejorar la eficiencia en el funcionamiento interno de los Ministerios.
3. Desarrollar los Recursos Humanos en la Administración Pública.
4. Perfeccionar el Proceso de Descentralización.
5. Impulsar el Proceso de Modernización de la Gestión Pública.

Se sugería que si bien se trataba de acciones independientes, la gran mayoría de ellas se complementaban y reforzaban mutuamente. Ya en esta oportunidad se advertían aquellos aspectos que se relacionaban a la puesta en marcha de dichas iniciativas y no sólo al diseño contemplado para articular cada una de ellas. Es así, como se recomendaba prestar atención a "la gestión del proceso de modernización, a la estrategia de comunicación y "venta" del proyecto, a la secuencia en que deberían tomarse las medidas y al desarrollo de las capacidades necesarias para su gestión"

"Es así, como efectivamente podemos afirmar que existió una preocupación en la elaboración de estudios y propuestas coherentes acerca de la necesidad de modernizar el aparato público desde comienzos de los Gobiernos de la Concertación de Partidos por la

Democracia. No obstante, observamos que muchas de dichas líneas de acción recién comenzaron a tomar cuerpo a fines del año 1993, cuando se implementa el llamado Plan Piloto de Modernización en cinco Instituciones Públicas que ya habían comenzado (de manera independiente) procesos de transformación en su gestión. Es más, si tomamos las ideas centrales del planteamiento del MDP es posible afirmar que gran parte de las recomendaciones sustantivas, que posiblemente ayudarían a gatillar procesos exitosos de modernización institucional no fueron consideradas de manera concreta ni en las postrimerías del Gobierno de Patricio Aylwin ni durante gran parte del Gobierno de Eduardo Frei, como veremos más adelante.”¹²

3.2 Autogestión en las instituciones del sector público

La “**Autogestión**” consiste en la posibilidad y capacidad de una organización de gestionarse a sí misma, sin supervisiones externas excesivas, salvo las contempladas por la ley para cualquier institución¹³.

En una institución pública, la Autogestión significa que su equipo directivo se hace responsable de la gestión y los resultados. Para la Administración Central representa una oportunidad de liberar recursos, tanto en el sentido de recursos utilizados para realizar el control, como por la utilización de recursos financieros para rebajar las deudas que presentan.

¹² **COMITÉ INTERMINISTERIAL DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA (2003):** “El Estado al Servicio de la Gente: Balance 1994-2000”. Proyecto de Reforma y Modernización del Estado http://www.modernizacion.cl/index_archivos.htm. agosto 2013

¹³ [www.u-cursos.cl/ingenieria/2008/2/IN78M/1/material_docente/previsualizar?id_material=185764-](http://www.u-cursos.cl/ingenieria/2008/2/IN78M/1/material_docente/previsualizar?id_material=185764) agosto 2013

3.2.1 Hospitales Autogestionados

“Los documentos y los informativos gubernamentales afirman que el sistema hospitalario no satisface a sus usuarios, que ha provocado una deuda con el Estado de la que los hospitales no pueden salir y que la administración desde el servicio de salud, impide un buen funcionamiento de ellos.

Presentan la autogestión de los hospitales como la solución a estos y otros problemas.

El hecho de que un Hospital sea Autogestionado implica que su director elabore un plan de funcionamiento y un presupuesto, el cual deberá ser revisado y aprobado por un representante del Ministerio de Salud. El director se mantendrá en su cargo por un convenio de desempeño, por lo que si no cumple con lo planificado podrá ser removido. Así también, el director tiene a su plena disposición a todos y cada uno de los trabajadores del hospital.”¹⁴

En Chile la reforma de salud de la década pasada involucro la creación e implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR). Estos, serian aquellos establecimientos hospitalarios dependientes de los Servicios de Salud con la mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y numero de prestaciones (Ley Nº 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión, 2004). Previo a estos cambios, los hospitales públicos se caracterizaban por su dependencia de los servicios de salud y no contaban con una autonomía para la gestión de sus recursos por parte de los equipos directivos (Nancéate & Romero, 2008). Así, la política implicaba crear espacios de mayor flexibilidad y autonomía para la asignación de los recursos y en la gestión del

¹⁴ Resumen.cl, Informativo de la región de Concepción

http://www.resumen.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=1593:hospitales-autogestionados-a-la-larga-autofinanciados&catid=11:salud&Itemid=55, agosto 2013

presupuesto de los Hospitales (Retamal 2009).

Esta autonomía implica mayores niveles de independencia de las instituciones hospitalarias para la toma de decisiones respecto al desempeño. Principalmente, se identifica la autonomía en el ámbito del financiamiento.

Los profesionales con responsabilidad directiva, conceptualizan la autogestión hospitalaria desde la autonomía para la toma de decisiones respecto de la asignación de recursos. Esta última ha estado determinada por la implementación de los centros de costo, permitiendo establecer un equilibrio financiero para la provisión de servicio de salud. Asimismo, para los profesionales, la autogestión ha sido concebida desde la autonomía para el establecimiento de normas y protocolos alineados a la provisión de servicio de salud.

El hospital debe ser capaz de sustentarse económicamente, porque antiguamente recibíamos todo de afuera y ahora tenemos por medio de todos los centros de costos que tenemos que ingresar una cantidad de dinero necesaria para poder llevar adelante el hospital. Se trata de realizar todas las medidas administrativas necesarias, para lograr eficiencia en el manejo de recursos, con el objeto de cumplir metas propuestas por el ministerio y los compromisos de gestión adquiridos, logrando un equilibrio financiero, donde las acciones a realizar y sus retornos son manejados íntegramente por el hospital.

Consiste básicamente en entregarle una serie de atribuciones por ley a los hospitales, desde el punto de vista de la gestión financiera, de la gestión administrativa, de la gestión de recursos humanos.

En el caso de los profesionales sin responsabilidad directiva, la percepción hospitalaria se relaciona con la autonomía para la toma de decisiones organizacionales dirigidas a mejorar

la provisión de servicio de salud. Así, para los profesionales, la autogestión hospitalaria está determinada por las atribuciones para la asignación de recursos organizacionales para mejorar la eficiencia y calidad de la provisión de servicio de salud.

3.2.2 Surgimiento de los Hospitales Autogestionados

Surgen principalmente para disminuir o eliminar la pérdida financiera por mal uso de recursos, disminuir los costos relacionados con las prestaciones médicas, optimizar todos los recursos, (como se hace en las instituciones privadas), creando modelos que permitan el ingreso de dinero a través de las distintas prestaciones que se dan a los usuarios.

Los hospitales antiguamente funcionaban directamente con el área de salud al cual pertenecía, recibían instrucciones de forma directa en la implementación del modelo a realizar, para satisfacer las necesidades de cada usuario que recurrían para ser atendidos. Sus recursos dependían solamente del ministerio de hacienda.

Hospital Concesionado

Significa que una empresa externa será la “encargada de construir y mantener el edificio como asimismo, brindar servicios no clínicos que apoyen el funcionamiento del hospital”¹⁵. Que sea concesionado sólo afecta la forma en la que se financia la construcción y como se desarrollan estos servicios no clínicos (aseo, vigilancia, jardinero) que en vez de ser contratados uno a uno por el establecimiento, son integrados en una figura única que es el concesionario, esto permitirá mejorar los estándares de servicios y prestaciones que complementan las atenciones de salud.

¹⁵ <http://www.hosmet.cl/faq.html>, agosto 2013

El diseño, construcción y operación de hospitales puede tomar dos modalidades. Financiamiento Público Convencional (FPC) o Concesiones Hospitalarias (CH) (Sussex, 2001). En el FPC el diseño es llevado a cabo por empresas externas de acuerdo a requerimientos de la autoridad de salud. La construcción y el equipamiento se sujetan a licitación así como los servicios no clínicos. La inversión es financiada con fondos públicos. En el esquema de concesiones hospitalarias, por otra parte, un consorcio privado compite por proveer los servicios de diseño, construcción (eventualmente operación) y financiamiento del proyecto. El proyecto se financia con pagos directos o indirectos a través de un organismo público y por un periodo determinado.

Por ejemplo el “gobierno inglés ha favorecido el pago de obras públicas a través de la iniciativa financiera privada (Private Finance Initiative (PFI)). En el caso de los hospitales, esto significa que un consorcio privado, diseña, construye, financia y opera el hospital. Como retorno, el concesionario recibe un pago anual que cubre los costos de capital, incluyendo el costo de endeudamiento y mantención del hospital y cualquier servicio clínico provisto sobre un período de vida del contrato entre 25 y 30 años”¹⁶.

3.2.3 Metodología de los Hospitales Autogestionados

El método que buscan los hospitales auto gestionados es desarrollar competencias de equipos directivos que impulsen a su vez la construcción de las tres competencias esenciales en los hospitales públicos. Las competencias organizacionales esenciales abordan a través de proyectos de intervenciones formulados e implementados con un enfoque de “investigación-acción”, por equipos conformados por directivos de los hospitales que participan en el Programa.

¹⁶ Sitio Web Universidad de Talca, Artículo del Centro de Gestión de Instituciones de Salud, http://www.cegisutalca.cl/docs/publicaciones/N15/N15_2_ECON_DE_LAS_CONCESIONES_HOSPITALARIAS-FUNDAMENTO_Y_EVIDENCIA.pdf, julio 2013.

Los objetivos específicos de cada proyecto, sus indicadores y líneas de base responden a las necesidades de cada hospital. Cada equipo define metas y un conjunto de actividades orientadas a lograrlas, las cuales son evaluadas al término del Programa.

Los Hospitales Concesionados surgen como una forma de dar cuenta de la innegable necesidad de renovar en el corto plazo la deteriorada, obsoleta y anti funcional infraestructura mediante las cuales estamos proporcionando salud a nuestra población. Solo para ponerles en contexto, sabían ustedes que el 69% de las placas base de nuestros 187 hospitales, fueron construidas con anterioridad a 1979 (registro a Diciembre del 2010). Si a esta situación etaria, le incorporamos el efecto terremoto (27 de Febrero del 2010), resulta un tremendo problema del que había que hacerse cargo de forma inmediata.

Para abordar lo anterior en forma inmediata, se tomó la decisión de destinar recursos “frescos” (inversión tradicional) para las reparaciones al efecto terremoto y establecer un II Programa de Concesiones, donde se abordarían con este mecanismo de financiamiento Hospitales de gran envergadura y que si bien es cierto, requieren ser renovados en el corto plazo, la renovación podría ir de la mano, con los mayores tiempos que conciernen al modelo de Concesiones.

La política y los mecanismos legales para utilizar el Modelo de Concesiones, están disponibles desde comienzos de este siglo, el primer ejemplo es el “Proyecto Salvador Infante (2002) y los Proyectos de Maipú y la Florida (2007), por lo que este segundo programa es solo un atrevimiento a hacer cosas en grande y no mantener la política a la que estábamos acostumbrados, de ir parchando en la medida que nos alcanzara el presupuesto. Si bien es cierto Chile es un país de Recursos muy limitados, también es cierto que aspiramos a ser un país desarrollado y como tal, no podemos continuar entregando salud en recintos del siglo XIX (caso Hospital Salvador 1890)”¹⁷.

