

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
ESCUELA DE INGENIERÍA COMERCIAL



“Modelo de Centros de Responsabilidad, en los Establecimientos  
Hospitalarios del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota”

MEMORIA PARA OPTAR  
AL GRADO DE LICENCIADO EN CIENCIAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y  
AL TÍTULO DE INGENIERO COMERCIAL

Profesor Guía: SR. OSCAR L. FARIÑA HINOJOSA  
Alumnos: SRTA. CLAUDIA A. PANDELARA ALVAREZ  
SR. JORGE A. VILLAR LEIVA

VIÑA DEL MAR, 2010

## **AGRADECIMIENTOS**

**Agradecemos a nuestras familias  
por el apoyo recibido durante  
todo el período de la carrera.**

**Agradecemos a nuestro Profesor  
Guía Don Oscar Fariña Hinojosa,  
por su apoyo en este proceso.**

**Agradecemos también a todos  
nuestros profesores que nos  
entregaron conocimientos para  
realizar este trabajo.**

**Agradecemos a todas las  
personas que por su cargo y  
buena voluntad, nos proveyeron  
de información para realizar esta  
investigación.**

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>ii</b>
<b>INDICE</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>1</b>
- <b>Objetivo General</b>	<b>1</b>
- <b>Preguntas de la Investigación</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Definición de Modernización del Estado</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Reforma de Salud</b>	<b>12</b>
- <b>La Gestión en la Administración Pública</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Lineamientos del nivel central MINSAL</b>	<b>17</b>
- <b>Acreditación Hospitalaria</b>	<b>19</b>
- <b>Procedimiento de Acreditación</b>	<b>22</b>

<b>1.4</b>	<b>Establecimientos Autogestionados</b>	<b>23</b>
<b>1.5</b>	<b>Centros de Responsabilidad</b>	<b>28</b>
-	<b>Clasificación de Centros de Responsabilidad</b>	<b>31</b>
<b>1.6</b>	<b>Implantación del modelo de gestión</b>	<b>32</b>
<b>CAPITULO II</b>		
<b>DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN</b>		
		<b>35</b>
<b>2.1</b>	<b>Revisión de procedimientos del MINSAL para la implementación del Modelo</b>	<b>37</b>
-	<b>Estrategia de implementación del MINSAL</b>	<b>37</b>
<b>2.2</b>	<b>Entrevista al encargado de implementación del modelo de cada Establecimiento</b>	<b>49</b>
-	<b>Proceso de implementación del modelo de Centro de Responsabilidad</b>	<b>49</b>
<b>CAPITULO III</b>		
<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>		
		<b>52</b>
<b>3.1</b>	<b>Análisis de problemas detectados</b>	<b>52</b>
-	<b>Análisis de Estrategia de Implementación del MINSAL</b>	<b>52</b>
-	<b>Establecimientos de Menor complejidad</b>	<b>54</b>

-	<b>Establecimientos de Mayor complejidad</b>	<b>55</b>
	<b>CONCLUSIONES Y MEJORAS SUGERIDAS</b>	<b>61</b>
-	<b>Conclusiones</b>	<b>61</b>
-	<b>Propuestas de mejora</b>	<b>64</b>
-	<b>Mejores prácticas</b>	<b>64</b>
-	<b>Modelo de Gestión Propuesto</b>	<b>69</b>
-	<b>Sistema de Control de Gestión</b>	<b>71</b>
-	<b>Sistema de Información Gerencial</b>	<b>78</b>
-	<b>Sistema de Información Hospitalaria</b>	<b>82</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>87</b>

## **RESUMEN**

El nuevo modelo de Gestión impulsado por el Ministerio de Salud, para ser implantado en los Centros Hospitalarios del país, ha demostrado tener una evolución menor a la esperada. El objetivo de este trabajo es estudiar el real grado de avance en la implementación de este modelo, y determinar, además, las razones de esta brecha. Para ello se analiza tanto los lineamientos centrales a nivel del MINSAL, como también, el desarrollo del plan en cada establecimiento hospitalario del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. Como resultado, se concluye que el Ministerio de Salud ha sido demasiado optimista en esperar ciertos resultados tan prematuramente, y que los hospitales por su parte, han demostrado tener una fuerte resistencia al cambio.

## **ABSTRACT**

The new management model promoted by the Ministry of Health to be implemented in hospitals in Chile, has demonstrated a degree of progress slower than expected. The aim of this paper is to study the actual progress of implementing the model, and further determine the reasons for this gap, analyzing both the guidelines from MINSAL, as well as developing the plan in each hospital establishment Service Health Viña del Mar - Quillota, thus determining that the Ministry of Health has been too optimistic in expecting certain results so early, and hospitals also, have shown strong resistance to change.

## INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo, consiste en estudiar la eficiencia de las políticas públicas impulsadas por el Gobierno, a través de diversas leyes que soportan la Reforma de Salud, para generar la transformación hospitalaria hacia un Modelo de Centros de Responsabilidad, en los Establecimientos Hospitalarios del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. De esta forma, se definirá el concepto de Modernización del Estado, punto de partida a través del cual se va generando esta Reforma de Salud; luego se expondrán los Lineamientos del nivel central MINSAL, se definirán los conceptos de Establecimientos Autogestionados y Centros de Responsabilidad; además del estudio de la Implantación del Modelo de Gestión en el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota; todo esto como base para diagnosticar el problema.

Luego, el estudio continúa con el proceso de investigación de los lineamientos ministeriales, y además la observación en terreno del grado de avance del modelo a través de entrevistas realizadas a los encargados de la implantación del modelo en cada establecimiento. En esta etapa se establecerá si existe una diferencia entre la planificación realizada por el Ministerio en su guía de implementación, y la realidad del nivel que ha alcanzado cada uno de los establecimientos, detectando además, los



principales stakeholders que influyen en el proceso de implantación del modelo.

Luego de analizar los resultados de la investigación, determinando tanto los problemas de la planificación realizada a nivel del Ministerio de Salud, como los problemas detectados en la implantación de cada centro hospitalario, es que se propone una estrategia integral, que coadyuve con el proceso. De esta forma, es que se provee de un manual de buenas prácticas rescatadas de los tres establecimientos de mayor complejidad, como un material de apoyo que puede ser consultado para aplicarlo en la implementación del modelo. Y por otro lado, se propone además, una estrategia de gestión y control basada en tres niveles: Estratégico, Táctico y Operativo; cada uno dependiendo del nivel de gestión de la persona que haga uso de estas herramientas. Mediante esta estrategia diferenciada, se pretende que el usuario de cada nivel, tenga la capacidad de recoger toda aquella información que requiere para mantener el modelo funcionando eficientemente, y a su vez, que provea de información a los niveles superiores, creando así un círculo virtuoso.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Objetivo General**

El objetivo del presente trabajo, es investigar el real avance de la implantación del modelo de Centros de Responsabilidad en los tres hospitales de mayor complejidad de la Red de Salud Viña del Mar - Quillota, trabajando directamente con los encargados de la implantación del modelo de cada establecimiento. Aportando, además, con la definición de un modelo de gestión y control que permita establecer las bases organizativas, para soportar el modelo de Centros de Responsabilidad.

#### **Preguntas de Investigación**

En función al problema detectado, sobre el nivel de avance en la implementación del modelo de Centros de Responsabilidad en Red de establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, versus el estado de avance programado por la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, es que se pueden establecer las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Los establecimientos poseen las estructuras organizacionales adecuadas para implementar el modelo de Centro de Responsabilidad?
- ¿Los establecimientos han cumplido con los lineamientos ministeriales para implantar el modelo de manera íntegra?

Debido a lo antes mencionado se establece la importancia de la elaboración del presente estudio, que entregará una visión estructurada y en ningún caso sesgada de la problemática que enfrentan los tres principales establecimientos de salud del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, y una propuesta de trabajo basada en una metodología simple y efectiva de implementación del modelo de Centros de Responsabilidad.

El presente capítulo, tiene como finalidad estudiar e investigar la eficiencia de las políticas públicas aplicada a la transformación hospitalaria en base a la reforma de la Salud impulsada por el Gobierno. De esta forma, se definirá el concepto de Modernización del Estado, punto de partida a través del cual se va generando esta Reforma de Salud; luego se expondrán los Lineamientos del nivel central MINSAL, se definirán los conceptos de Establecimientos Autogestionados y Centros de Responsabilidad; para finalmente concluir el capítulo con el estudio de la Implantación del Modelo de Gestión en el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

## **1.1 DEFINICIÓN DE MODERNIZACIÓN DEL ESTADO**

La modernización de un Estado es un medio y no un fin en sí mismo. El objetivo superior que se persigue es convertir a una nación en un país desarrollado. Dicha transformación debe basarse en tres pilares que son la legitimidad institucional, equidad y competitividad. Estos tres elementos son complementarios y se nutren entre sí.

Un país competitivo en el marco internacional requiere de instituciones sólidas, eficaces y legitimadas en un contexto democrático. Además requiere un fuerte capital social y ello alude directamente a las oportunidades para el desarrollo personal y colectivo en una sociedad. La combinación virtuosa de estos tres elementos es necesaria e imprescindible para alcanzar la meta del desarrollo.

Durante los últimos veinte años, Chile ha experimentado un acelerado proceso de modernización social y crecimiento económico, lo que ha generado una población más participativa y demandante.

Analistas y políticos de diferentes tendencias coinciden en que el Estado tradicional necesita cambios para hacer frente a los nuevos desafíos.

Algunos de los argumentos más relevantes son en primer lugar, que el Estado ya no se concibe como productor exclusivo de una serie de bienes públicos o semipúblicos, como cuando era el gran proveedor de educación o el encargado de financiar casi la totalidad de las obras públicas del país.

Otro argumento, es la aparición de una serie de variables transversales; como la competitividad, la calidad de vida, la protección social, la planificación territorial y el cuidado del medio ambiente. También se exige del Estado nuevas competencias que permitan enfrentar estos desafíos de manera ágil y con una mirada global.

Por otro lado, los ciudadanos tienen mayores expectativas y exigencias respecto al Estado, asumiendo una postura más parecida a la de consumidores, muy diferente a la que generaría un Estado benefactor.

En consecuencia, el Estado no puede funcionar como un ente modelador de la sociedad. Pero tampoco puede dejarlo todo al arbitrio del mercado. Más bien, es percibido como articulador entre diferentes actores. Y para esto, debe ser dotado de las correspondientes facultades y estructura.

Ante este nuevo escenario, en enero de 2003, se establece un acuerdo gubernamental de modernización entre el Gobierno y la oposición, generando la Agenda Global de Modernización del Estado.

La agenda de modernización se crea con el objetivo de instalar una política de Estado de permanente mejora de la gestión pública. De esta manera se plantean siete ejes que agrupan las propuestas formuladas por Centros de estudio, Universidades, Ministerios y Servicios. Estos ejes son los siguientes:

Recursos Humanos y Gerencia Pública

El eje de recursos humanos y gerencia pública, tiene como objetivo central; contar con servicios de calidad para los ciudadanos. Para tal efecto, es rol del Estado contar con personal calificado para los ciudadanos; a fin de contar con “servicios públicos de excelencia”, esto es; Servicios públicos con liderazgo y profesionalización.