¹⁷ Red Hospitalaria <http://www.hospitalaria.cl/portada/entrevistas/147-luis-barrios.html>

3.2.4 Las ventajas de los Hospitales Autogestionados

Es crear un modelo de la implementación de la autogestión hospitalaria que ha contribuido a mejorar la provisión de servicios de salud y los procesos asistenciales. No obstante, la ausencia de las competencias organizacionales y estratégicas de capacitación para los equipos de salud, esto ha permitido crear valor a los distintos modelos que se implementaron en los hospitales auto gestionados, por ejemplo disminuir el tiempo de espera en prestaciones médicas, asignación de horas de pabellón, entre otros, atención médica aumentando la dotación de personal, la implementación de máquinas de auto consulta, las cuales entregan información a cada paciente. Permitiendo como fortaleza el alineamiento de los equipos directivos con los cambios a implementar.

Las ventajas de las concesiones hospitalarias sobre el financiamiento público directo son:

- a) Provee servicios eficientes y especializados al sector público y por lo tanto a la comunidad que sirve el hospital.
- b) Adicionalmente es una fuente de financiamiento para proyectos mayores y permite liberar fondos para otras inversiones públicas¹⁸.

¹⁸ Universidad de Talca, Centro de Gestión de Instituciones de Salud,
http://www.cegisutalca.cl/docs/publicaciones/N15/N15_2_ECON_DE_LAS_CONCESIONES_HOSPITALARIAS-FUNDAMENTO_Y_EVIDENCIA.pdf; Julio 2013.

3.2.5 Las desventajas de los Hospitales Autogestionados:

La implementación de la autogestión implica cambios profundos en los sistemas antiguos. Por otra parte, “los resultados obtenidos plantean la necesidad de conducir nuevas investigaciones dirigidas a medir el impacto de la implementación de la autogestión hospitalaria en el desempeño de los equipos de salud de los hospitales. Sin embargo, persisten como debilidades la ausencia de capacidades organizacionales y la resistencia al cambio”¹⁹.

3.2.6 Hospitales Mixtos

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, liderado por el Ministerio de Salud, el que tiene por tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

La base productiva del sistema de salud pública está conformada por el SNSS. Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria.

¹⁹ Revista Chilena Salud Pública

<http://www.mop.cl/Prensa/Paginas/DetalleNoticiaSecundaiaMp.aspx?item=467>

http://www.chile.com/secciones/ver_seccion.php?id=129775, agosto 2013

3.3 Principales Agentes del Sistema

El sistema de salud funciona a través de cuatro agentes:

1. Ministerio de Salud
2. Instituto de Salud Pública (ISP)
3. FONASA
4. ISAPRES

3.3.1 Ministerio de Salud

Al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar, de acuerdo con las directivas que señale el Supremo Gobierno, las políticas de salud y dictar las normas y planes generales para el Sistema.

Este modelo de auto gestión se relaciona directamente a la relación que surgen entre el Ministerio de Salud y los diferentes agentes como el ISP, FONASA y las ISAPRES para satisfacer las necesidades de los Usuarios a corto plazo en relación a las distintas Patologías que en Chile no eran capaces de ser resuelta por el anterior modelo de Sistema de Salud.

Es aquí donde se crea el Modelo Auge el cual se implementa en los diferentes Sistemas de Salud tanto pública y privadas las cuales deberán cumplir con las metas que se han propuesto.

3.3.2 Instituto de Salud Pública

En el sistema Publico existe el Instituto De Salud Pública, su labor como Institución es de referencia nacional y está encargada de la normalización, fiscalización, vigilancia y calidad de los laboratorios de salud pública, clínicos y ambientales y con todas las funciones

propias de sus 6 Departamentos, el ISP cuenta con 702 funcionarios que laboran en dependencias ubicadas en la comuna de Ñuñoa, en Santiago.

Los servicios estratégicos que ofrece hoy el ISP son:

- Fiscalización.
- Referencia.
- Vigilancia.
- Investigación aplicada.

Los clientes, usuarios o beneficiarios, según sea el caso, son los siguientes:

- Laboratorios clínicos, ambientales, toxicológicos y centros de radioterapia.
 - Industria farmacéutica y cosmética.
 - Centros de estudio de equivalencia y de exención.
 - Centros de trasplantes.
 - Universidades y centros de investigación.
 - Beneficiarios del sistema público y privado.
 - Instituciones intersectoriales.
-

3.3.3 FONASA

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por **Fondo Nacional de Salud** (FONASA). El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con la prima única de 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

3.3.4 ISAPRE

El sistema de salud privado está conformado por las Instituciones de **Salud Previsional** (ISAPRE) y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de UF 4.2 mensual. Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRE. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE, la cual depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del afiliado. El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7% con el fin de obtener beneficios adicionales.

Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, aunque están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad. La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

3.4 Proceso de reforma de la Autogestión

El modelo de autogestión en red que el ministerio de Salud está implementando, entiende a la autogestión como un instrumento de la reforma. No como un mero incremento de facultades a las direcciones de los establecimientos, sino como una herramienta de gestión que debe traducirse en mayores competencias para los equipos clínicos y mejoras en el servicio a los usuarios.

La ley establece claramente que el director del hospital podrá comprar servicios de cualquier naturaleza al sector privado con el objeto de que el establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud.

Pero existen elementos críticos que limitan la implementación de la autogestión en un breve plazo. Un gran número de los hospitales no ha alcanzado los estándares requeridos, algunos por inflexibilidad de los instrumentos, y los otros, más bien la mayoría, por importantes insuficiencias organizacionales.

Hay establecimientos claramente identificados por el Ministerio, que están potencialmente cerca de acceder a la autogestión, pero requerirán de un enorme gasto de energía en acelerar sus procesos de mejora. Un grupo no menor de hospitales difícilmente estará apto para auto gestionarse durante el 2009, lo que obligó a extender el plazo para dicho grupo. Hay una falla de conducción en los establecimientos, prueba de ello es la dificultad para llenar los cargos de directivos por el Sistema de Alta Gerencia y la excesiva rotación de directivos. Sin liderazgo efectivo que conduzca procesos persistentes no hay generación de condiciones para la autogestión en red.

3.4.1 Factores Dependientes de la Gestión Administrativa²⁰

En general los hospitales públicos no han desarrollado una estructura de costos ligada a la producción. Falta un sistema de medición de gastos en un ambiente altamente diversificado con innumerables líneas de producción (lo que constituye una característica de la producción hospitalaria). No se ha desarrollado un estudio de costos por prestaciones y mucho menos por patologías, en contraste con la tendencia creciente de un financiamiento por pago asociado a diagnósticos.

Esto tiene implicancias en el equilibrio financiero y en el control de la producción hospitalaria. El estudio de costos por prestación debe ir ligado al desarrollo de guías clínicas por procedimiento, para cautelar la compatibilidad de una buena práctica médica con un adecuado respaldo financiero. Esto facilita la tarea del Jefe del Centro de Responsabilidad. Por supuesto que debe ser un trabajo de equipo con la debida asesoría de expertos en el estudio de costos.

No saber el costo real de las prestaciones implica una seria dificultad para programar la cartelera de servicios.

En general los hospitales públicos carecen de sistemas que permitan establecer cuentas individuales por paciente. El desconocer los costos individuales implica por tanto, desconocer gastos en insumos y medicamentos, no estar al tanto de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, interconsultas y otros. Esto es de trascendental importancia ya que impide ligar gastos de insumos y medicamentos a prestaciones individuales por paciente, lo que dificulta enormemente un control adecuado de materiales, favoreciendo posibles fugas.

²⁰ Revista Chilena Salud Pública

http://www.revchilsaludpublica.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=1593:hospitales-autogestionados-a-la-larga-autofinanciados&catid=11:salud&Itemid=55 , agosto 2013

Desconociendo el gasto real por prestaciones individuales y careciendo de una estructura de gasto ligada a la producción, la programación de insumos se hace en base a consumos históricos anuales, los que son distribuidos en duodécimos y ligados a un presupuesto anual. Al no existir una retroalimentación en cuanto al número y costos reales de las prestaciones efectuadas, un aumento de las prestaciones efectuadas determinará un déficit y una disminución en la cantidad de prestaciones un excedente, pero se hace imposible establecer si hay buen o mal uso de los recursos o determinar si hay fugas de insumos y medicamentos.

En la medida en que aumenta el número de camas, especialmente en las unidades complejas, la falta de métodos de control dificulta la gestión. La inexistencia de un sistema basado en la oposición de funciones impide cautelar adecuadamente el gasto en insumos y medicamentos, horas extraordinarias y otras actividades, por lo que sólo cabe confiar en que los responsables harán buen uso de los recursos. En el caso de las Unidades críticas la complejidad y volumen hace difícil controlar eventuales mermas en insumos y medicamentos.

Las subdirecciones administrativas o de finanzas no tienen un adecuado contacto con el campo clínico, por lo que desconocen el impacto que sus decisiones tienen en dicha área. Además son escasas las reuniones para coordinar los grupos de trabajo que efectivamente, logren ordenar acciones y estrategias, se convierten en verdaderos compartimientos estancados que impiden generar planes conjuntos de desarrollo y buscar estrategias de solución para áreas deficitarias en gestión. Esto se resolvería mediante:

1. Reuniones de coordinación entre la Dirección, la Subdirección médica, junto con las Subdirecciones administrativas y las de desarrollo de gestión; lideradas por el Director. Los acuerdos deben ligarse a reuniones con los Jefes de los Centros de Responsabilidad cuyo cargo debería recaer en los Jefes de Servicio con un grupo asesor capacitado. Se hace además indispensable la participación del Subdirector de Administración y Finanzas en comisiones claves como el Comité de farmacia y el Comité de abastecimiento, que si no existe debería crearse.
2. Los comités tienen un rol instrumental indispensable de asesorar a la Dirección en la toma de decisiones en materias específicas, además de contribuir al desarrollo



de estrategias en dichas áreas. Por lo tanto debieran reunirse con una periodicidad de al menos una vez por mes y no dos veces al año como actualmente sucede. En cuanto a los Centros de Responsabilidad, éstos tendrían que estar correctamente representados, suele suceder que las unidades críticas no cuenten con delegado en el Comité de Farmacia.

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Investigación

La Gestión es un modelo fundamental en los Hospitales Públicos, por lo que se considera que este estudio es de carácter exploratorio-cualitativo ya que tal, como lo plantea Roberto H. Sampieri, P. Batista (1997), esta evaluación considera como un agente el estudio de la gestión en el área del Sector Público, el cual buscará medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones y componentes de dicho fenómeno.

4.2 Instrumentos Metodológicos Usados

Para el presente estudio se decidirá se aplicaron dos Instrumentos de recolección de información:

1. Encuestas a usuarios del hospital
2. Entrevistas a actores claves

Las entrevistas se aplicaron a la muestra de clientes internos de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización.

4.3 Población y Muestra

La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan a los elementos o unidades.

Nuestro universo serán todos los/las funcionarios/as que componen Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización 11 funcionarios/ usuarios internos y 100 clientes/usuarios externos elegidos al azar.

La muestra es un subconjunto representativo de un universo o población, para nuestro caso, las muestras serán las siguientes:

1. Clientes interno: 11 Personas que en su totalidad integran del Departamento de Comercialización).
2. Clientes externos: 100 personas, de ambos sexos (ver Anexo N°2).

4.4 Unidad de Estudio:

El presente estudio se realizará en la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización del Hospital Roberto del Río.

CAPÍTULO V: DESARROLLO

5.1 Análisis del Departamento de Comercialización

A continuación se presentará y desarrollará el modelo de gestión utilizado por el Departamento de Comercialización.

5.1.1 Modelo de gestión del Departamento de Comercialización

El procedimiento del Departamento de Comercialización de la Unidad de Tesorería Central es el siguiente. El departamento solamente cuenta con El Manual de Comercialización. (describe la Visión, misión, perfiles de cargo, procesos de trabajo de las tres Unidades; recaudación central, admisión urgencia, cobranza). Este manual se confeccionó a petición de la Subdirección Médica del Hospital Roberto del Río.

El procedimiento de Comercialización (recaudación central), es la tarea de estimular y facilitar el cumplimiento de la cancelación de las deudas de terceros con el hospital, con el objetivo de adoptar medidas oportunas en caso de riesgo de no pago²¹.

La actividad de Comercialización (recaudación central) debe considerarse, como una importante alternativa para allegar recursos, que propicien el financiamiento del desarrollo de la institución, por lo que se convierte en un pilar fundamental en la gestión Contable y financiera²².

²¹ www.hrrio.cl/Manual de Comercialización (2012).

²² No existe documentación oficial acerca del tema, dentro de los valores de la Unidad, se tiene conciencia

Misión interna²³: El Centro de Costo de Comercialización (Cobranzas y Tesorerías), del Hospital Roberto del Río, tiene como misión la de gestionar y operar las políticas, normas, sistemas y procedimientos necesarios para garantizar las gestiones de cobros de prestaciones, de coordinación de Tesorerías, velando así por los ingresos propios del establecimiento, la exactitud y seguridad vigilando la debida concordancia de las leyes, normas y reglamentos aplicables.

Visión interna²⁴: Ser un Centro de Costo fiable en la gestión de recaudación y cobranzas, velando por la pronta recuperación de los ingresos propios por conceptos de prestaciones médicas a pacientes beneficiarios y no beneficiarios del sistema de salud.

Lo anterior, a través de la mejora continua de los procedimientos y normas que rigen las funciones de la unidad.

5.1.2 Objetivos del sistema de Recaudación de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización (2010 a la fecha)²⁵

1. Velar por la correcta aplicación de las normas de clasificación previsional de los pacientes y de la adopción de procedimientos de registro; formularios y sistema de información que permitan cautelar los ingresos propios.
2. Percibir los ingresos por concepto de prestaciones realizadas en el establecimiento a los beneficiarios, según clasificación previsional y en caso de particulares adoptar

que la función representa un pilar fundamental en la gestión del Hospital.

²³ [www.hrrio.cl/Manual de Comercialización \(2012\).](http://www.hrrio.cl/Manual de Comercialización (2012).)

²⁴ [www.hrrio.cl/Manual de Comercialización \(2012\).](http://www.hrrio.cl/Manual de Comercialización (2012).)

²⁵ [www.hrrio.cl/Manual de Comercialización \(2012\).](http://www.hrrio.cl/Manual de Comercialización (2012).)

los mecanismos tales como la exigencia del pago en forma instantánea.

5.1.3 Tipos de Usuarios/clientes

Existen cuatro tipos de clasificación:

Usuario Externo:

1. **Indigentes**, clasificados con letra **A**. Esta clasificación la recibe el usuario externo a través de la evaluación de una asistente social del consultorio del área norte.
- 2.- Los usuarios externos, clasificados con la letra **B**, existen dos tipos:
 - 2.1.- FONASA B, se clasifican todos los usuarios externos que no sean indigentes con ingresos muy bajos y trabajos temporales.
 - 2.2.- FONASA B Se clasifican los usuarios internos y externos con trabajo estable, pero con un sueldo \$200.000. pesos.
- 3.- FONASA **C** y **D** Se clasifican los usuarios internos y externos de acuerdo a sus ingresos.
- 4.- **ISAPRE**, Se clasifican los usuarios internos y externos de acuerdo a sus ingresos.
- 5.- **Particulares**, Se clasifican los usuarios internos y externos que no registran en el sistema ningún tipo de clasificación previsional.

Usuario Interno (funcionarios: Médicos, Profesionales no médicos, Técnicos Paramédicos, Enfermeras, Tecnólogos, Auxiliares, Administrativos).

- **ISAPRE**, Se clasifican los usuarios internos de acuerdo a sus ingresos o por Libre elección.
- **Particulares**, se clasifican los usuarios internos que trabajan periodos cortos.

y sin previsión.

- Resto de los funcionarios se registran en FONASA B.

5.1.4 Procedimiento de recaudación

1. Para realizar estos procedimientos se debe ingresar a la página de FONASA www.fonasa.cl y verificar su condición
2. Una vez abierto el sitio, ir a “Sucursal Virtual” ingresar cedula de identidad y clave del usuario (ver Figura N°2)

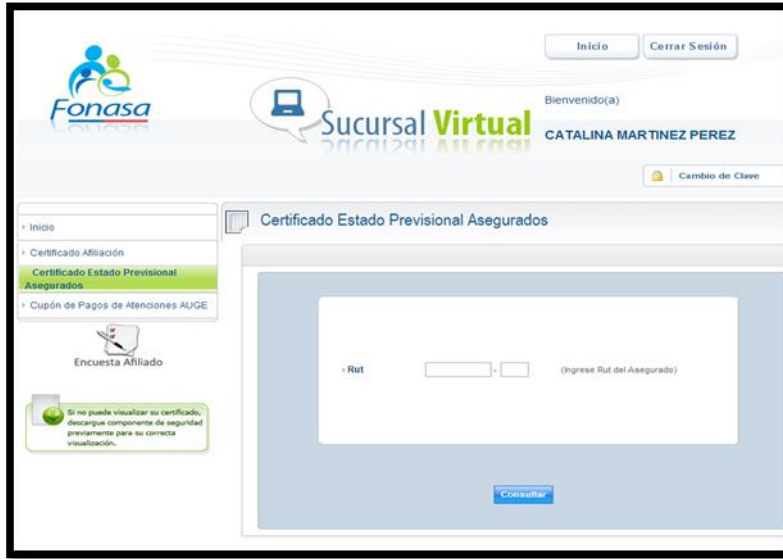
Figura N°2: Sucursal Virtual de FONASA



Fuente: Sitio web www.fonasa.cl

3. Ir a opción “Certificador Estado Previsional Asegurados (ver Figura N°3).

Figura N°3: Certificador de Estado Previsional de Asegurado



The screenshot shows the 'Sucursal Virtual' interface of Fonasa. At the top, there are links for 'Inicio' and 'Cerrar Sesión'. Below this, a welcome message 'Bienvenido(a) CATALINA MARTINEZ PEREZ' is displayed, along with a 'Cambio de Clave' link. The left sidebar contains a menu with options: 'Inicio', 'Certificado Afiliación', 'Certificado Estado Previsional Asegurados' (highlighted), 'Cupón de Pagos de Atenciones AUGÉ', and 'Encuesta Afiliado'. The main content area is titled 'Certificado Estado Previsional Asegurados' and features a form with a label 'Rut' and a text input field. To the right of the input field is the instruction '(Ingrese Rut del Asegurado)'. At the bottom of the form is a blue button labeled 'Consultar'. A small green box on the left side of the main area contains a message: 'Si no puede visualizar su certificado, descargue componente de seguridad previamente para su correcta visualización.'

Fuente: Sitio web www.fonasa.cl

4. Se abre la ventana y se ingresa Cédula de Identidad del paciente para verificar pre-visión.
5. Aparece el certificado de FONASA, el cual acredita las cargas del afiliado y su rango previsional (ver Figura N°4).

Figura N°4: Certificado de Estado Previsional de Asegurado

Certificado Estado Previsional Asegurados

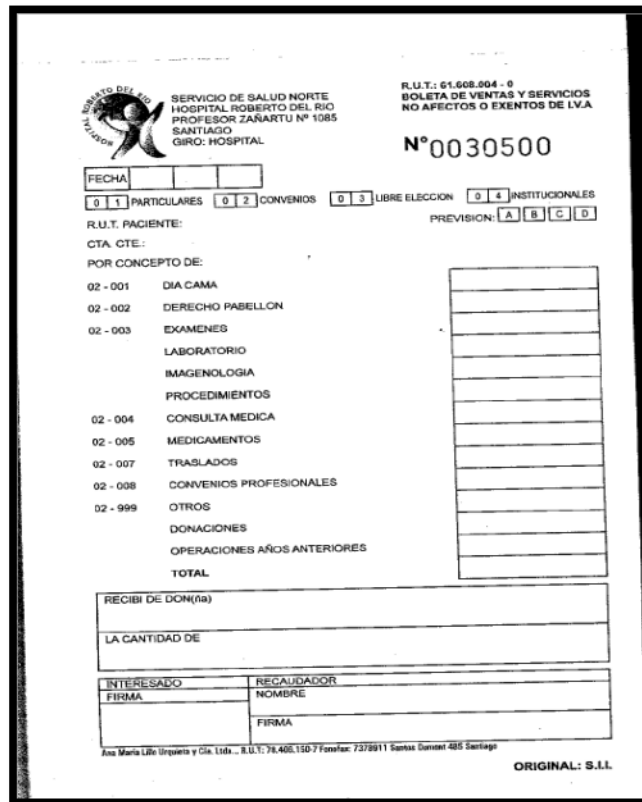
Volver

N° Folio : 269633217 Fecha de Emisión: 18/07/2013						
CERTIFICADO - (CERTIFICADO EN FONASA)						
BENEFICIARIO	Nombres	JENNYFER ALEJANDRA	A. Paterno	AMUNÁTEGUI	A. Materno	BELMAR
	Rut	16795337-9	Fecha Nac	1985-04-04	Sexo	FEMENINO
	Nacionalidad	CHILE	Region	REGIÓN	Comuna	COLINA
	Dirección	AVDA EL COLORADO CASA 3			Telefono	87520515
AFILIADO	Nombres	JENNYFER ALEJANDRA	A. Paterno	AMUNÁTEGUI	A. Materno	BELMAR
	Rut	16795337-9	Fecha Nac	1985-04-04	Tramo	D
	Sexo	FEMENINO	Estado	ACTIVO		
DATOS CARGAS						
RUT	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo
21780684-4	ASTORGA	AMUNATEGUI	NICOLAS ANTIAN	HIJO	2005-02-23	MASCULINO

Fuente: Sitio web www.fonasa.cl

6. Se efectúa el cobro, se recibe el dinero y se confecciona el Comprobante de Recaudación del Servicio de Impuestos Internos, **SII**, por los valores recibidos, completando todos los datos estipulados para la validación de la información del paciente, esto es RUT y cuenta corriente (ver Figura N°5).

Figura N°5: Comprobante de Recaudación del Servicio de Impuestos Internos



SERVICIO DE SALUD NORTE
HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO
 PROFESOR ZARARTU N° 1085
 SANTIAGO
 GIRO: HOSPITAL

R.U.T.: 61.608.804 - 8
 BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
 NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.