Para cumplir estos propósitos, se han ido desarrollando diversas medidas como la Modificación del Reglamento sobre Convenios de Desempeño, la elaboración de un Instructivo Presidencial para impartir normas que mejoren el funcionamiento e incluso la solicitud de renuncia y desvinculación de diversos funcionarios y directivos.

#### Hacia servicios de excelencia

Los objetivos de este lineamiento son principalmente; mejorar el acceso y la calidad de la atención ofrecida a la ciudadanía; perfeccionar los sistemas de planificación, evaluación y control de gestión; aumentar la utilización y la productividad de las nuevas tecnologías y reforzar los mecanismos de cooperación público-privada.

A fin de mejorar la **Atención a la Ciudadanía**, se plantean dos medidas; la primera busca reforzar el Sistema Integral de Atención a la Ciudadanía a través de la certificación de calidad según estándares internacionales y la segunda, que busca consagrar derechos y establecer estándares de atención en cuatro áreas emblemáticas: Previsión, Salud, Protección a la primera Infancia, y Vivienda Social.

Con respecto a la **Evaluación y Control de Gestión**, se refuerzan tanto la presentación de programas de presupuestos, a través de asistencia técnica y revisión de Diseño de Programas; como la evaluación de programas e instituciones; mediante la evaluación de iniciativas propuestas desde el año 2006 en adelante apoyado por un panel internacional de expertos. Por otro lado, se perfeccionan los mecanismos de incentivos; aumentando los incentivos por desempeño. Se consolida el Fondo de Modernización de la Gestión Pública, que tiene por objetivo financiar la elaboración de propuestas públicas y privadas de mejoramiento de la gestión pública. Y finalmente, se fortalece la División de Control de Gestión de Dipres, creándose un Departamento de Asistencia Técnica que tiene por función, asesorar en el diseño de programas y es responsable de la Nueva Línea de Evaluación.

Con respecto al **Gobierno Electrónico**, se trabaja en cuatro áreas. La primera establece un *Plan de Desarrollo Digital*, el cual consiste en seis iniciativas: una Ventanilla de Trámites Municipales, mediante el cual se automatiza la gestión de nueve trámites en 126 municipios. Una Oficina de Control de Proyectos para iniciativas TIC del Sector Público, el que refuerza la coherencia e impacto de iniciativas sectoriales. El Relanzamiento del Portal de Trámites del Estado, incentivando su uso, el cual cuenta con 5 servicios y 37 procesos más frecuentes. Nuevos Servicios Digitales a Empresas, con facilidades para el ingreso al Portal Comercio Exterior, Programas de Fomento, Tramitación de Concesiones, etc. Innovaciones en

Gobierno Móvil, el cual provee el servicio de dar respuesta a consultas y tramitación con telefonía móvil en 10 servicios. Y la Agenda Digital en Salud, conformada por el Sistema de Información de la Red Asistencial, Trámites Sanitarios en línea y licencias médicas electrónicas.

La segunda área se basa en el *Mejoramiento de Herramientas Digitales Existentes*; de esta forma se busca perfeccionar los Portales Institucionales y optimizar los Sistemas de Información y Consulta.

La tercera área dice relación al *Desarrollo de Procesos Inter-operables*, esto quiere decir, dinamizar los procesos, de manera de hacerlos menos burocráticos y disminuir los trámites y burocracia.

La cuarta y última área, está ligada al *Uso de medios de pago electrónico*, específicamente al pago de Subvenciones Educativas.

Finalmente, con respecto a la **Cooperación público-privada**, se ponen en marcha las Agencias Regionales de Desarrollo Productivo; para los cuales se constituyen Consejos Estratégicos público-privados, y se validan estrategias y planes de Mejoramiento de la Competitividad.

### Descentralización

Chile se caracteriza por ser un Estado extremadamente centralizado. Un Estado es considerado centralizado, cuando existe un sólo núcleo de poder central, que concentra todas las funciones y atribuciones de administración del país, y de la cual dependen todos los demás servicios, agencias y oficinas públicas que se encuentran a lo largo del país, los cuales serán



meros ejecutores de las decisiones o dictámenes que tome éste núcleo de poder central que se encuentra en la capital del Estado.

De esta manera, a través de este tercer eje, se busca lograr una Descentralización Política, Descentralización Fiscal, y Descentralización Administrativa.

Para lograr una **Descentralización Política**, se propone realizar en regiones, una Elección de Consejos Regionales, lo que se traduce en una mayor injerencia de las Regiones en el ámbito político del País.

Por su parte, la **Descentralización Fiscal**, se alcanza mediante dos iniciativas; el *Incremento de la Inversión Regional Total*, que del año 2008 al 2009 aumentó en un 7,3%; y la *Creación de Fondos Especiales*, dentro de los cuales se encuentran el Fondo para la Innovación de la Competitividad (FIC) fondo que en el año 2009 excedió los 25 mil millones de pesos; y el Fondo de Inversión Local (FRIL) el cual aportó con \$5.646 millones el mismo año.

Finalmente, la **Descentralización Administrativa**; se consigue mediante dos iniciativas concretas: la Transferencia de Competencias y la Construcción de la Institucionalidad. Con respecto a la *Transferencia de Competencias*, se crean en los Gobiernos Regionales la División de Planificación y Desarrollo Regional, y se realiza un traspaso de tareas de Ordenamiento Territorial. Por su parte, respecto de la *Construcción de la Institucionalidad*, se crea el Estatuto de Territorios Especiales, y las Agencias Regionales de Desarrollo Productivo, las cuales para enero de

2010, debían sufrir la transformación a Corporaciones de Desarrollo Regional.

En consecuencia, para lograr esta ansiada Descentralización, se realizan ciertas iniciativas a Nivel Comunal, como la Certificación de Calidad de Procesos Internos, la Capacitación de Funcionarios, la Simplificación de trámites a través de la Ventanilla Única Municipal, el Traspaso de Recursos Financieros, la creación de la Unidad de Calidad Municipal, etc. A fin de traspasar más competencias al poder local.

#### Fortalecimiento institucional

Mediante este eje, se busca dar un fuerte impulso a la creación y rediseño de instituciones, a través de definición de políticas, regulación, fiscalización y ejecución de políticas. En esta línea, cabe destacar el trascendental rol de la regulación y la fiscalización a través de la creación de nuevas superintendencias.

Para lograr este propósito, una de las medidas es formular **Proyectos sobre Nueva Institucionalidad**, de esta forma se crean instancias especializadas para la definición de políticas; se mejora el rol de coordinación y se delimitan funciones tendientes a energía y medio ambiente.

Por otro lado, se plantea un **Rediseño de Instituciones Públicas**, como el Ministerio del Interior, en el ámbito de Seguridad Pública, la Modernización del Ministerio de Educación mediante el Sistema Nacional de

Aseguramiento de la Calidad de la Educación, el Perfeccionamiento de Institucionalidad de Concesiones de Obras Públicas, el Fortalecimiento de la Fiscalía Nacional Económica lo cual otorga más facultades para perseguir colusiones, y la Transformación de la Casa de Moneda en Sociedad Anónima.

Por otro lado, dentro de la **Implementación de Reformas Institucionales en progreso**, aparece en primer lugar justamente los Hospitales Autogestionados, luego, la Reforma del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, mediante el fortalecimiento de la Subsecretaría de Previsión, la Superintendencia de Pensiones, el Instituto de Previsión Social y el Instituto de Seguridad Laboral.

#### Transparencia y probidad

Las iniciativas de Probidad y Transparencia, se basan en el apoyo a la Agenda de Probidad, Transparencia y Calidad de la Política, la difusión de las Buenas Prácticas de Probidad, Transparencia y Acceso a la Información del Estado, y el apoyo a la implementación e incorporación de lineamientos de la Ley de Transparencia en el Sistema Integral de Atención a la Ciudadanía en abril de 2009.

Dentro de los elementos más relevantes de la Ley de Transparencia; se encuentran las exigencias de transparencia activa, esto quiere decir, contar con información actualizada mensualmente sobre personal, cifras de remuneraciones, contrataciones (bienes muebles, servicios, asesorías),

transferencias de fondos públicos, programas de subsidios (diseño del programa, montos asignados, criterios de acceso, nómina de beneficiarios) y presupuestos de Ministerios y Servicios (información sobre el presupuesto asignado e informes sobre su ejecución).

### Participación ciudadana

Para concretar la ejecución de este eje, se apoya la ejecución de la Agenda Pro Participación Ciudadana 2006-2010; se realiza una actualización y seguimiento de Compromisos Ministeriales de Participación (alrededor de 170 compromisos con aproximadamente 700 iniciativas); se impulsan proyectos de ley contra la Discriminación y sobre Participación Ciudadana; y se aplica el Instructivo Presidencial para la Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

### Reformas políticas

“Un Estado moderno en los Político, es aquel que dispone de los mecanismos institucionales para una real representación de los intereses de los ciudadanos”<sup>1</sup>

Bajo este prisma, el país demuestra tener una democracia estable, sin embargo, existe un alto grado de disconformidad con el sistema político partidista chileno. De esta forma, las iniciativas de reformas políticas, se centran en primer lugar en la Inclusión en el Sistema Electoral, insistiéndose

---

<sup>1</sup> Extracto de Agenda de Modernización del Estado. Octubre 2008.

en el Proyecto de Ley de Inscripción Automática, y promoviéndose la aprobación del proyecto de ley que otorga sufragio de chilenos residentes en el extranjero para las elecciones presidenciales. Y finalmente, se busca también la calidad de la política y los partidos políticos, mediante la Reforma Constitucional de la Calidad de la Política, el Proyecto de Ley Orgánica de Partidos Políticos, y el Proyecto de Ley de Fideicomiso Ciego; estos tres proyectos de ley abordan parte de las deficiencias existentes entregando mayores facultades a los partidos políticos, a cambio de responsabilidades y exigencias de transparencia.

## **1.2 REFORMA DE SALUD**

La línea programática de fortalecimiento de las instituciones públicas y servicios de excelencia contempla dentro de sus alcances, la Reforma del Sector Salud.

Esta reforma contempla cinco principios fundamentales que son; Mejorar y garantizar la cobertura de atención a una mayor proporción de la población, Promover la transformación del modelo de atención hacia la prevención, Promover el uso del mercado y la competencia como un instrumento para mejorar la eficiencia y satisfacción de los consumidores, Fortalecer el papel del Estado como regulador, y Mejorar la eficiencia de los prestadores.