N°0030500

FECHA:

☐ 1 PARTICULARES ☐ 2 CONVENIOS ☐ 3 LIBRE ELECCIÓN ☐ 4 INSTITUCIONALES

R.U.T. PACIENTE: PREVISION: A B C D

CTA. CTE:

POR CONCEPTO DE:

02 - 001	DÍA CAMA	
02 - 002	DERECHO PABELLON	
02 - 003	EXAMENES	
	LABORATORIO	
	IMAGENOLOGIA	
	PROCEDIMIENTOS	
02 - 004	CONSULTA MEDICA	
02 - 005	MEDICAMENTOS	
02 - 007	TRASLADOS	
02 - 008	CONVENIOS PROFESIONALES	
02 - 999	OTROS	
	DONACIONES	
	OPERACIONES AÑOS ANTERIORES	
	TOTAL	

RECIBI DE DON(ña)

LA CANTIDAD DE

INTERESADO	RECAUDADOR
FIRMA	NOMBRE
	FIRMA

Ana María Lillo Urquiza y Cía. Ltda. - R.U.T.: 78.408.130-7 Fonofax: 7378911 Sancti Spiritus 485 Santiago

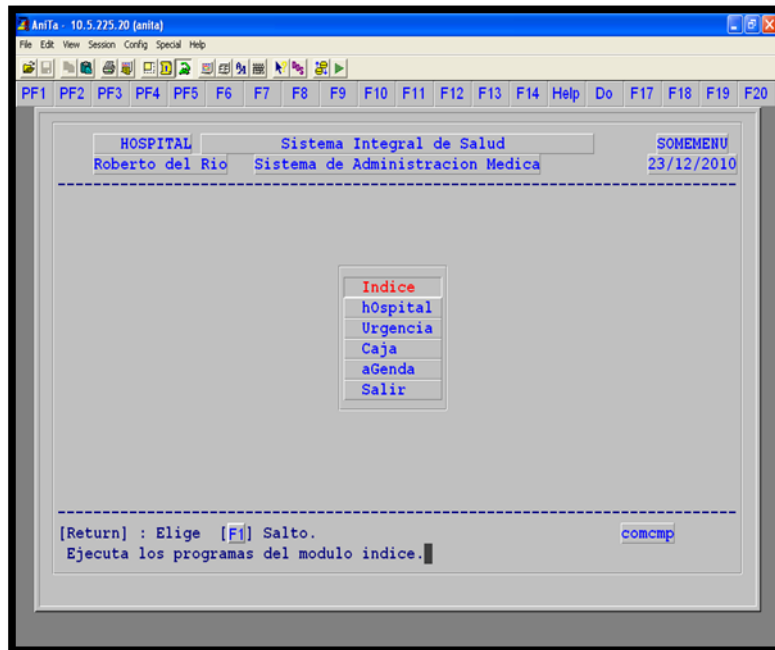
ORIGINAL: S.LL

Fuente: Manual de Comercialización (2012)

7. Se entrega el comprobante de recaudación de forma inmediata, sin enmendaduras y en tres copias: una para el paciente, una para la unidad de contabilidad y una queda en el talonario de comercialización.
8. Se timbran las citaciones ambulatorias de los pacientes del Servicio de Salud Mental, y de otros servicios, Todas las radiografías derivadas de los consultorios y "Radiografías de caderas (Estas deben ser timbradas por obligación ya que son la antecala para determinar el Diagnostico de Desplacia de Caderas, la cual es una Patología que está dentro de la Canasta del Auge), en caso de problemas de pago se se cobrará como paciente particular. Se reciben pagos por Hospitalizaciones, confeccionando Comprobante de Recaudación, de acuerdo al Formulario de Pago entregado por el paciente, en el cual se indican los ítem presupuestarios a cargar según especifica la oficina de comercialización de hospitalizados.

9. Al final de la jornada de trabajo, se ordenan los Comprobantes de Recaudación elaborados, se hace una Planilla de Recaudación ítem izada: consulta, examen y/o medicamentos. Se cuenta el dinero, cuadrando caja, rindiéndose con una hoja de arqueo al Jefe de Comercialización el cual debe revisar todas las planillas y los arqueos para luego entrégelos en un arqueo general a la Caja unidad dependiente de Contabilidad.
10. Los talonarios ya ocupados, son llevados al departamento de Comercialización de Hospitalizados para su custodia y control.
11. Una vez verificada la previsión del paciente, se realiza el procedimiento de ingreso al **Sistema de Administración Médica (SAM)**, cada funcionario de comercialización debe digitar su clave asignada por el departamento de informática.
12. Una vez abierto el programa en el Menú Principal, pantalla SOMENU se selecciona el modulo Índice (ver Figura N°6).

Figura N°6: Sistema de Administración Médica



Fuente: Manual de Comercialización (2012)

13. Aparece Pantalla SAINA00, aquí se ingresan los pacientes de urgencia, se selecciona Buscar, para verificar si el paciente ya ha sido atendido con anterioridad (ver Figura N°7).
14. La Unidad de Tesorería Central, cuenta con una herramienta de apoyo en caso de no tener Sistema de FONASA; este programa tiene por nombre ANITA, reemplazando a FONASA para verificación previsional de los usuarios externos e internos.

Figura N°7: Sistema de Administración Médica

Anita - 10.5.225.20 (anita)

File Edit View Session Config Special Help

PF1 PF2 PF3 PF4 PF5 F6 F7 F8 F9 F10 F11 F12 F13 F14 Help Do F17 F18 F19 F20

Hospital REGISTRO DE PACIENTE MINIMO SAINA00
S.S.M.N. 23/12/10

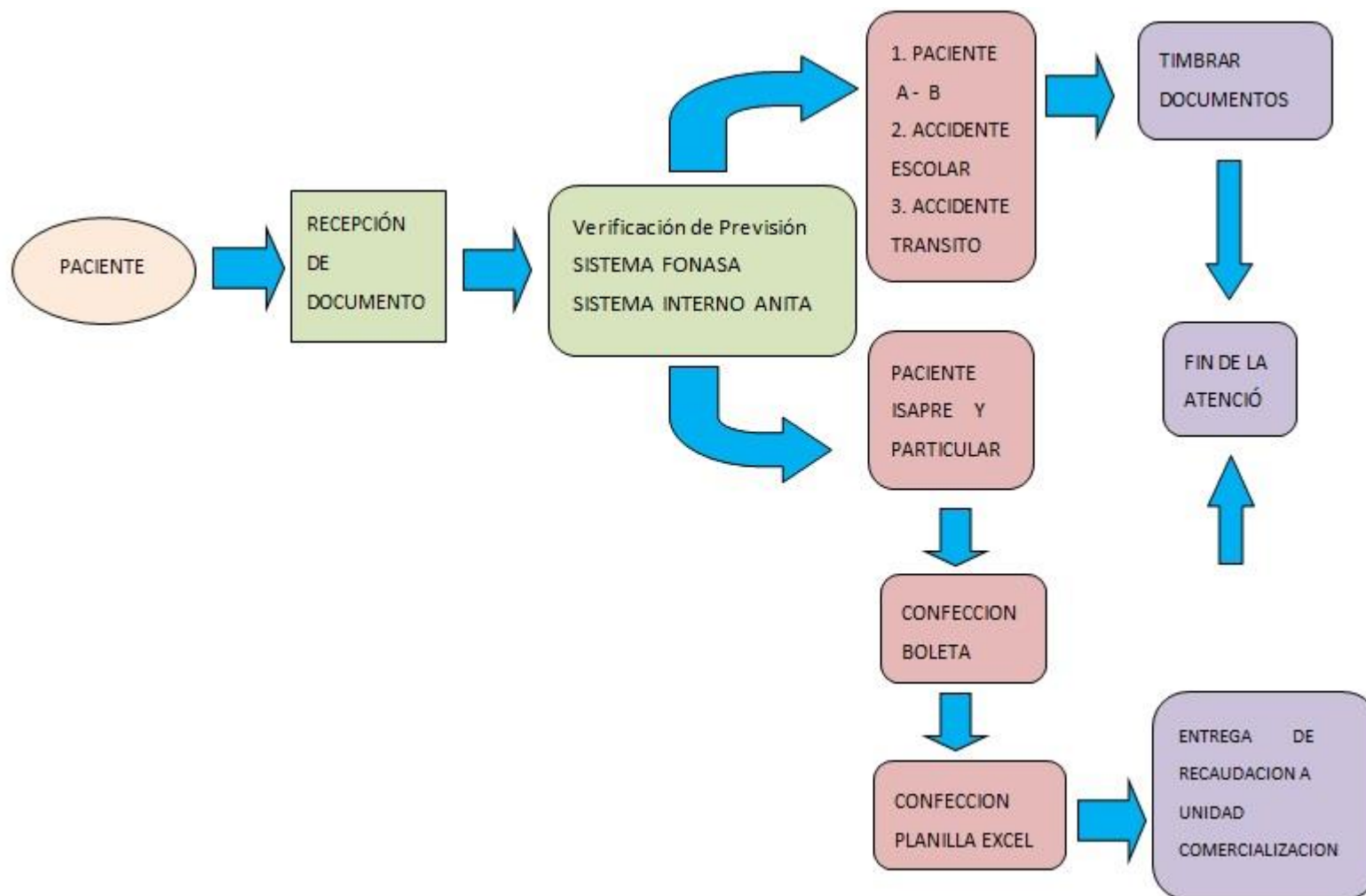
MINIMO: Ingresar **Busca** Modifica Carnet Selecciona Termina
BUSCA

CP : CERTEZA :
R.U.T. : - HC :
AP.PATERNAL :
AP.MATERNAL :
NOMBRES :
DIRECCION :
COMUNA : TELEFONO :
NACIMIENTO : EDAD : SEXO :
PREVISION : CARACTER :
CREDENCIAL : VIGENCIA :
EMISOR CR. :
NOMBRE PAD. : NOMBRE MAD. :

F4:HC F5:HC-Automatica F6:HC-Manual F7:Modifica-HC F8:Ultima_At

Fuente: Manual de Comercialización (2012)

Imagen N°1: Flujo del Proceso de la Unidad de Tesorería Central



Fuente: Elaboración propia

5.2 Análisis de Entrevista

Se realizó una entrevista a los funcionarios de la Unidad de Tesorería Central, de los 11 funcionarios que integran la unidad uno no quiso ser entrevistado.

De los 10 entrevistados, 9 son mujeres y sólo un hombre, con rangos de edad entre: 30 a 60 años o más. Los funcionarios tienen una antigüedad promedio de: 5 a 30 años. Cabe mencionar que sólo tres de los funcionarios tienen menos de 10 años de antigüedad fluctuando entre cinco y diez años, el resto, supera los veinte años en la institución.

Los 10 entrevistados son Administrativos 8 titulares, 1 contratado y 1 honorario.

Pregunta N° 1: ¿Cuál es la opinión que tiene usted de la gestión realizada por la Unidad de Recaudación Central del Departamento de Comercialización del Hospital Roberto del Río?

Entrevistado	Respuesta
1	Buena.
2	En la unidad de comercialización se basa en recaudar las diferentes prestaciones que se dan en el hospital.
3	Se han realizado de acuerdo a las oportunidades que se han percibido, aprovechando cada instancia en mejorar lo que ya existe.
4	Buena, aunque se requiere de más información dentro de la unidad en cuanto a los cobros.
5	La gestión en general es buena, pero igual faltan procedimientos los cuales definir para una mejor atención al usuario.
6	La Gestión que realiza Comercialización, les falta..., porque hay varias falencias, por ejemplo, subir a los pisos e informar a los padres lo que deben cancelar.
7	Que es buena y entendible.
8	La Gestión realizada por la unidad de Recaudación es buena.
9	Regular, ya que podría optimizarse con medios tecnológicos.
10	Buena. Los funcionarios que laboran ahí deben mejorar para brindar una atención rápida, buena, y lo más expedita al público.

De los diez entrevistados, seis de ellos consideran que la gestión realizada por la Unidad de Recaudación Central es buena, acotando cuatro de ellos que se pueden realizar mejoras en la información respecto de los cobros y protocolos de atención a usuarios y a través de los medios tecnológicos.

Pregunta N°2: ¿Usted cree que el protocolo de funcionamiento de esta unidad permite un buen desempeño de sus funcionarios?

Entrevistado	Respuesta
1	Sí,
2	Sí, ya que toda funcionaria está en conocimiento de todas sus funciones en la unidad.
3	Sí, funcionaría mucho mejor, si el personal se guiara siguiendo el protocolo como corresponde y manteniendo un buen ambiente laboral
4	Sí.
5	Se nota ausencia de protocolos y si existen, falta difundirlos.
6	No, porque encuentro que el protocolo no cumple su función.
7	Sí
8	El protocolo de funcionamiento de ésta unidad cumple lo pedido por sus funcionarios.
9	Sí
10	El protocolo sí, pero el lugar de trabajo es muy deficiente.

De los diez entrevistados, siete concuerdan en que el protocolo de funcionamiento es adecuado, sin embargo, dos de los entrevistados, agrega que un apego mayor a este protocolo podría aumentar los niveles de productividad y mejorar el clima laboral. Solo uno de los entrevistados, señala que desconoce el protocolo, y que en caso de haber, no se ha inducido de forma correcta.

Pregunta N° 3: ¿Usted considera que el modelo actual permite realizar una buena gestión en relación a la documentación que entrega esta unidad?

Entrevistado	Respuesta
1	Sí,
2	En algunas cosas hay un déficit aún, pero lo se trabaja se puede hacer una buena gestión, aunque podría ser mejor.
3	En la parte de Comercialización está definido el modelo a seguir y funciona dando buenos resultados. En Convenio de pacientes se debe desarrollar y mejorar lo que existe actualmente.
4	Sí.
5	El modelo es un modelo antiguo, falta modernizarlo y aplicar buenas prácticas.
6	No, porque hay que pulir varios factores en cuanto a la documentación.
7	Sí
8	El modelo actual permite realizar una buena relación a la documentación entregada por ésta unidad, cumple con el protocolo.
9	En cuanto a la documentación sí, pero podría ser aún mejor.
10	Sí, permite una buena gestión.

De los diez entrevistados, ocho concuerdan que el modelo actual permite realizar una buena gestión, en relación a la documentación entregada por la unidad. Y dos de los entrevistados concuerda que es un modelo antiguo y que necesita ser modificado. En general, los funcionarios contestan que el modelo actual es adecuado, sin embargo, señalan de todas maneras que se puede mejorar. Uno de los entrevistados que no se pronuncia sobre si el modelo actual es pertinente o no, señala sin embargo que el modelo es antiguo, que hay que modernizarlo y que esto permitiría aplicar buenas prácticas.

Pregunta N° 4: ¿Usted cree que se deban realizar evaluaciones en pos de mejorar la gestión?

Entrevistado	Respuesta
1	Sí, para saber si la gente que trabaja en ésta unidad está apta para ejercer ésta labor.
2	Sí, ya que las evaluaciones ayudan a mejorar el trabajo.
3	Sí, de otra forma no saben si han mejorado o siguen igual. Se necesita ser evaluado y reconocido por el trabajo realizado.
4	Sí, la evaluación permite crecimiento dentro de la unidad.
5	Siempre es bueno evaluar y comparar esas evaluaciones.
6	Sí, hay que realizarlas.
7	Nunca está demás reformar lo antes dicho.
8	Sí, es necesario evaluación para mejorar la gestión y cumplir metas solicitadas.
9	Sí.
10	Sí, pero a nivel de dirección y subdirección médica, ya que la jefatura y funcionarios siempre están preocupados de mejorar la gestión.

De los diez entrevistados, los diez responden que Sí es muy necesario realizar evaluaciones en pos de mejorar la gestión dentro de la unidad. Uno de los entrevistados opina que la dirección y la subdirección médica deben dar mayor énfasis a la gestión, por ser el nivel superior dentro de la institución. Además dentro de las respuestas, consideran que es necesario para saber cómo están trabajando, como una manera de recibir retroalimentación de las funciones realizadas, además para poder reconocer los logros; y cumplir los objetivos que se planteen.

Pregunta N° 5: ¿Usted cree que se deban realizar cambios que apunten a mejorar la calidad de atención de esta unidad?

Entrevistado	Respuesta
1	No, está bien así.
2	Los cambios son precisos. Uno es poner más formas de pago, hay un sistema nuevo que se llama RET ²⁶ . Los usuarios pueden cancelar con las distintas casas comerciales y lo segundo es que en nuestra unidad es que solo vayan usuarios que paguen.
3	Sí, se deben hacer varios cambios partiendo por la actitud del personal, deben trabajar más en equipo para brindar una mejor atención.
4	Sí, siempre los cambios son en mejora de la unidad.
5	Sí, es necesario, siempre hay que realizar cambios, siempre y cuando no tengan un impacto negativo.
6	Sí.
7	Sí.
8	No creo cambios que apunten a mejorar la calidad de atención de ésta unidad, por la capacitación que se envía a cada funcionario para estar al día.
9	Sí de todas maneras, realizando una evaluación a los protocolos y toda la unidad en sí.
10	Cambios de infraestructura, puestos de trabajos son muy deficientes. Si no hay un lugar cómodo para trabajar y desempeñar bien las funciones no se trabaja con comodidad.

De los diez entrevistados, ocho responden que si son necesarios los cambios tanto en infraestructura, puestos de trabajo como la convivencia de trabajar en equipo y dos responden que no se necesitan cambios considerando que la calidad de esta unidad es buena, ampliar las formas de pago para facilitar el proceso al usuario, fomento del trabajo en equipo, evaluaciones de desempeño. Solamente dos de los entrevistados, consideran que no se deben implementar cambios o mejoras, ya que la eficiencia de la gestión sería la adecuada, ya que uno de ellos señala que se recibe capacitación constante que permite estar al día y actualizado.

²⁶ **Sistema RET (...):** Sistema de pago similar a *Transbank*, que permite al usuario cancelar con tarjetas de casas comerciales y de crédito.

Pregunta N° 6: ¿Usted considera el tiempo de espera a una respuesta de su documentación?

Entrevistado	Respuesta
1	A pesar de la cantidad de público que asiste al servicio el tiempo es el adecuado.
2	El tiempo de espera es alto, ya que toda documentación que tenemos es manual y el tiempo que se pierde en llevar el documento es vital.
3	Los tiempos de entrega están claros y definidos y son los mismos del sector privado.
4	Sí, es la adecuada.
5	Sí, ya que conozco los tiempos aproximados de respuesta.
6	No, encuentro que en alguna documentación es muy demorosa.
7	No responde.
8	No creo en el tiempo de espera a una respuesta de la documentación, porque es rápida y expedita y el tiempo de espera es lo mínimo.
9	Sí.
10	Sí, por supuesto.

De los diez entrevistados, siete responden que el tiempo de espera está de acuerdo a lo solicitado, siendo expedita y rápida, similar a los del sector privado.

Uno de los entrevistados no responde y los dos restantes, señalan que el tiempo de espera es alto, la tramitación es demorosa, hace perder tiempo que se podría utilizar atendiendo a otros usuarios al ser un procedimiento manual que no permite automatización.

Pregunta N° 7: ¿Usted cree que sería importante capacitar a los integrantes de esta unidad en pos de mejorar su gestión?

Entrevistado	Respuesta
1	Sí, porque está cambiando y sumando más especialidades al sector.
2	Siempre las capacitaciones son buenas, para cada funcionario, para mejorar la gestión.
3	Por supuesto, la capacitación de los funcionarios es importante para cambiar con sus actitudes negativas y pesimistas. Que se den cuenta que son capaces de realizar muchas cosas, y mejorarlas día a día.
4	Sí, siempre la capacitación permite que la persona adquiera conocimiento.
5	Sí, siempre es bueno capacitar, lo ideal es que después se pueda aplicar.
6	Sí, sobre todo a las personas nuevas.
7	Sí, porque a veces la mente es frágil.
8	Sí, es muy importante capacitar a los integrantes para dar una excelente gestión.
9	Sí.
10	Sí, por supuesto es importante, aunque los mismos funcionarios traten cada día de mejorar las gestiones.

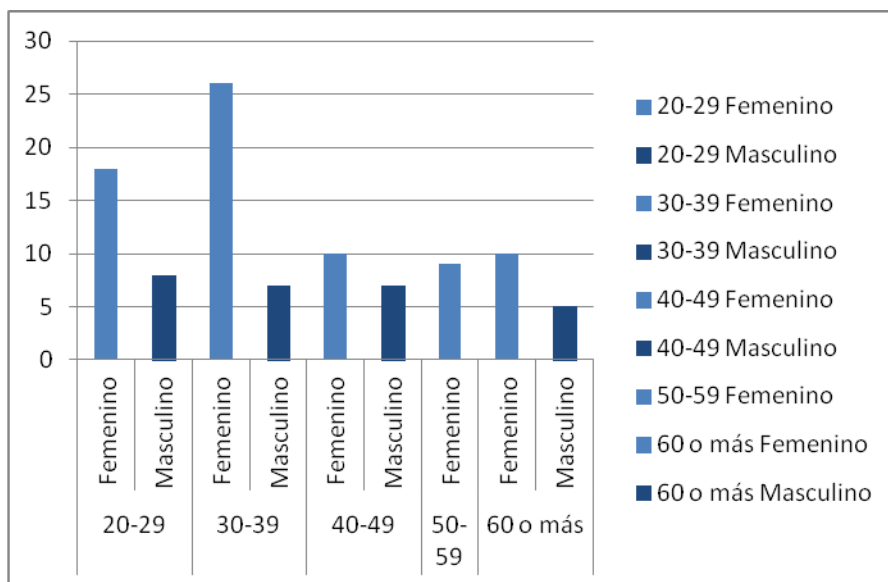
De los diez entrevistados todos responden que Sí es muy importante capacitar a todos los funcionarios de ésta unidad e implementar mecanismos de gestión que permitan aplicar los conocimientos y poner en práctica lo enseñado en las capacitaciones en mejora del ambiente laboral. Para mantenerse ideas con las nuevas prestaciones, para mejorar la gestión, para fomentar una actitud positiva y motivar, para adquirir nuevos conocimientos, para incluir personal nuevo.

5.3 Análisis de Encuesta

Se aplicaron las siguientes preguntas a los clientes externos usando Método Likert. Se preparó un cuestionario de seis preguntas, aplicado a 100 usuarios hombres y mujeres al azar, todos mayores de edad. Las respuestas son Sí, No, No sabe, No contesta.