Dentro de este último principio, se plantea la necesidad de implementar políticas destinadas a mejorar específicamente la eficiencia de los

Prestadores Públicos. Esta prioridad se centra en el primer nivel de atención, mayoritariamente en manos de la administración municipal, sin embargo, se requiere, asimismo, introducir transformaciones que mejoren el rendimiento de los hospitales. La diferencia principal surge de la necesidad de crear sistemas de prestadores organizados, que privilegien el trabajo en red. Este aspecto es de importancia ya que la eficiencia del sistema de prestaciones no está garantizada por el sólo hecho de que cada prestador funcione de manera adecuada; la eficiencia global requiere que cada nivel de atención sea el correcto y que las acciones no se dupliquen. En este contexto, una de las herramientas de gestión que se implementa es el concepto de Hospitales Autogestionados, los que administrarán su propio presupuesto y definirán sus necesidades de recursos humanos. El Servicio de Salud, por su parte, tendrá la obligación y autoridad para fijar metas que se ajusten con las prioridades de la red asistencial donde está inserto.

### **La Gestión en la Administración Pública**

Dentro del contexto histórico para la nueva gestión pública, se encuentran ciertos eventos que han influenciado la forma de gestionar de las instituciones públicas.

En primer lugar, vemos el prolongado estancamiento de las economías industriales durante los años 70, que demandó un Estado más pequeño y menos intervencionista.

Por otro lado, los costos sociales derivados del gobierno militar demandan mayor y más efectiva intervención del Estado.

Asimismo, el escenario democrático aumenta las demandas ciudadanas por mayor transparencia, probidad, participación y descentralización.

Del mismo modo, el crecimiento económico incrementa la presión de los usuarios por mejor calidad y un mayor cumplimiento de sus expectativas.

En consecuencia, se ha pasado de una concepción que consideraba al Estado como el medio para alcanzar el desarrollo, el crecimiento del país y el bienestar social, hacia un cuestionamiento de su habilidad para resolver los principales problemas de nuestra sociedad.

La modernización del estado debe ser consecuente con un alto grado de eficiencia, y el valor de la eficiencia se hace imprescindible para el éxito de las entidades gubernamentales. De esta forma, se hace indiscutible el cambio del modelo burocrático de gestión, exigiéndose eficacia y efectividad en los procesos, y la generación de instituciones que permitan obtener mayor credibilidad y confianza del público.

En términos de gestión pública, no todo el aparato estatal sigue un mismo modelo de gestión, debido a las diferencias en el tipo de prestaciones que

realizan, en la población que es asistida, los recursos asignados y las formas de gobierno. Sin embargo, en cada repartición pública, bajo distintas modalidades, el diseño del sistema de gestión incluye los elementos de misión, visión, metas y funciones básicas de la institución; además se definen los roles de los gerentes y otros agentes que realizan la toma de decisiones; se determina la responsabilidad de las áreas funcionales, las relaciones de autoridad, técnica y de asesoría; se establece el flujo de información y la red de comunicaciones entre sectores; se especifica el tablero de comando o de control gerencial, con los indicadores de la eficacia en los servicios y la población atendida; y finalmente, se individualizan las interfaces con otros sectores del aparato estatal y entes comunitarios, como son las relaciones de hospitales con las universidades, obras sociales, fundaciones y otros prestadores de salud.

Osborne Y Gaebler (1992) en su libro “Reinvención del Gobierno” señalan que para lograr el cambio debe promoverse el espíritu empresarial en el sector público. Aunque se advierte que: “el Gobierno no puede funcionar como una empresa. La misión básica del Gobierno es servir a todos por igual, en forma independiente de la capacidad de pago de la gente. No se trata de ganar dinero. El Gobierno es democrático y abierto, de allí que se mueva con mayor lentitud que la empresa de orden comercial, cuyos gerentes pueden tomar decisiones rápidas a puertas cerradas”.



Aún teniendo estas diferencias en mente, el hecho de que el Gobierno sea democrático y abierto, no es motivo de justificación de la burocracia ya que se necesitan formas de gestión que respeten la función social del Estado, pero descentralizado, con la acción orientada al ciudadano y una alta calidad en sus servicios.

La sociedad actual requiere de instituciones públicas que ofrezcan bienes y servicios de una mayor calidad aprovechando al máximo la economía del tiempo, uno de los recursos más limitados en nuestra época. Se requieren instituciones más flexibles y adaptables con posibilidad de capacitar y empoderar a sus trabajadores para la toma de decisiones.

Mejorar la gestión de los Servicios Públicos es una necesidad cada vez más requerida por los usuarios y ciudadanos. Para ello se están aplicando técnicas de administración ya experimentadas en el sector privado, con algunas modificaciones para hacerlo coincidir con el objetivo del Estado, el cual no es la rentabilidad sino la acción social y la satisfacción de los ciudadanos.

En resumen, la nueva Gestión Pública debe implicar pasar del concepto de seguir instrucciones, al de Gestionar, es decir, conseguir resultados. Y obliga a utilizar técnicas de control que verifiquen la consecución de los objetivos de las actuaciones públicas.

Dentro de los nuevos conceptos de administración contenidos en la reforma del sector salud, se incluye la descentralización de la gestión de los establecimientos de mayor complejidad, mediante el establecimiento de un modelo de gestión en Centros de Responsabilidad.

### **1.3 LINEAMIENTOS DEL NIVEL CENTRAL MINSAL**

El proceso de reforma a la salud chilena se establece a partir del año 2000 con la Comisión de Estudios de la Reforma y se presenta un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, cuyos contenidos son los siguientes:

Derechos y deberes del paciente: Ley que regula los derechos y deberes que tienen los pacientes, asegurando el derecho de toda persona a recibir atención del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias en su entrega, además, la persona tiene el deber de respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.

Financiamiento: Ley que establece un régimen general de garantías en salud, que forma parte del Régimen de Prestaciones de Salud. El régimen de garantías en salud, es un instrumento de regulación sanitaria y le corresponde establecer las prestaciones de carácter promocional,

preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, que FONASA<sup>2</sup> deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional. El Régimen General de Garantías incluye también las Garantías Explícitas en Salud (GES), siendo estas últimas, garantías relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.

Autoridad Sanitaria y Gestión: Ley que fortalece la potestad de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como la de regulación y fiscalización que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

Ley de Isapres: Proyecto de Modificaciones a la Ley de Isapres relativas a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control. También forma parte de la Ley de Isapres, lo referente a los reajustes de precios de los planes de salud; la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones; la difusión de información por parte de la Superintendencia,

---

<sup>2</sup>Fondo Nacional de Salud. Organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.

así como también el acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.

Régimen de Garantías en Salud: Establece, entre otras materias, un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y considera el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes.

### **Accreditación Hospitalaria**

Incluido en la Reforma de la Salud, el proyecto de ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, contempla la creación de nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, incluyendo la acreditación de los establecimientos de mayor complejidad, que es el procedimiento de evaluación de la calidad institucional más extendido en todo el mundo. “Se define como un método de evaluación global de la calidad, periódico, confidencial, mediante estándares previamente conocidos, verificados por una entidad independiente respecto al establecimiento evaluado”<sup>3</sup>

Específicamente el “Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red”,

---

<sup>3</sup> Extracto de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

*Decreto N° 38 con fecha 29 de diciembre de 2005, establece la calidad de Establecimientos Autogestionados en red, una vez que han logrado acreditarse como tales:*

***“Artículo 10.-** Los establecimientos que obtengan la calidad de **"Establecimiento de Autogestión en Red"** serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.*

*No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 33 y 34 de este Reglamento.*

*Los Establecimientos Autogestionados, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de acuerdo a la ley.*

***Artículo 11.-** Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener la calidad de **"Establecimientos de Autogestión en Red"**, en adelante **"Establecimientos Autogestionados"**, y se regirán por las normas que señala este capítulo y, en forma supletoria, por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.*

*Para estos efectos se entenderá que tienen mayor complejidad técnica aquellos establecimientos que estén clasificados como de alta complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.*

*Asimismo, por mayor desarrollo de especialidades se entenderá que los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.*

*La organización administrativa corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostienen la gestión asistencial, y que incluyen unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros, que se disponen de acuerdo al plan de desarrollo estratégico del establecimiento, para facilitar y hacer posible las funciones del establecimiento en forma oportuna, eficaz, eficiente y efectiva.”*

El propósito de la Acreditación de Hospitales es contribuir al proceso de cambios para mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

La Acreditación de Hospitales debe considerarse como parte del proceso de cambios continuos que son necesarios producir en el sistema de salud y no

tiene como objetivo la sanción de establecimientos ni personas. Es una actividad formativa y no inspectiva. La Acreditación Hospitalaria constituye un práctico instrumento para lograr una cultura del mejoramiento continuo de la calidad y reducir el riesgo de episodios de malas prácticas.

De los procedimientos existentes para evaluar instituciones de salud, la Acreditación es el más específico del campo de la salud, dado que sus estándares provienen de la experiencia del propio personal de salud y del aporte de las sociedades científicas que contribuyen a su elaboración.

### **Procedimiento de Acreditación**

Básicamente el procedimiento consiste en la verificación del cumplimiento de estándares, por parte de un equipo de evaluadores del Ministerio de Salud que registran los datos en formularios de uso exclusivo de la entidad evaluadora. Las verificaciones se efectúan mediante entrevistas con directivos, personal jerárquico, inspección visual en terreno y análisis de documentación solicitada.

Una vez recogida la información en terreno, los datos se procesan, de manera de facilitar la interpretación de los resultados para llegar a la conclusión del grado de cumplimiento de cada estándar. Con la información procesada, se elabora el informe final, incluyendo su recomendación

respecto al resultado obtenido. Este resultado final de la evaluación es absolutamente confidencial.

Además del resultado final es muy importante el Informe de la Evaluación que detalla las fortalezas y debilidades encontradas en cada uno de los establecimientos, constituyendo un eficaz instrumento para la Dirección.

#### **1.4 ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS**

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

- Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumplir las obligaciones que establece el artículo 18 del Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red, para lo que se requerirá un informe del Director del Establecimiento dirigido al Director de Servicio correspondiente.
- Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud,



conforme a lo establecido en el Reglamento que establece el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

- Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que deberá considerar, a lo menos, los siguientes aspectos:
  - Política y plan de acción de Recursos Humanos.
  - Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistemas de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.
  - Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.
  - Plan de Gestión Clínica y Administrativa.

- Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos.
- Plan de Actividades de Auditoría interna.
- Sistemas de Planificación y Control de Gestión.
- Contar con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.
- Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.
- Tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.
- Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.

- Tener implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio procedimientos de cobro y recaudación de ingresos.

- Contar con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberá contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo deberá contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.

- Contar con un sistema especializado con mecanismos para el manejo de las peticiones, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.

La ley 19.937 en su artículo decimoquinto transitorio, señala que, los establecimientos tendrán la calidad de establecimientos de Autogestión en Red cuando cumplan los requisitos para ello. Sin embargo, señala también, que independiente de no haber obtenido la calidad de establecimiento Autogestionado, al 1°de enero de 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el sólo ministerio de la ley.

Posteriormente en el artículo décimo quinto transitorio de la ley N° 19.378, se modifica la fecha de obtención de tal calidad. “Los Establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 31 de enero del año 2010, pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el sólo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado Título.”