Rango de edad de los encuestados

Gráfico N°1: Rango de edad y sexo de los encuestados

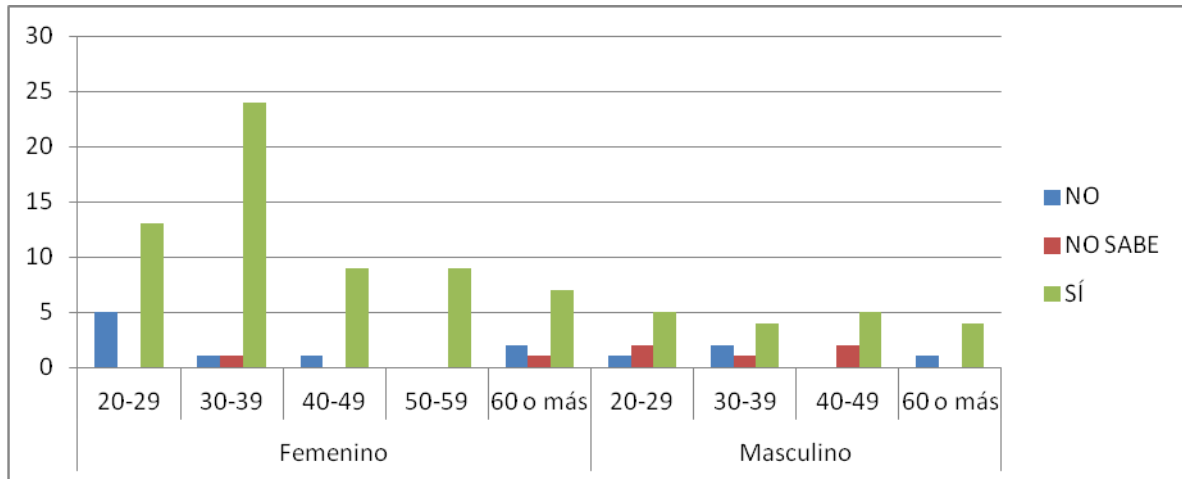


De los 100 encuestados, 73 corresponden a sexo femenino y 27 a sexo masculino. Los rangos de edad de los encuestados se dividen en segmentos de 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años; y 60 o más. Del primer rango de 20 a 29 años, se encuestó a 18 mujeres y 8 hombres. Del rango 30 a 39 años se encuestó a 26 mujeres y 7 hombres. Del rango de 40 a 49 años, se encuestó a 10 mujeres y 7 hombres. Del rango de 50 a 59 años y 60 años o más, se encuestó a 19 mujeres y 5 hombres. Siendo los rangos de 20 a 29 años y 30 a 39 años, el usuario más frecuente con 59 encuestados, con un mayor

componente de mujeres, con un total de 45 mujeres del total de 73 mujeres encuestadas.

PREGUNTA N° 1 ¿La información entregada por esta unidad es clara?

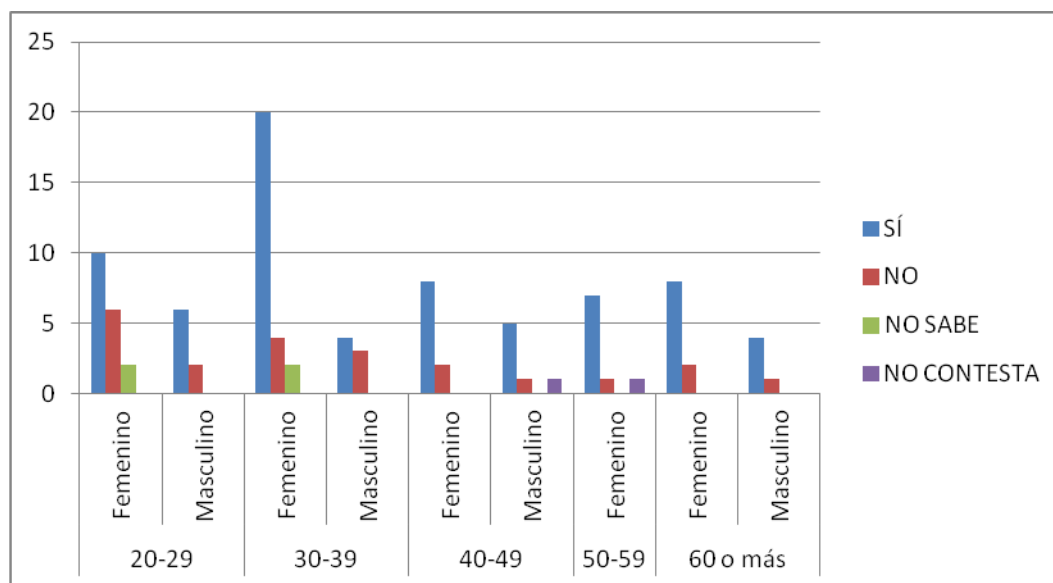
Gráfico N°2: ¿La información entregada por esta unidad es clara?



El siguiente gráfico representa que 37 mujeres entre los rangos de edad de 20 a 29 años y 30 a 39 años que asisten al Hospital opinan que la gestión realizada por la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización es clara. De las 73 mujeres encuestadas, 62 declaran que la información entregada por la Unidad, 18 de los 27 hombres encuestados declaran que la información es clara.

PREGUNTA N° 2 ¿Usted considera que la atención de esta unidad es de calidad?

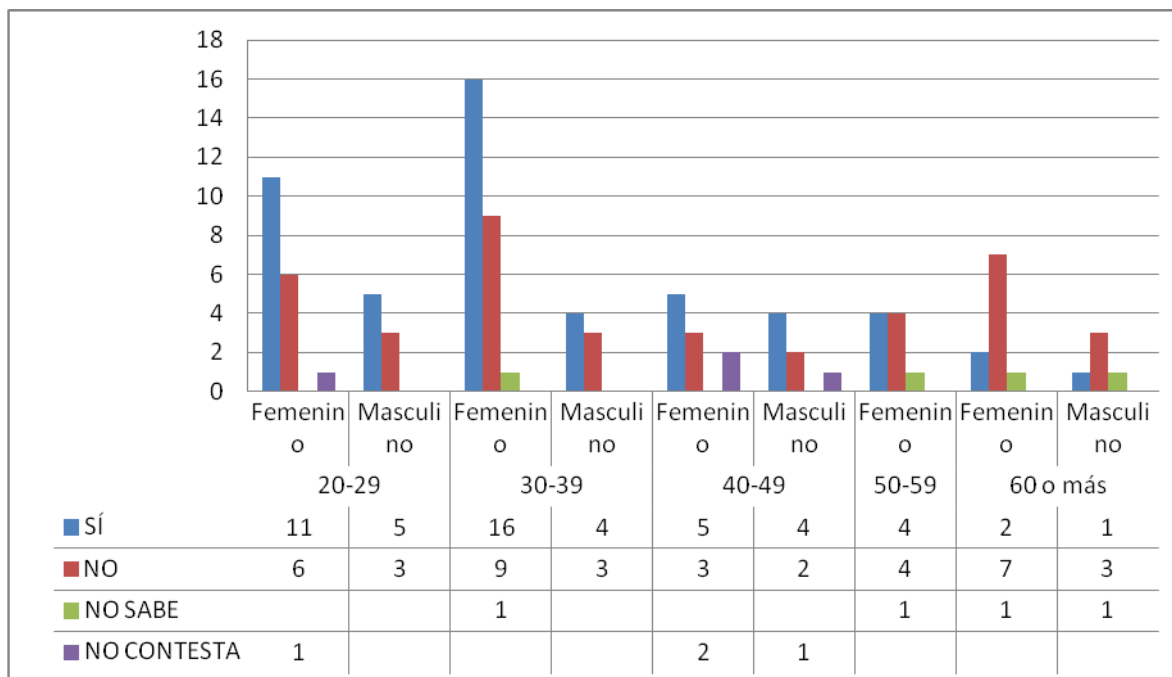
Gráfico N°3: ¿Usted considera que la atención de esta unidad es de calidad?



De las mujeres encuestadas, 53 mujeres señalan que la atención es de calidad, esto representa un 72% de las encuestadas; 19 hombres señalan que la información es de calidad, representando un 70% de los encuestados. En total, un 72% de los encuestados, señalan que la atención es de calidad, lo que se considera como aceptable.

PREGUNTA N°3 ¿Considera que el tiempo de atención es suficiente para lo que usted necesita?

Gráfico N° 3: ¿Considera que el tiempo de atención es suficiente para lo que usted necesita?

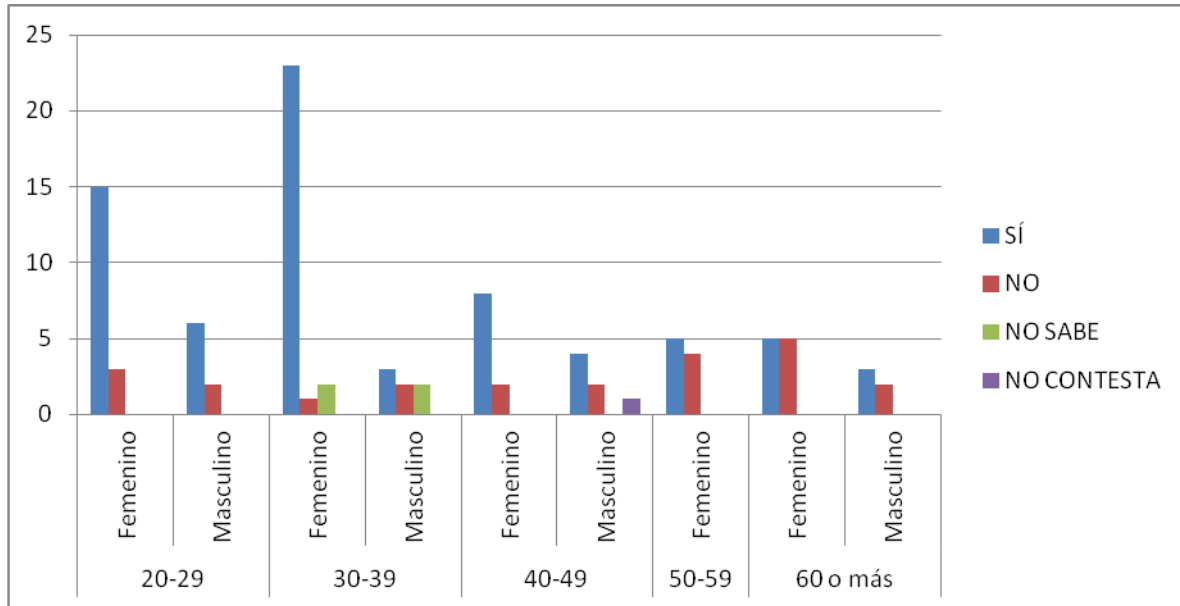


Un total de 38 mujeres encuestadas, señalan que el tiempo de atención es el suficiente, representando el 52% de las encuestadas. 27 de las 38 mujeres consideran que el tiempo de atención es el suficiente, se encuentran dentro de los rangos de 20 y 39 años,

Un total de 14 hombres encuestados, señalan que el tiempo de atención es el suficiente, representando un 40% de los encuestados. El nivel de aceptación es constante en los diferentes rangos de edad.

PREGUNTA N°4 ¿Considera que se cumple con sus expectativas de lo que usted requiere de esta unidad?

Gráfico N°5: ¿Considera que se cumple con sus expectativas de lo que usted requiere de esta unidad?