Al convertirse un establecimiento en Autogestionado, obtiene una amplia gama de facultades y deberes, en distintos aspectos, como por ejemplo:

- Obtiene mayores facultades en los ámbitos Administrativo, Financiero, Gestión de Recursos Humanos y Celebración de Convenios.
- Adquiere normas regulatorias específicas de cumplimiento obligatorio y controlado: Cumplimiento de Régimen de Garantías, Cumplimiento de Metas Sanitarias.
- Se obliga a mantener un equilibrio financiero: pago obligaciones antes de 50 días, Límite de compra de servicios a privados menor o igual a un 20%
- Debe alcanzar las competencias requeridas: Plan de Desarrollo estratégico alineado con el de su Red, Desarrollo de gestión Financiera, Desarrollo de la Gestión de las Personas, Sistemas de Información para la Gestión

- Debe optimizar la organización interna: Desconcentración de la Gestión (Centros de Responsabilidad), Gestión Clínica, Orientación a la Red, Cartera de servicios consensuada con gestor de Red, Sistemas de información compatibles con los de la Red, Participación Ciudadana, Auditoría

### **1.5 CENTROS DE RESPONSABILIDAD**

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

Los objetivos de un Centro de Responsabilidad son los siguientes:

- Transparentar la utilización de recursos.
- Facilitar la planificación global del establecimiento.
- Descentralizar las decisiones de uso de recursos del Establecimiento.
- Incorporar una herramienta de gestión que apoye al modelo de atención adoptado por el Establecimiento.

- Crear una estructura organizacional que facilite el control de gestión, la gestión de procesos y una orientación hacia el usuario del Establecimiento.

Las principales características de un Centro de Responsabilidad son:

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

Las Ventajas más representativas de utilizar este modelo son:

- Permite descentralizar y agilizar procesos y toma de decisiones.
- Permite reordenar la estructura de la organización.
- Flexibiliza el uso de los recursos.

- Detecta áreas de ineficiencia para la implementación de procesos de mejoría continua.
- Favorece el trabajo en equipo.
- Mejora la satisfacción del usuario interno y su compromiso con la organización.
- Favorece la integración del ámbito clínico y administrativo.
- Estimula y desarrolla el empoderamiento de la gestión clínica y sus resultados.
- Contribuye a la mejoría sistemática de la calidad en la atención al usuario externo.
- Facilita la comunicación y negociación de metas.
- Transparenta las metas de los diferentes Centros.
- Identifica las responsabilidades de cada centro en el proceso de decisión y producción.
- Estimula la motivación y la iniciativa.
- Facilita la evaluación.
- Mide y evalúa, el comportamiento y el grado de cumplimiento de las actividades y responsabilidades de cada Centro.
- Evalúa la contribución de cada centro al logro de los objetivos del Establecimiento.
- Identifica los recursos asociados a la producción.
- Mejora imputación de los costos al producto / servicio.

Los Centros de Responsabilidad se deben constituir en las unidades de producción básica de servicios de apoyo y servicios clínicos, que administran la cadena de procesos del establecimiento, y se diferencian en función de los productos y/o servicios que proveen, clientes a quienes responden, unidades que los conforman, conocimiento y tecnología que comparten y recursos que utilizan para cumplir su propósito, es decir, los Centros de Responsabilidad proveen los servicios que conforman la cartera de prestaciones de la organización.

### **Clasificación de Centros de Responsabilidad**

La clasificación y distinción genérica de los Centros de Responsabilidad debe responder al modelo de producción y la cadena de procesos del establecimiento. En función de las características propias del sector salud y lo observado en la interacción con los establecimientos.

Los Centros de Responsabilidad se pueden clasificar operativamente en:

- Centros de Responsabilidad Finales. Proveen los productos finales del establecimiento y administran los procesos clínicos o de atención del establecimiento.
  
- Centros de Responsabilidad de Relación con el Usuario. Proveen los servicios de orientación, información, atención, admisión y recepción,



recaudación, respuesta a reclamos y sugerencias y administran los procesos de relación con el usuario.

- Centros de Responsabilidad de Apoyo Clínico. Proveen los productos y servicios conocidos como intermedios a la cadena de producción del Establecimiento y administran los procesos de apoyo diagnóstico y los procesos de aplicación terapéutica.

- Centros de Responsabilidad de Apoyo Logístico. Proveen los servicios de provisión, almacenamiento y distribución de materiales, suministros, insumos y servicios de apoyo al establecimiento, y administran los procesos logísticos del establecimiento.

- Centros de Responsabilidad de Apoyo Administrativo. Proveen los servicios de apoyo en el ámbito administrativo.

## **1.6 IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN**

Se considera de vital importancia el éxito en la implementación de las nuevas políticas tendientes a optimizar la administración y gestión de las instituciones públicas de salud del país, ya que esto redundará positivamente en la mejor distribución de los recursos públicos hacia la ciudadanía.

Es por eso que los establecimientos de salud a partir del proceso de modernización del Estado y la Reforma de Salud, hoy en día han abierto las puertas, para que los responsables de la gestión de grandes recursos públicos, tengan que ser seleccionados no por designación, sino que por concurso público de alta dirección, por lo cual, en el caso de la gestión hospitalaria, se genera la posibilidad a que otro tipo de profesionales que no pertenecen al ámbito clínico, como Ingenieros Comerciales, Industriales o Administradores Públicos, puedan participar de esta gestión, aportando otro tipo de competencias; como por ejemplo, aplicar conocimientos científicos, matemáticos y de la ingeniería para mejorar el desempeño de las organizaciones y sistemas altamente complejos como establecimientos de salud de gran envergadura; establecer optimizaciones constantes de los procesos administrativos y productivos de los establecimientos de salud, identificar y analizar los problemas organizacionales desde una perspectiva financiera y económica, evaluando diversas alternativas de solución, analizar gran cantidad de información mediante el uso de técnicas cuantitativas y a partir de ellas concebir, evaluar y justificar las mejores alternativas de solución; conocer, aplicar, implementar y evaluar nuevas tecnologías relacionadas con la ingeniería, necesarias para la efectiva práctica profesional; organizar el trabajo en equipo, con estructuras horizontales donde la comunicación fluya más eficientemente y se fomente la participación de todos los miembros de la organización; etc.

Adicionalmente y consecuente con el nuevo modelo de gestión, desde el año 2003 en adelante el Ministerio de Salud ha realizado auditorías a los tres establecimientos de mayor complejidad de la red, con el fin de lograr la certificación como establecimientos Autogestionados en Red, evaluando el nivel de avance en la implementación del nuevo modelo de gestión. Específicamente en lo relacionado con el modelo de gestión por Centros de Responsabilidad, el instrumento de evaluación identifica criterios que apuntan a la formalidad documental que identifica, define y crea los Centros de Responsabilidad, sin profundizar en evaluaciones de carácter funcional u operativo, que permitan dar cuenta del real avance en la implementación del modelo.

Es por esto, que consecuente con el objetivo general de este trabajo, es que se comenzará con la investigación del real grado de avance que presentan los Hospitales de la Red de Salud Viña del Mar – Quillota con respecto a la implantación del modelo de Centros de Responsabilidad, para dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas al comienzo de este capítulo.

## **CAPITULO II**

### **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

El segundo capítulo comprende todo el proceso de investigación de los lineamientos ministeriales, así como del trabajo en terreno junto a los encargados de llevar a cabo la transformación del modelo de gestión en cada establecimiento. En esta etapa se establecerá la brecha existente entre la planificación realizada por el Ministerio en su guía de implementación, y la realidad del nivel de cumplimiento de cada uno de los establecimientos, detectando además los principales factores y stakeholders que impulsan o frenan el proceso de implantación del modelo. El proceso de investigación deberá entregar la información necesaria para generar las conclusiones del trabajo que llegarán finalmente a responder las preguntas de investigación planteadas en el comienzo del trabajo.

Según Marcelo Saravia, “La investigación está siempre vinculada a la realidad, al campo de conocimiento disciplinar de aplicación, al contexto cultural, social y político en que se desarrolla”<sup>4</sup>. Por lo que se deberán tomar en cuenta diversos factores como cultura organizacional, grupos de presión, decisiones políticas que interfieren en el proceso de implantación del modelo.

---

<sup>4</sup> MARCELO ANDRÉS SARAVIA GALLARDO, Ph. D. “Orientación metodológica para la elaboración de proyectos e informes de investigación”

Es así, que en este punto se hace necesario definir la metodología que se utilizará para realizar esta investigación. Este estudio es de tipo Correlacional o Explicativo, esto quiere decir que tiene como objetivo fundamental, medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables. Específicamente en este caso, se busca investigar la causa de la divergencia entre el nivel de avance en la implementación del modelo de Centros de Responsabilidad, en la Red de establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, con respecto al estado de avance programado por la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Para realizar esta investigación y recabar la información necesaria, es que se establecen dos fuentes de información:

- Revisión de procedimientos del MINSAL para la implementación del Modelo. Entendida como información provista por el Ministerio, a fin de facilitar la implantación del Modelo de Centro de Responsabilidad, e información provista por los establecimientos de salud investigados.
  
- Entrevistas al encargado de implementación del modelo en la Dirección del Servicio de Salud. Entrevista y encuesta<sup>5</sup> a encargados de los Centros de Salud pertenecientes a la Red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

---

<sup>5</sup> Cuestionario se encuentra inserto en Anexos.

## **2.1 REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL MINSAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO**

### **- Estrategia de implementación del MINSAL**

La estrategia de implementación del MINSAL, se basa en tres etapas partiendo desde la más básica a la más compleja; definiéndolas como; Etapa de Diseño, Etapa de Puesta en Marcha, Etapa de Funcionamiento.

### **Etapa de Diseño**

Esta etapa se basa en el proceso de definición y estructuración de los Centros de Responsabilidad, lo cual se debe efectuar determinando la cadena de procesos o actividades del establecimiento, para luego definir los productos y los clientes asociados a cada uno de éstos, con el fin de agrupar en un mismo Centro de Responsabilidad los procesos cuyos productos y clientes son comunes o similares.

En esta etapa se deberá diagnosticar la realidad de cada establecimiento y las condiciones para la aplicación del modelo además de elaborar un diagnóstico de la capacidad instalada para la implementación del modelo de Centros de Responsabilidad. Esta capacidad será evaluada a través de los siguientes aspectos:

- Planificación Estratégica. Los Centros de Responsabilidad, deben tener desarrollada su planificación estratégica que contemple al menos la misión, visión, y el modelo de producción del establecimiento.

- Control de Gestión. Los Centros de Responsabilidad deberán ser capaces de establecer mecanismos de control y evaluación de su funcionamiento, en relación a lo planificado y acordado con la dirección del establecimiento. Esto permitirá a los Centros de Responsabilidad la retroalimentación necesaria para detectar posibles desvíos en la gestión que deban corregirse para alcanzar los objetivos.
- Productos y/o Servicios. Los Centros de Responsabilidad deben tener la capacidad de identificar los productos y/o servicios que ofrece a sus clientes (internos o externos) en términos de la cantidad a producir, el tipo de servicio o producto, la calidad, el costo y la oportunidad en la provisión.
- Identificación de procesos. Los Centros de Responsabilidad deben tener identificada la cadena de procesos que define su modelo productivo, diferenciando los procesos de producción de servicios o productos, de los procesos relacionales cuyo objetivo principal es la interacción con el cliente, con el fin de poder determinar la calidad percibida por éstos.
- Definición de Entradas. Cada Centro de Responsabilidad debe identificar las entradas que requiere para su funcionamiento, considerando parámetros de cantidad, calidad, costos, seguridad y oportunidad en la entrega. Desde una perspectiva global, las entradas se pueden identificar como: Necesidades de los Clientes (pedidos y solicitudes de atención), Información, e Insumos (como tecnología, recursos humanos, servicios de apoyo, infraestructura, equipamiento, materiales, suministros, etc.).

- Estructura de Soporte Físico. Cada Centro de Responsabilidad, debe contar con la infraestructura y el equipamiento necesario para dar respuestas a sus clientes. El soporte físico permite la realización de las actividades de todos los procesos que conforman la cadena de producción del establecimiento y están resumidos en los siguientes tipos: Equipamiento, Instalaciones y redes, Infraestructura de edificios, Sistemas de comunicaciones, Sistemas de Información.
- Personas. Las personas que integran un Centro de Responsabilidad deberán tener los conocimientos y competencias necesarias que permitan llevar a cabo su cadena de actividades de procesos. Idealmente en cada Centro de Responsabilidad se deberá generar un perfil de encargado de recursos humanos que gestione y desarrolle las competencias de las personas de su propio centro, asesorado por la unidad de recursos humanos del establecimiento.
- Estructura Organizacional. El establecimiento debe tener definida su estructura organizacional, en función a la división del trabajo, la especialización y la formalización de las tareas a realizar. Se deben establecer mecanismos de coordinación e integración entre los Centro de Responsabilidad definidos. Finalmente la cantidad de Centros de Responsabilidad de un establecimiento se determinará en función del tamaño, el modelo de producción y la especialidad del establecimiento.
- Flujos de información. El establecimiento y cada unos de sus Centros de Responsabilidad deben ser capaces de identificar los flujos de



información relevantes que representan el movimiento de la información entre ellos. De esta forma, cada Centro de Responsabilidad es un cliente y proveedor de información. Se requiere conocer los tipos de información que se maneja, la dinámica de sus flujos, su ciclo de vida y el conocimiento de las personas acerca de su manejo.

- Coordinación de Acciones. El modelo a implantar en cada establecimiento, contempla la participación de todos los integrantes en la red de compromisos y conversaciones del centro con el establecimiento; de no ser así, se podrían producir quiebres que impedirían cumplir los propósitos establecidos.

- Clientes. Cada Centro de Responsabilidad deberá tener identificados a sus clientes. Tanto el establecimiento como sus Centros de Responsabilidad, deben tener una orientación hacia ellos, esto significa, reconocer que es el cliente el destinatario final y es él quien define la calidad de servicio entregado. El concepto de cliente debe ser entendido en un sentido amplio, considerando tanto al cliente interno como al externo del establecimiento.

- Proveedores. Cada Centro de Responsabilidad deberá tener identificados a sus proveedores, los que proporcionan los elementos necesarios para realizar el proceso de producción. Los proveedores pueden ser internos o externos al establecimiento.

- Definición del plan de implementación de los Centros de Responsabilidad. El que deberá contemplar a lo menos los siguientes puntos:

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

- Definición de un plan de comunicación. Plan que comunique los avances en la implementación de los Centros de Responsabilidad en el establecimiento.

- Definición de un plan de acompañamiento al cambio. Plan coordinado por el establecimiento en conjunto con los Centros de Responsabilidad, para la gestión del Cambio.

### **Etapas de Puesta en Marcha**

Esta etapa corresponde a realizar todas las actividades necesarias para el funcionamiento del establecimiento bajo el modelo de Centros de Responsabilidad, y se constituye como prerrequisito para el funcionamiento como Centro de Responsabilidad.

La etapa de puesta en marcha se compone de las siguientes subetapas:

1. Establecer la organización por Centros de Responsabilidad. Las actividades dentro de esta etapa son:
  - Definir una comisión de implementación que conducirá el proceso de implementación de los Centros de Responsabilidad de acuerdo a la realidad de cada establecimiento.
  - Conformar los Centros de Responsabilidad de los establecimientos en base a la similitud del servicio o producto entregado y a los tipos de clientes.
  - Confeccionar un organigrama integral, que se deduce de la definición de los Centros de Responsabilidad, este organigrama representa todas las unidades administrativas de la organización así como sus relaciones de jerarquía y dependencia.
  - Nombrar todos los responsables por cada Centro de Responsabilidad y determinar sus funciones.
  - Confeccionar el organigrama de puestos y plazas, también deben incorporarse los nombres de las personas que ocupan las plazas.
  - Identificar y formalizar los recursos físicos, financieros y humanos con que contará cada Centro de Responsabilidad.
  - Definir el ámbito y el nivel de decisión que se transfiere a los encargados de cada Centro de Responsabilidad, esto se refiere a las facultades que contarán para la administración de sus recursos dentro del marco definido por el establecimiento.

- Generar una normativa de funcionamiento común para los Centros de Responsabilidad.

2. Establecer una Organización Interna o Estructura Organizacional. Se compone de las siguientes actividades:

- Diseño de puestos. Para esto se debe considerar la especialización, es decir, la división del trabajo; la distribución de tareas y funciones al interior de cada centro. Otro elemento para el diseño de puestos es la formalización del comportamiento, mediante un conjunto de reglas, instrucciones y procedimientos. Finalmente, un nuevo elemento para el diseño de puestos, es la capacitación, mediante la cual se enseñan las habilidades y los conocimientos relacionados con el puesto; y la inducción mediante la cual se adquieren las normas y el conocimiento del establecimiento y el centro al que se pertenece.

- Diseño de la estructura del centro. Se deben definir las estructuras internas del establecimiento, en función de unidades, subunidades, oficinas y secciones; asignando una unidad a cada directivo responsabilizando a dicho individuo de todas las acciones de su unidad. Estas unidades son consideradas como centros de costos en cuanto a que son generadoras de costos en la gestión de los procesos.

- Sistema de planificación y control. Cada Centro de Responsabilidad deberá tener incorporado en su funcionamiento un mecanismo de

planificación y control de la producción que deberá ser consistente con las orientaciones y lineamientos del establecimiento.

3. Establecer y explicitar sistemas de incentivos.

El establecimiento deberá acordar junto a los Centros de Responsabilidad un sistema de incentivos que motiven el buen desempeño en la utilización de los recursos que le son asignados a cada centro. Estos sistemas deben ser explícitos, conocidos y homogéneos en cuanto a aplicación de los criterios.

**Etapa de funcionamiento**

Corresponde a las actividades necesarias para la administración y el desarrollo de los Centros de Responsabilidad de cada establecimiento, fortaleciendo las estructuras internas del establecimiento en términos de las siguientes líneas de trabajo:

- Cada centro deberá tener formulada su planificación estratégica que determinará como se alcanzarán los objetivos específicos de cada Centro de Responsabilidad.
- Cada Centro de Responsabilidad deberá tener definidas sus variables de desempeño en función de la estrategia y las prioridades que fueron definidas y negociadas con el establecimiento.
- Cada Centro de Responsabilidad deberá tener definida su cartera de productos y servicios, el nivel de producción a negociar con el

establecimiento, los niveles de calidad definidos, un plan anual de actividades con metas explícitas y evaluables, y finalmente un presupuesto proyectado anual acorde al plan anual del establecimiento.

- Cada Centro de Responsabilidad deberá tener identificados sus procesos y sus mapas de procesos, los que deberán ser difundidos entre todos los funcionarios del centro. Además cada Centro de Responsabilidad, deberá detectar necesidades de capacitación en su personal y encargados.

- Cada Centro de Responsabilidad deberá tener identificadas todas las entradas que necesita para su funcionamiento y operación, incluyendo en éstas el presupuesto asignado por establecimiento a cada Centro de Responsabilidad.

- Cada centro deberá poseer una estructura de soporte físico necesario para su funcionamiento, entre las mínimas requeridas, deberá contar con un sistema de información para costeos, y un sistema de información del establecimiento para la administración, que permita el acceso a la información necesaria para el funcionamiento de los Centros de Responsabilidad en tiempo real.

- Cada Centro de Responsabilidad, requiere redes de comunicaciones y disponibilidad de acceso a computadores y equipamiento clínico para su buen funcionamiento.

- Los Centros de Responsabilidad deben disponer de la dotación de personal en cantidad, competencias, y perfiles necesarios para su buen funcionamiento.

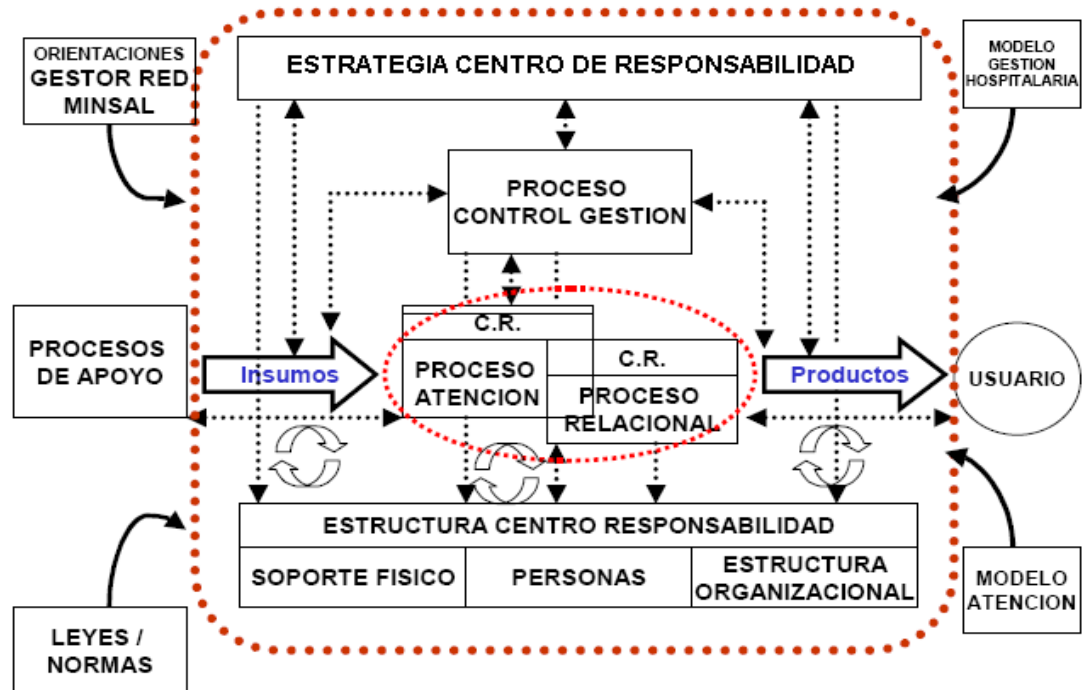
- En cuanto a la estructura organizacional de cada centro, se deberá analizar, evaluar y optimizar las normas generales y específicas de cada Centro de Responsabilidad (Reglamento Interno); el diseño de puestos; la estructura de cada centro; los mecanismos de coordinación; finalmente se debe establecer un convenio de desempeño entre el establecimiento y el Centro de Responsabilidad, el que debe ser incorporado al sistema de control de gestión del establecimiento.
- Se deben analizar y optimizar los flujos de información con los clientes y proveedores de información que fueron identificados en la etapa de diseño y realizar los ajustes necesarios.
- Se debe capacitar a los encargados y los equipos de cada Centro de Responsabilidad en el desarrollo de habilidades necesarias para la adecuada coordinación a través de conversaciones y relaciones efectivas.
- Se debe establecer un plan de calidad de servicio en base a la retroalimentación del sistema de control de gestión u otras herramientas como encuestas de satisfacción usuaria. Se deben establecer además normas y procedimientos de buenas prácticas para mejorar los niveles de servicios entregados.