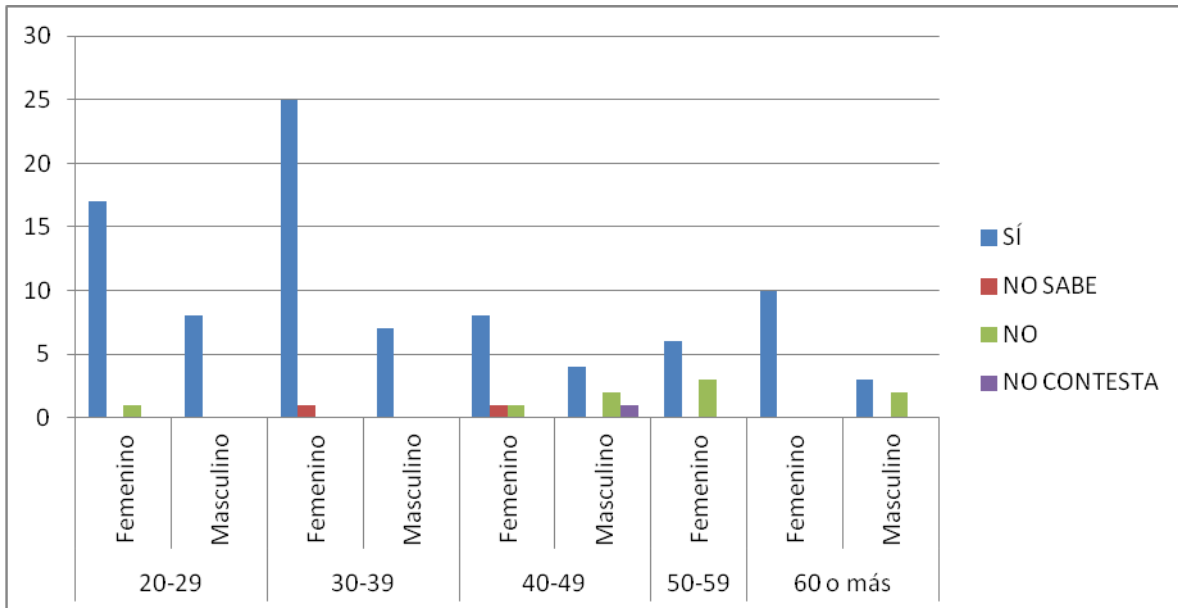


El siguiente grafico representa que entre la edad de veinte y veinte nueve años, el sexo femenino considera que si cumple con sus expectativas en cuanto a lo que requiere esta unidad.

El gráfico expuesto el sexo femenino, entre la edad treinta y treinta nueve años considera que se cumple con las expectativas de lo que requiere esta unidad, sin embargo el sexo masculino considera que no cumple con las expectativas.

PREGUNTA N° 5 ¿Usted cree que falta personal a esta unidad para atender al público?

Gráfico N°6: ¿Usted cree que falta personal a esta unidad para atender al público?

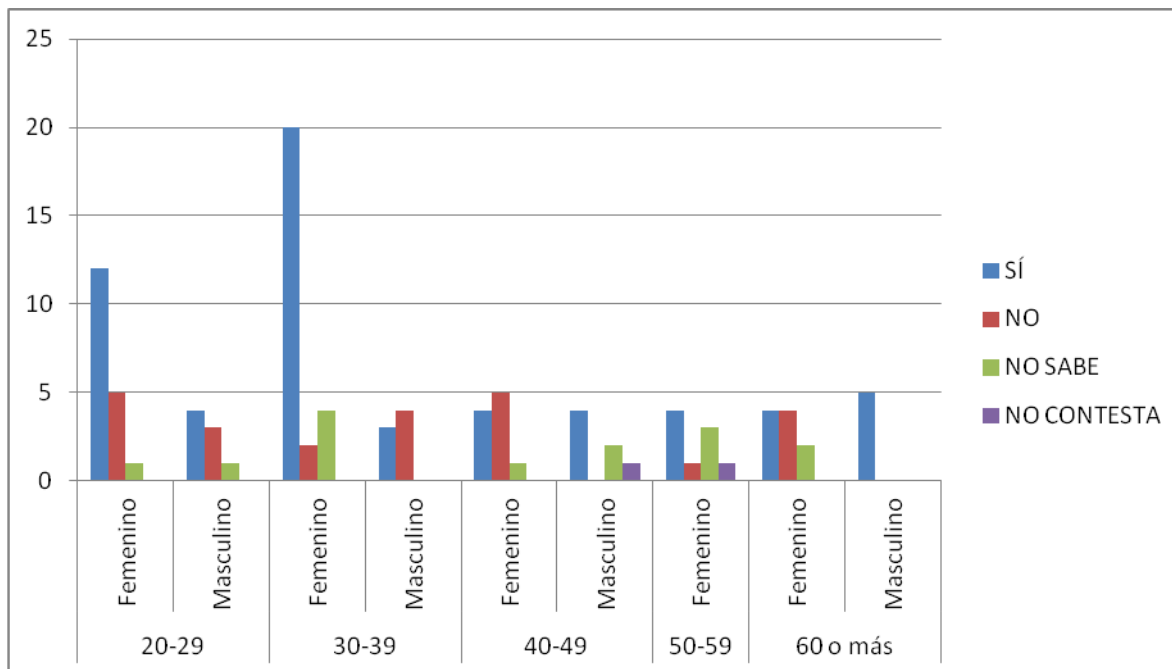


De las mujeres encuestadas, 65 mujeres señalan que SI hay falta de personal, son 45% de las encuestadas; mientras que personas de ambos sexos entre 20 y 29 señalan que SI hay falta de personal, En un total, un 45% de los encuestados, señalan que SI hay falta de personal.

El siguiente grafico entre la edad de treinta y treinta nueve años de sexo femenino y masculino con un porcentaje de 25% considera que falta personal a esta unidad para atender público.

PREGUNTA N°6 ¿Usted cree que el método de atención es el adecuado?

Gráfico N°7: ¿Usted cree que el método de atención es el adecuado?



El siguiente grafico representa que de un total de cien personas, entre la edad de treinta y treinta y nueve años, el sexo femenino considera que el método de atención es el adecuado.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Existen pocas opciones para gestionar el recurso humano, el personal existente es inamovible, hay carencia de incentivos a la buena gestión, no hay controles eficientes sobre la compra y utilización real de insumos y medicamentos, si carecemos de indicadores de impacto de las terapias en la sobrevivencia, tampoco hay control de calidad de insumos y medicamentos.

Se ha cedido la tuición, supervisión y calificación sobre el personal de colaboración, existe un alto nivel de deuda de arrastre y hay falta de liderazgos claros.

La mayor debilidad visualizada para la autogestión es la carencia de políticas de formación de recursos humanos necesarios para afrontar los requerimientos que establece el Acceso Universal de Garantías Estatales (AUGE) y el desarrollo de las mejoras proyectadas.

En la actualidad, se derivan cuantiosas cifras para comprar servicios que el sistema no puede atender por escasez de especialistas o insumos, sin considerar que con sólo una parte de esos recursos se podría aumentar significativamente la productividad del sector público.

La autogestión deja de lado la opinión y admiración de los médicos, si bien estos han dejado de ser la autoridad, se ha ido limitando progresivamente las atribuciones tanto a nivel clínico, como su rol directivo del equipo de salud en donde si tienen un mayor poder de decisión, en este escenario la autogestión resulta poco atractiva ya que el médico y los profesionales de la salud deben asumir siempre la responsabilidad médica legal de las prestaciones.

Los hospitales Autogestionados son un Modelo de Gestión que da valor al Sistema de Salud Pública, en donde, se podrá dar un mejor servicio a la población que asiste a los diferentes Hospitales, para tener una mejora de atención en las distintas patologías que ellos requieran. Estos cambios permitirán mejorar los recursos y atención médica de

manera eficiente y eficaz y que puedan ser ejemplo para el resto de los Hospitales de Salud Pública de nuestro país.

El resultado de esta Tesis permitirá la implementación de nuevos modelos a gestionar dentro de los Hospitales Públicos, aplicando las diferentes herramientas de Gestión a utilizar en las distintas unidades que componen la organización, las cuales permitirán que se puedan lograr los objetivos y cumplir las metas.

También es importante destacar que los Hospitales autogestionados en el aspecto de financiamiento deberán ser capaces de crear modelos de gestión que permitan el aumento de ingresos externos (cobro prestaciones médicas, exámenes).

La Gestión de recursos humanos es parte importante en el desempeño de las Instituciones Hospitalarias a través de la capacitación a los funcionarios en relación al tema de la autogestión, fortalecer el trabajo en equipo, fortalecer las competencias entre los equipos directivos y los diferentes grupos de trabajo que son necesarios para poder ejecutar la Autogestión. Además de educar al usuario externo e interno a través de documentos escritos como visuales (informativos, carteles, entre otros), esto deberá ser realizado con personal calificado (Orientadores, guardias).

6.1 Desventajas del Modelo

En vez de fortalecer un Sistema Público de Salud; se opta por la compra de servicios a privados, es decir, los Hospitales deberán ser capaces de generar sus propios recursos. El hecho que el Estado otorgue más recursos a la salud; no significa que esta mejore en calidad y cantidad, ya que los recursos se usarán en pagar a Empresa Privadas.

La Salud en Chile, con este sistema no fortalece a los Hospitales Públicos en dar un servicio más eficiente y eficaz a corto plazo, debido al gran endeudamiento de los Hospitales y el

no cumplimiento de atención oportuna a los usuarios.

Esto se agudiza debido al aumento de la población infantil, en este caso nos referimos al Área Norte, como Hospital Base debe atender a los pacientes que habitan en La Comuna de Conchali, Independencia, Recoleta, Huechuraba, Quilicura, Lampa, Colina, Batuco, la Tercera y Cuarta Region, si bien muchas veces quedamos al debe en la entrega de medicamentos y atención oportuna en las atenciones médicas de las distintas especialidades que el Hospital entrega a sus usuarios, esta la visión de mejorar los modelos de gestión.

6.2 El Sistema de Recaudación de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización

En conclusión la gestión que realiza la unidad es buena, aunque se requiere de más información dentro de la unidad a los usuarios internos/funcionarios, deben ser capaces de brindar una información clara y oportuna al usuario externo.

Los cambios son precisos de acuerdo a las necesidades del usuario interno (funcionario), a través de documentos (protocolos y normas), las cuales respondan a las necesidades del usuario y los cuales sean documentados, aprobados por todos y conocidos por todos.

Debemos considerar que también son parte fundamental la infraestructura lo que permite un mejor rendimiento de parte de los funcionarios, si bien el trabajo no es difícil de aprender existe una presión constante del público que asiste ya que excede a la cantidad de funcionarios que realizan esta tarea, la cantidad de atenciones supera las 500, según la necesidad del usuario.

El modelo actual nos permite trabajar y poder lograr medianamente los objetivos y metas planteadas por los altos directivos de la organización. En donde se enfatiza el modelo de gestión que usa la unidad en traspasar la información de manera verbal y sin protocolos, siendo actualizados según las necesidades de dicha Unidad, ya sea en nuevas aplicaciones de tecnología y nuevos procesos que la dirección haya decidido modificar, buscando resultados y mejora en la gestión, debido a la alta demanda de usuarios que necesitan de nuestros servicios por el aumento explosivo de nuestra población ambulante de usuarios externos (extranjeros, crecimiento de población infantil en el área norte).

Los funcionarios recurren a todo tipo de datos relativo a los usuarios (internos y externos), de acuerdo a las normas establecidas, la unidad cumple con éstas; pero sin embargo se puede concluir que existen falencias, debido a que no hay una buena comunicación con los usuarios internos y externos, ya que generalmente no se entienden las instrucciones, debiéndose repetir varias veces lo que demora el proceso de atención.

En conclusión en la sistematización de la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización y de acuerdo a la información obtenida a través de las herramientas utilizadas (entrevistas y encuestas) a usar nos permitió detectar **un proceso que no es malo, pero sí se requiere implementar más herramientas (gestión de atención de calidad y rapidez) que permitan mejorar la gestión** de la Unidad de recaudación central.

En el caso de los usuarios externos, es muy importante considerar su opinión, ya que estos la califican a la Unidad como buena y de calidad, aún no cumpliendo con las necesidades en su totalidad, refiriéndose especialmente a la falta de personal en esta unidad debido a la gran demanda de la población infantil del sector del área norte.