En general todos los centros asumen el rol de proveedores y clientes en relación a su función, sin embargo los procesos de apoyo administrativo, son transversales a la operación de todos los centros del establecimiento. El centro responsable de la gestión del abastecimiento, deberá proveer a

los centros usuarios información instantánea de consumos y precios de forma tal que les permita administrar el presupuesto asignado y tomar las mejores decisiones para su funcionamiento. El centro responsable de la gestión y desarrollo de las personas deberá proveer a los centros usuarios información referente al personal dependiente de cada Centro de Responsabilidad, tal como gasto en sueldos, horas extras, ausentismo, capacitaciones, e información que les permita tomar decisiones respecto del recurso humano disponible. Por último, el centro responsable de la gestión financiera deberá proveer permanentemente a los centros usuarios información referente al marco presupuestario de cada centro, el ámbito del presupuesto, es decir, en que se puede gastar dicho presupuesto, información referente a las partidas no gestionables que son definidas como de gestión global del establecimiento; finalmente debe entregar información presupuestaria que deberá alimentar el sistema de información de Centros de Responsabilidad.



A través del siguiente esquema, se sintetiza la sincronía de todos los elementos que se conjugan, para la implantación del modelo de Centros de Responsabilidad:



## **2.2 ENTREVISTA AL ENCARGADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CADA ESTABLECIMIENTO**

### **- Proceso de implementación del modelo de Centro de Responsabilidad**

En esta etapa de la investigación se desarrollaron entrevistas basadas en el cuestionario adjunto en el Anexo I, a los encargados tanto de los Establecimientos de Mayor complejidad (Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Hospital San Martín de Quillota y Hospital de Quilpué), como al encargado de los establecimientos de Menor complejidad (Hospital Juana Ross de Peñablanca, Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Hospital Santo Tomás de Limache, Hospital San Agustín de La Ligua, Hospital Dr. Mario Sánchez de La Calera, Hospital Dr. Víctor Moll de Cabildo, Hospital de Petorca, Hospital Geriátrico Paz de la Tarde de Limache), para diagnosticar el estado de avance en el que se encuentra la implementación del Modelo en el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

Los ítems evaluados mediante este cuestionario están agrupados en las tres etapas definidas por el MINSAL: Etapa de Diseño, Etapa de Puesta en Marcha y Etapa de Funcionamiento; conteniendo cada una de ellas las tareas básicas requeridas para implantar el Modelo.

Los resultados fueron los que se detallan en el cuadro adjunto en el Anexo II, en el cual se pueden ver tres tipos de respuesta: SI, MEDIO, NO.

Una respuesta categorizada como SI, revela que el indicador cuestionado ha sido realizado, o se realiza en la actualidad en un 100%.

Si una respuesta está marcada como NO, quiere decir que aquel indicador no ha sido logrado en la actualidad, ni se está trabajando en él.

Finalmente, si una respuesta aparece como MEDIO, significa que dicho parámetro no está del todo cumplido o que está desarrollado sólo a nivel de documentación o definición, pero no se está ejecutando en la realidad.

De esta forma, podemos ver que ninguno de los establecimientos logra cumplir siquiera con el 50% de los ítems evaluados. Es más, es posible ver que en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, el 41,46% de los ítems evaluados, no han sido trabajados en absoluto. Sólo el 34,15% ha sido logrado en su totalidad, y un 24,39% de las tareas están aún siendo trabajadas por el establecimiento.

Por su parte, el Hospital de Quilpué muestra un mayor porcentaje de logro frente a la encuesta, con un 43,9% de los ítems alcanzados; sin embargo manifiesta también un 34,15% de actividades presentes en la encuesta que no han sido trabajadas en ninguna medida, y un 21,95% de actividades en proceso.

Por otro lado, y concluyendo con los hospitales de Mayor Complejidad, la evaluación del Hospital San Martín de Quillota, evidencia un mejor desempeño, obteniendo un 46,34% de la encuesta como lograda, y un 39,02% en proceso de logro; dejando solamente un 14,63% de las actividades sin realizar.

Finalmente, en la evaluación de los hospitales de Menor Complejidad, casi la mitad de los ítems evaluados (48,78%) no son alcanzados, y sólo un 29,27% de las categorías han sido realizadas en su totalidad, quedando aún por completar el 21,95%.

Cabe destacar, que en el transcurso de esta investigación, se detectó que sólo los hospitales de Mayor complejidad debían alcanzar la calidad de Establecimientos Autogestionados, por lo tanto debían lograr implantar el modelo de Centros de Responsabilidad, mientras que los de Menor Complejidad sólo deben cumplir con la obligación de tener definida su estructura en función de Centros de Responsabilidad, y utilizar la herramienta de gestión WINSIG; es por esta razón que obtuvieron la peor evaluación de los ítems, ya que las tres etapas propuestas por el MINSAL, definen los principios no sólo para trabajar bajo Centros de Responsabilidad, sino también para alcanzar la calidad de Establecimientos Autogestionados.

Teniendo en mente entonces, las consideraciones hechas acerca del instrumento utilizado, para diagnosticar el estado actual de los Hospitales que componen el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, es que se expondrán algunos puntos importantes, recogidos de las entrevistas realizadas a cada encargado.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En este capítulo se expondrán los problemas detectados a través de la investigación realizada; analizando tanto la Estrategia de Implementación que propone MINSAL, como la acción de los Establecimientos de la Red de Salud Viña del Mar Quillota, para implantar el modelo.

#### **3.1 ANALISIS DE PROBLEMAS DETECTADOS**

##### **- Análisis de Estrategia de Implementación del MINSAL**

A través de la revisión realizada a la literatura provista por el MINSAL para los Servicios de Salud con el fin de implementar el Modelo de Centro de Responsabilidad en sus respectivos Hospitales, es que surgen ciertos puntos dignos de análisis.

Como primer punto, se hace evidente, que la Planificación de la implementación del Modelo no ha sido del todo eficaz, por cuanto hay una gran variedad de limitaciones, requerimientos y carencias específicas e individuales a cada establecimiento, que describen la realidad de cada hospital, de manera que la planificación realizada a nivel central, resulta muy compleja de ser implantada en un espacio de tiempo idéntico para todos, debido a las diversidades de cada hospital. La forma en que el plan de implantación se desarrolla depende del tipo de liderazgo de la

organización, su cultura organizacional, la complejidad de la organización, los stakeholders, el tamaño de la organización, etc. Bajo esta premisa, es que se establece que tanto la planificación del MINSAL, como los plazos entregados a los Hospitales para implementar el modelo, han sido no sólo mal planteados al ignorar la dimensión única de cada hospital, sino que también han sido demasiado ambiciosos. Pretender que una organización implemente un Modelo totalmente novedoso y ajeno, en forma absolutamente impuesta sin recibir la debida intervención, resulta sumamente difícil. En este caso, la intervención requerida va desde entregar los recursos físicos necesarios, pasando por un fuerte plan de Gestión del Cambio, hasta recibir la capacitación necesaria para la implementación. La capacitación debe ser entregada no sólo a los altos directivos de la organización, sino que también a los mandos medios e inferiores; puesto que de otra forma, se entrega responsabilidad a personas que no cuentan con el know how suficiente para una buena gestión. En cuanto a los recursos físicos, es necesario que se provea los recursos tecnológicos imprescindibles como Sistemas informáticos, computadores, materiales, etc. Y finalmente, el Plan de Gestión del Cambio se torna fundamental, no sólo para encauzar a la organización como un todo hacia una misma meta, sino que también para internalizar el modelo a los integrantes del hospital, permitir que los funcionarios aprehendan el modelo y lo adquieran como propio, eliminando la resistencia al cambio.

Todos estos puntos anteriormente expuestos, no están propuestos en las líneas de acción del Plan de Implementación del Modelo, en el que se evidencia una clara planificación de actividades observables que tienen directa relación con el modelo en sí, sin embargo, no se da cuenta de un plan de apoyo que complemente el modelo en el ámbito de la implementación, capacitación y gestión del cambio.

Ahora, analizada la información recabada mediante los lineamientos teóricos entregados por MINSAL a los establecimientos, es que se procede a analizar la información recogida a través de la observación y entrevistas realizadas en los Establecimientos del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para ser contrastadas.

#### - **Establecimientos de Menor Complejidad**

Entrevista a Don Julio Chamorro, encargado de Centros de Responsabilidad de la Dirección del Servicio de Salud.

Como se expuso anteriormente, los Hospitales de Menor Complejidad sólo deben cumplir con la obligación de tener organizada su estructura interna en función de Centros de Responsabilidad y utilizar la herramienta de gestión WINSIG que es la versión para Windows del Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana para la Salud (OPS) para obtener indicadores diversos como la productividad, la contención de los costos y el cobro de los servicios.

Como el presente trabajo está enfocado en determinar el grado de avance en la implementación del modelo de Centros de Responsabilidad, es que desde este punto, la investigación se basará en los otros tres establecimientos de Mayor Complejidad, que evidencian una gran dificultad para lograr la autogestión.

- **Establecimientos de Mayor complejidad**

Hospital Dr. Gustavo Fricke

Entrevista a Doña Adela Muñoz, encargada de Auditoría Interna.

De los tres establecimientos de Mayor Complejidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, el Hospital Dr. Gustavo Fricke es el que presenta un menor grado de avance en la implantación del modelo, enfocando sus esfuerzos básicamente en la documentación y definiciones teóricas del modelo, y en promover las acciones necesarias para enfrentar los procesos de evaluación anuales por parte de Auditoría del Ministerio, con el fin único de lograr la calidad de establecimiento autogestionado.

El bajo resultado de la encuesta realizada indica claramente el escaso grado de avance en la implementación del modelo.

En general, no ha habido un equipo de trabajo permanente dedicado a la implementación del modelo, las responsabilidades y/o actividades del encargado o responsable han recaído frecuentemente en los subdirectores



administrativos o subdirectores médicos, los que por su carga de trabajo no han podido dedicarle el tiempo y recursos necesarios para llevar con éxito las transformaciones al plan de gestión requerido por el modelo.

Actualmente el establecimiento no cuenta con un encargado oficial destinado exclusivamente a trabajar en la implementación del modelo, tampoco se vislumbra una línea de trabajo estructurada desde la dirección del establecimiento hacia sus mandos medios, que guíe o dirija el accionar de los directivos hacia la concreción de tal objetivo.

Falencias detectadas:

Falta de Equipo directivo comprometido con el nuevo modelo.

Falta de continuidad en la delegación de un encargado estable.

Escasa capacitación desde el nivel central (MINSAL).

Capacitación local a nivel de directivos no se ve reflejada en los mandos medios.

Falta de elementos tecnológicos que permitan sustentar el modelo (sistemas con información en línea).

Sobrecarga laboral de equipos directivos.

El instrumento utilizado por los auditores externos, para evaluar los Servicios, es modificado cada año, por lo que no existe una continuidad en el objeto evaluado.

Fortalezas detectadas:

La obligatoriedad de implantación del modelo les ha permitido ordenar procesos internos y tener una visión más estructurada de todas las unidades y las relaciones que componen el establecimiento.

Contar con un sólido equipo de auditoría interna, que forma parte de los auditores del MINSAL que evalúan a todos los demás hospitales del país.

Disponer de un robusto sistema de información de costeo de prestaciones desarrollado internamente a la medida del establecimiento.

#### Hospital San Martín de Quillota

Entrevista a Doña Cinthia Hormazábal, encargada de Centros de Responsabilidad del Establecimiento.

El hospital San Martín de Quillota es el segundo de mayor complejidad de la red y ha desarrollado el modelo de Centros de Responsabilidad desde el año 2005 a la fecha, consolidando un cúmulo de experiencias, prácticas y cultura organizacional que se han mantenido en el tiempo, a pesar de la rotación de encargados.

Si bien el establecimiento logró el mayor puntaje de la encuesta realizada, sus respuestas referentes a la etapa de funcionamiento se basan en información estática o histórica que los encargados de Centros de Responsabilidad pueden solicitar si la requieren, ya que no disponen de un

sistema que les entregue información en línea de indicadores de gestión que les permita administrar sus centros.

Falencias detectadas:

Falta capacitación para personas encargadas de coordinar la implantación del modelo.

Se tiene la documentación pero no hay una mayor capacitación, se cuenta con documentos sobre los cuales basarse, pero no un experto que explique cómo deben hacerse las cosas (know how).

Fortalezas detectadas:

La implantación del modelo les ha llevado a estructurar procesos más ordenados. Mediante este método se pueden visualizar de manera más rápida y confiable como se descomponen los costos y gastos del establecimiento.

### Hospital de Quilpué

Entrevista a Don Manuel Tapia, encargado de Centros de Responsabilidad del Establecimiento.

El hospital de Quilpué es el tercer establecimiento de mayor complejidad de la red y según la encuesta realizada posee un escaso avance en la implantación del modelo, sin embargo presenta una gran perspectiva futura

debido al fuerte trabajo que se ha estado realizando desde el año 2009 a la fecha.

Además de definir los conceptos básicos de administración del modelo de Centros de Responsabilidad, el establecimiento ha llegado a precisar los indicadores necesarios para la gestión de los encargados de Centros de Responsabilidad; indicadores de producción, indicadores de recursos humanos, presupuesto asignado, cumplimiento de metas, compromisos de gestión, etc.; desarrollando junto a la Unidad de Informática, un sistema de Gestión para los Centros de Responsabilidad que consolida toda la información de cada centro, presentando un cuadro de control que deberá permitir al encargado de cada Centro, disponer de información en línea para la gestión.

Falencias detectadas:

La capacitación sólo fue entregada a los altos ejecutivos de cada servicio, pero ésta no se replicó hacia los funcionarios que entregan el servicio al usuario final.

No se ha desarrollado un plan de gestión del cambio que permita motivar el nuevo modelo de gestión en el establecimiento.

De acuerdo a la opinión del entrevistado, debiese haber un incentivo monetario al personal

Fortalezas detectadas:

Equipo multidisciplinario unido que se traduce en el desarrollo de un Sistema informático en línea para los Centros de Responsabilidad.

El director del establecimiento, es el primer profesional del área de gestión no clínico que se hace cargo de uno de los establecimientos de mayor complejidad de la red del Servicio de Salud, por lo que está impulsando todas las transformaciones necesarias para mejorar de gestión y control al interior del hospital.

## **CONCLUSIONES Y MEJORAS SUGERIDAS**

### **Conclusiones**

Como conclusiones, primero se dará respuesta a las preguntas planteadas al comienzo de la investigación, estableciendo que:

- Los establecimientos aún no poseen las estructuras organizacionales adecuadas para implementar el modelo de Centro de Responsabilidad, esto debido principalmente, a la rigidez de sus estructuras que están basadas en diversas leyes que norman el funcionamiento de los establecimientos de salud. Por otra parte, los recursos humanos que históricamente se han encargado de dirigir y administrar los establecimientos de salud, forman parte del estamento clínico, que en su gran mayoría no han sido formados en las ciencias de la administración y han realizado esta función en forma intuitiva.

- Los establecimientos no han cumplido íntegramente con los lineamientos ministeriales para implantar el Modelo, argumentando la falta de recursos para contratar personal idóneo del ámbito administrativo, que se encargue de realizar la transformación. Además, consideran que el MINSAL no ha realizado un proceso de acompañamiento al cambio, que permita superar

las barreras de resistencia que se presentan en todos los estamentos de funcionarios de los hospitales, desde los administrativos a los clínicos.

Por otro lado, además se puede concluir que:

- Hasta ahora, los Hospitales han orientado sus esfuerzos en crear un escenario que cumpla en algún grado con lo esperado para las auditorías externas, consiguiendo un mínimo avance en la implementación real del modelo.

- Los establecimientos requieren de un Plan de Gestión del Cambio integral, que incluya a todos los funcionarios. Actualmente el proceso está siendo liderado desde las direcciones de los establecimientos, sin incorporar a la gran masa de trabajadores de la salud.

- Los establecimientos requieren de una capacitación intensiva que se propague por toda la organización y dirija las líneas de acción de todos sus actores.

- El MINSAL debe considerar las particularidades de cada centro y establecer plazos de cumplimiento de acuerdo a ellos. En general los tres establecimientos estudiados presentan realidades muy dispares en la

conformación de sus equipos, capacidades internas, aversión al cambio, dimensiones de cada establecimiento, etc.



## **Propuestas de mejora**

Como metodología de implementación del modelo se establece una estrategia basada en dos líneas de acción. La primera apunta a describir detalladamente las mejores prácticas recogidas de los tres establecimientos de mayor complejidad, como un manual de apoyo que puede ser consultado para aplicarlo en la implementación del modelo. Y como segunda línea de acción, se propone una estrategia de gestión y control basada en tres niveles: Estratégico, Funcional o de coordinación y Operativo; cada uno dependiendo del nivel estratégico de la persona que haga uso de esta herramienta.

### **MEJORES PRÁCTICAS**

Se proponen las siguientes buenas prácticas aplicables a los establecimientos bajo estudio, para llevar a cabo el proceso de implantación del modelo de Centros de Responsabilidad:

Planificación Estratégica. Ninguno de los establecimientos de mayor complejidad ha trabajado metódicamente en un plan estratégico, sólo se han avocado a la tarea de realizar un informe con objetivos a corto y largo plazo, a fin de estar preparados para los procesos de auditorías MINSAL.

No basta con formular una buena estrategia, se requiere una adecuada implementación de la misma, esto se consigue con una Dirección Estratégica, que interrelacione la formulación con la implementación.

Se debe generar y sistematizar la ejecución del plan estratégico de cada establecimiento, de acuerdo a los lineamientos ministeriales y del Gestor de Redes (Dirección del Servicio de Salud), teniendo en cuenta diversos factores que obstaculizan el proceso, como son:

- Falta de apropiación del Plan Estratégico por parte de todos los funcionarios de los hospitales.
- Falta de difusión del Plan Estratégico, por lo que no se logra formar las agendas de trabajo.
- Las estructuras rígidas de instituciones públicas limitan la aplicación de planes estratégicos, por lo que se deben flexibilizar dentro de la legalidad existente, las estructuras jerárquicas que históricamente han tenido los hospitales.
- Los stakeholders interfieren en las metas que se establecen, favoreciendo sus propios intereses. Es de vital importancia tomar en cuenta las presiones que ejercen los grupos de interés, tanto al interior del establecimiento como los elementos externos del Servicio de Salud como de la comunidad organizada. Dentro de cada establecimiento existen stakeholders con mucho poder de convocatoria de los trabajadores, como son las asociaciones gremiales que ejercen una fuerte presión por sus conquistas de ámbito laboral y generalmente frenan gran parte de las

iniciativas que tiendan a cambiar las condiciones de trabajos de sus asociados. Este tipo de grupos de presión deben ser sumados al proyecto a través del plan de gestión del cambio, pues son las piezas claves para llegar al compromiso del trabajador que se encuentra en los últimos niveles jerárquicos de los establecimientos.

Brechas Directivas. Por otro lado, el plan de gestión del cambio debe incluir las actividades necesarias para trabajar en la disminución gradual de las brechas directivas de los encargados de Centros de Responsabilidad en los siguientes temas:

- Leyes y normativas públicas (Ley de compras, estatuto administrativo).
- Herramientas de gestión y control.
- Herramientas de motivación hacia el personal a cargo.
- Encargados de Centros de Responsabilidad estables. Se debe mantener estabilidad en la designación de los encargados de implantar el modelo, aplicando conceptos de gestión del conocimiento que permitan ir acumulando know how y experiencias que crean valor para el establecimiento.

Gestión del Cambio y Coaching. Una de las falencias más recurrentes detectadas en las entrevistas, es la falta de acompañamiento al proceso de cambio, tanto a nivel del establecimiento como del encargado de Centro de

Responsabilidad. Se debe establecer un plan de gestión del cambio que dé cuenta de las siguientes actividades:

- Plan de difusión. Se hace indispensable, crear y aplicar un Plan de difusión y comunicación que se propague a lo largo de todo el establecimiento.
- Equipo de monitores y agentes del cambio
- Capacitación a todos los niveles de la organización
- Reglas claras, transparentes y difundidas. Se deben generar y difundir manuales de usuarios de Centros de Responsabilidad, con las especificaciones de cómo operar, aplicación de incentivos, aplicación de multas, niveles de servicio entre Centros de Responsabilidad, etc.

Stakeholders. En los establecimientos de salud existen una gran cantidad de stakeholders que deben ser considerados como elementos influyentes para el éxito del proceso de implantación.

Nivel Local: Asociaciones gremiales, FENATS, FENPRUS, APSA, Colegio Médico y de Enfermeras, jefaturas de Servicios.

Nivel externo: Agrupaciones de usuarios, políticos,

Sistema de incentivos difundido. Sistema altamente requerido, mediante el cual se motiva y se compenetra a todos los miembros de los respectivos Centros de Responsabilidad, además de transparentar la evolución o el grado de avance de cada Centro de responsabilidad en comparación a los

demás, y los “premios” o incentivos recibidos por llevar a cabo tal avance en el modelo.