Debemos considerar que esta opinión es importante en el mejoramiento de la gestión de

la Unidad, la cual permitiría una mejor atención e información al usuario en relación al tiempo que se da al usuario externo en la entrega de atención de e información que cada usuario necesita.

En el caso de los usuarios internos nos permite indagar en el tema de la comunicación que existe entre los superiores y usuarios internos (funcionarios), ya que los métodos a aplicar no cumplen con una comunicación oportuna sobre todo a los cambios que se aplican de manera rápida solicitada por los superiores para la mejora de la gestión, en donde se le informa a los funcionarios más antiguos de manera verbal, siendo la labor de estos de dar en conocimiento a los funcionarios nuevos sin considerar que estos no cuentan con la experiencia para poder aplicarlo de manera más idónea en la gestión interna de la Unidad, considerando que muchas veces se debe usar el criterio personal para poder solucionar un problema de manera instantánea en relación a las tareas diarias que cada uno de estos deben cumplir, aunque ocasionalmente se les entrega un documento (protocolo) relacionado con algunos cambios importante para la Unidad estos no se aplican de manera inmediata lo que genera errores y no cumplimiento de lo expuesto por los superiores, considerándose una mala gestión dentro de la unidad.

6.3 Encuesta a usuarios

Se puede concluir después de realizar la encuesta, que los usuarios externos, están conformes con la atención recibida en el Hospital Roberto del Río, ya que ellos consideran que reciben una buena atención en lo que a salud se refiere.

Sin embargo, debido a la enorme cantidad de pacientes que acuden en dicho hospital, para buscar un bien tanpreciado como la salud, se hace necesario que se aumente el personal que atiende dicho lugar, es decir la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización del Hospital Roberto del Río, para así hacer más expedita la atención de dichos usuarios externos y la derivación de los pacientes, (aunque

a los funcionarios que atienden en la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización, no les corresponde derivación de pacientes, los cuales son sacados de su tarea habitual.

De todas maneras dicho personal tiene que hacerse cargo de derivar a los pacientes, y en algunas ocasiones encaminarlos, ya que algunas personas que acuden son de avanzada edad y en muchas ocasiones personas con algún tipo de discapacidad.

También a raíz de esta situación se hace necesario personal extra que esté para derivar y guiar a los pacientes a que lugar deben asistir, porque a pesar de ser un lugar relativamente pequeño, es demasiado público que llega en busca de una atención de salud.

6.4 Entrevista a Funcionarios

Se puede concluir después de realizar la entrevista, a los usuarios internos (funcionarios), y en respuesta a dicha entrevista los funcionarios consideran que la atención es buena, pero una de las falencias más destacada es la poca comunicación e información con los jefaturas.

La información entregada por los usuarios internos (funcionarios), es importante para desarrollar parte de nuestra tesis; la que nos permite conocer las debilidades de la Unidad de Tesorería Central a través de la entrevista, para los usuarios internos (funcionarios) estos consideran en su gran mayoría que los cursos de capacitación en gestión son importantes.

Los funcionarios si bien reciben una mediana información en cuanto a sus tareas a realizar y los cambios que las jefaturas realizan constantemente, estos son capaces de cumplirlas usando su experiencia y conocimiento adquiridos a través de sus años, en cambio los que

tienen menos años muchas veces cometen errores o recurren a los mas antiguos para solucionarlas. Si bien los procesos no son malos, estan demasiados enfocados a que cada funcionario tenga que aplicar muchas veces su “criterio”, para solucionar los problemas que se presentan de manera inesperada en su labor diaria. Esta observacion nos permite tomar en conocimiento que hay falta de procesos que no cumplen con las necesidades que cada usuario interno (funcionario).

CAPÍTULO VII: PROPUESTAS

De lo anteriormente expuesto, se proponen cambios importante en la mejora de la Gestión de esta Unidad. El tema está en la comunicación que debe realizar el jefe con usuarios internos (funcionarios), realizando reuniones por lo menos una vez al mes con la unidad para tomar conocimientos y dudas que se producen dentro de la Unidad, relacionado con las tareas diarias ha realizar ya que constantemente se producen situaciones nuevas que no estan dentro de la gestión que se deben aplicar como Unidad lo que se producen confusiones dando una información errónea hacia el usuario externo, lo que da como resultado el descontento del usuario externo lo que se tranforma en un reclamo de forma verbal o escrita (documento).

7.1 Propuestas para la Mejora de la Gestión

Cursos de capacitación relacionados con gestion de procesos, por lo menos una vez al año, cuyos contenidos sean básicamente en la comunicación efectiva hacia el usuario interno (funcionario) en la información y el trato que este entrega al usuario externo, la cual se pueda lograr una mejor comunicación entre ambas partes, en donde se debe considerar que los usuarios externo que asisten a la unidad son personas que de desconcen el sistema y tramites (documentos) que deben realizar para su atención.

Coaching de Atención a Usuarios, dirigido a la atención del cliente, comunicación efectiva, motivación y técnicas de atención, escucha efectiva, relajación y postura para cumplir labores.

Cursos de Neurolinguística que sean puestos en práctica y se entreguen a los funcionarios, pero muchos con el tiempo no los ponen en práctica o los olvidan, por consiguiente no son productivos para la mejora de la gestión de Unidad, aunque actualmente los funcionarios desean volver a tomar el curso, por aumento de stress.

Instar la participación del Usuario Interno (funcionarios), para exponer sus dudas y los diferentes acontecimiento que se producen dentro de la Unidad ya sea por el clima laboral o las diferentes situaciones que ocurren los usuarios externos que concurren a la Unidad para solicitar una información ya sea por los cobros y la gestión a realizar como usuario externo. Esta participación se puede realizar a través de documentación realizada por el funcionario a su Jefatura.

Fomentar la Comunicación Interna en la Unidad, permitir a los funcionarios ser participe en la toma de decisiones, socializar las directrices e instrucciones de la dirección o instancias superiores. Desarrollar el buen clima laboral interno, considerar las opiniones y experiencia laboral de los funcionarios en pos de la mejora de la gestión de la Unidad.

Confeccionar de manual de procedimientos como protocolo y estándar de funcionamiento que sea cada cierto período se actualizado para ser entregado a la Unidad con los cambios solicitados por los superiores en mejora de la gestión de esta unidad, considerada como un Unidad fundamental para lograr los objetivos y metas planteadas por la dirección principalmente en cumplir con una buena gestión. El documento además debe ser socializado a los funcionarios.

Pautas, que permitan al funcionario conocer sus tareas y obligaciones dentro de la Unidad.

Actas, que permitan al funcionario dejar informes de sus tareas realizadas dentro de su horario de trabajo.

Bitácoras

Documentar

Aumentar personal en la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización, tanto en la unidad de Recaudación propiamente tal, como junto a ella para que luego de que las personas ingresen al hospital a la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización y realicen el ingreso al hospital, exista una persona que los acoja y los reciba y guíe en el trayecto que deben realizar o les indique hacia donde deben dirigirse a realizar los exámenes médicos y atención médica que ellos requieran. Esto se propuso una vez que se instalaron las señáleticas y no dieron buenos resultados, porque el usuario no tiene la costumbre de leer.

Mejorar la infraestructura / puestos de trabajo en la Unidad de Tesorería Central del Departamento de Comercialización, por lo que lograría una disminución de las licencias médicas y constante quejas de los funcionarios por su estación de trabajo.

Modernizar herramientas de trabajo tales como un proyecto que al realizar la recaudación ingrese de manera instantánea al sistema de recaudación, permitiría a la unidad disminuir el tiempo de atención al usuario externo, haciendo uso de atención rápida y eficiente lo que permitiría mejorar la imagen hacia los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

* **Doña, Karina (2006).** *“Síntesis del Proceso de Modernización del Estado en Chile 1994-2003”*. Documento apoyo docente Abril 2006.

* **DIPRES, Ministerio de Hacienda (2012).** *“Definiciones Estratégicas”*. Disponible en http://www.DIPRES.gob.cl/574/articles-86476_doc_pdf.pdf

* **Ramírez, Vicente,** *“El Proceso de reforma del Estado y modernización de la gestión pública en Chile: Lecciones, experiencias y aprendizajes (1990-2003)”*. 1ra Ed. Madrid, 2004. Ficha catalográfica del centro de publicaciones del INAP, Instituto Nacional de Administración Pública.

* **Baptista Pilar, Fernández Carlos, Hernández Roberto, (1991)** *“Metodología de la Investigación”* 1° Edición México.

* **Sitio Web Hospital Roberto del Río,** <http://www.hrobertodelrio.cl/>; 14-07-2013

* http://www.revchilsaludpublica.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=1593:hospitales

* [autogestionados-a-la-larga-autofinanciados&catid=11:salud&Itemid=55](#) agosto 2013

* http://www.modernizacion.cl/index_archivos.htm. agosto 2013

ANEXOS

ANEXO N°1: FORMATO DE ENTREVISTA

La presente entrevista se implementa en el marco de la realización de tesis para la obtención del título de Ingeniero de Ejecución en Gestión Pública. Esta entrevista es anónima.

EDAD	
------	--

La entrevista consta de siete preguntas, debe responder dentro del campo habilitado (Cinco líneas, aproximadamente mil caracteres).

1. ¿Cuál es la opinión que tiene usted de la gestión realizada por la Unidad de Recaudación Central del Departamento de Comercialización del Hospital Roberto del Río?
2. ¿Cuál es la opinión que tiene usted de la gestión realizada por la Unidad de Recaudación Central del Departamento de Comercialización del Hospital Roberto del Río?
3. ¿Usted cree que el protocolo de funcionamiento de esta unidad permite un buen desempeño de sus funcionarios?
4. ¿Usted considera que el modelo actual permite realizar una buena gestión en relación a la documentación que entrega esta unidad?
5. ¿Usted cree que se deban realizar evaluaciones en pos de mejorar la gestión?
6. ¿Usted cree que se deban realizar cambios que apunten a mejorar la calidad de atención de esta unidad?
7. ¿Usted considera el tiempo de espera a una respuesta de su documentación?
8. ¿Usted cree que sería importante capacitar a los integrantes de esta unidad en pos de mejorar su gestión?

ANEXO N°2: FORMATO DE ENCUESTA

La presente encuesta se implementa en el marco de la realización de tesis para la obtención del título de Ingeniero de Ejecución en Gestión Pública. Esta encuesta es anónima.

SEXO		EDAD	
------	--	------	--

Respuestas:

1-. SI
2-. NO
3-. NO SABE
4-. NO CONTESTA

La encuesta consta de seis preguntas, marque con una X la alternativa que considere pertinente; debe escoger sólo una alternativa: Sí, si está de acuerdo. No, si no lo está. No sabe, si considera que no puede contestar. No contesta, si desea omitir la respuesta.

1. ¿La información entregada por esta unidad es clara?

Sí	
No	
No sabe	
No contesta	

2. ¿Usted considera que la atención de esta unidad es de calidad?

Sí	
No	
No sabe	
No contesta	

3. ¿Considera que el tiempo de atención es suficiente para lo que usted necesita?

Sí	
No	
No sabe	
No contesta	

4. ¿Considera que se cumple con sus expectativas de lo que usted requiere de esta unidad?

Sí	
No	
No sabe	
No contesta	

5. ¿Usted cree que falta personal a esta unidad para atender al público?

Sí	
No	
No sabe	
No contesta	

6. ¿Usted cree que el método de atención es el adecuado?

Sí	
No	
No sabe	
No contesta	