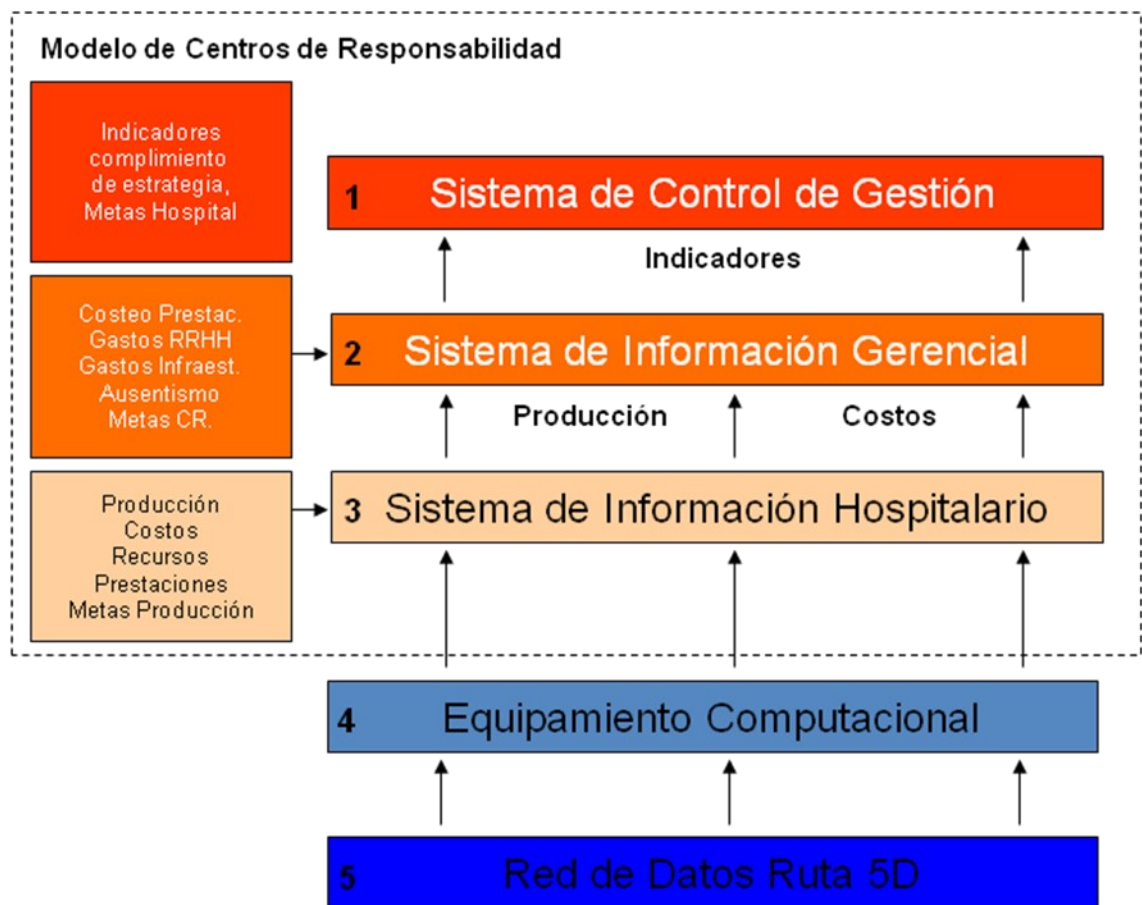
Gestión del conocimiento. A través del cual, se pueda transferir el conocimiento y la experiencia existente entre los miembros del Centro de Responsabilidad, de modo que pueda ser utilizado como un recurso disponible para otros dentro de la organización. Este proceso implica técnicas para capturar, organizar, y almacenar el conocimiento de los trabajadores, para transformarlo en un activo intelectual que preste beneficios y se pueda compartir.

## MODELO DE GESTIÓN PROPUESTO

En base al estudio realizado se propone una estructura de administración hospitalaria para los establecimiento de mayor complejidad, basada en tres niveles de gestión, un nivel operativo (HIS), un nivel táctico (SIG) y un nivel directivo estratégico (SCG). Estos tres niveles deben estar relacionados con flujos de información de lineamientos desde el nivel directivo hacia el nivel operativo y flujos de información de retroalimentación desde el nivel operativo hacia el nivel directivo, tal como se muestra en la siguiente figura:



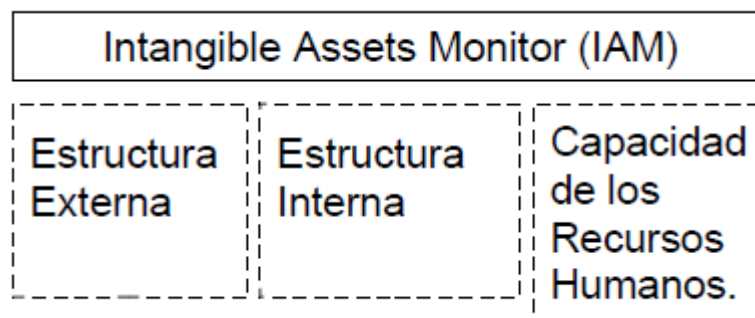
Las tres plataformas mencionadas, o niveles de gestión, deben estar soportadas por una sólida estructura física de equipamiento computacional y redes de datos, capaz de proveer los requerimientos de procesamiento, almacenamiento y distribución de la información dentro de cada establecimiento.



## SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

En el último tiempo, los Sistemas de Gestión se han generalizado en las organizaciones con fines de lucro, y gradualmente se han ido traspasando hacia las instituciones públicas sin fines de lucro, como un elemento de control e información de gestión. Es así, que se han creado un sinnúmero de modelos de sistemas de gestión, de los cuales se realizará una breve reseña de los más significativos en la literatura:

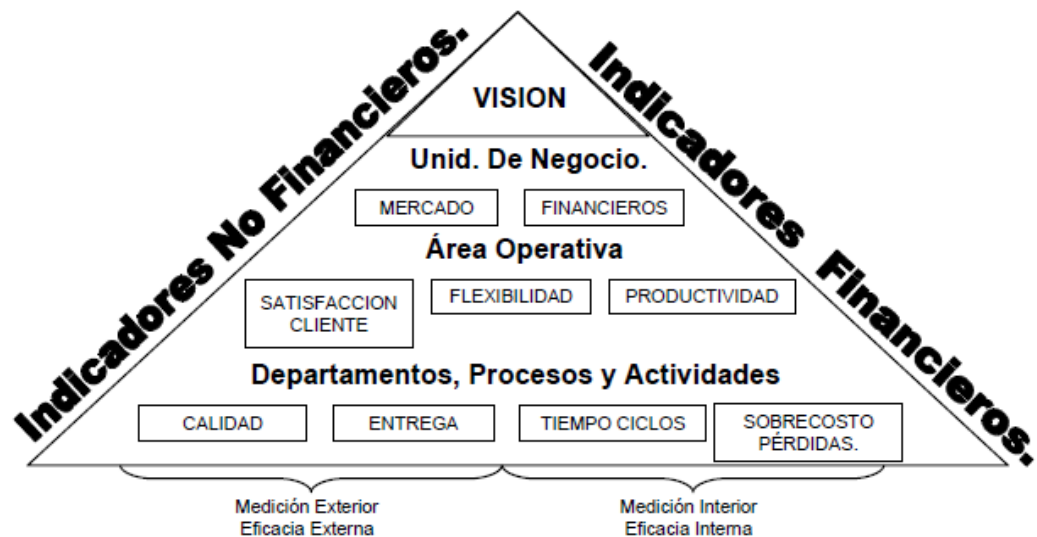
Sveiby (1986) IAM (Intangible Assets Monitor) es un modelo que trata de medir los activos intangibles de la empresa y presenta un formato sencillo para la visualización de los indicadores más relevantes. Las partes más importantes de este modelo son el crecimiento, la renovación, la eficacia y la estabilidad, requiriendo al menos dos indicadores por cada categoría.



Mc Nair, Lynch y Cross (1990) proponen el modelo de la pirámide de resultados, que establece el equilibrio de los indicadores financieros y no financieros. Este modelo está centrado en 3 niveles: el primer nivel es la unidad de negocio que formula la visión de la organización, el segundo nivel

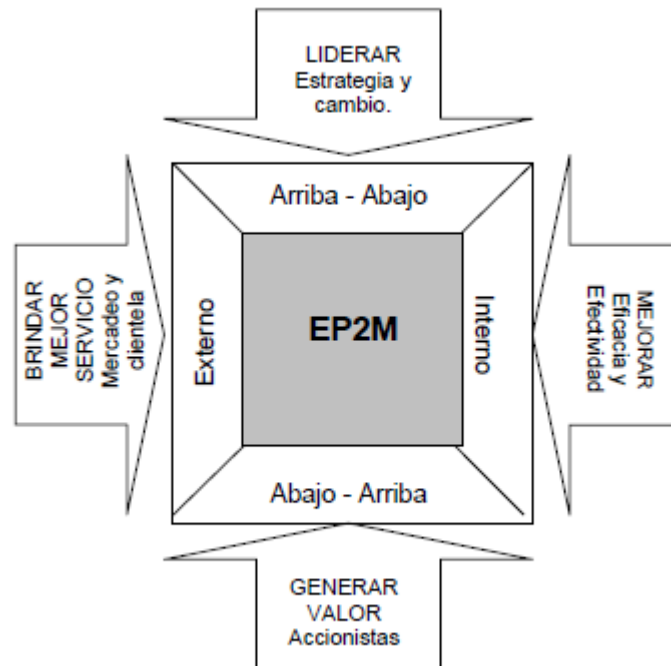


es el operativo en el que las metas se establecen considerando la satisfacción del cliente, la productividad y la flexibilidad; y por último el tercer nivel, considerado el corazón de la pirámide, genera las metas operativas de calidad basadas en los conceptos de reingeniería calidad total y contabilidad de costos. Finalmente son los objetivos y sus indicadores la materia prima de la estrategia de la organización y de todas sus actividades.



Adams y Roberts, quienes publicaron en 1993 el modelo EP2M (Effective progress and performance measurement, Medición eficaz del avance de resultados), es un modelo que se centra en el análisis de la evolución de los indicadores, donde su principal característica es la retroalimentación en todos los niveles de responsabilidad, en este modelo se distinguen 4 áreas de importancia. En la parte superior se analiza la estrategia como punto de referencia en la dirección de la empresa y en la gestión del cambio. En la parte inferior se encuentra la generación de valor, elemento trascendental

desde la perspectiva del accionista; en el nivel interno del modelo se espera mejorar la eficacia y efectividad; y finalmente en el nivel externo, es fundamental la atención a los clientes y mercados.



Kaplan y Norton (2000) proponen el llamado Cuadro de Mando Integral (BSC o CMI), un sistema de gestión integrado, balanceado y estratégico, para medir los procesos actuales y proveer la dirección futura de una organización, permitiendo convertir la misión en acción, a través de una unidad coherente de indicadores que se agrupan bajo cuatro perspectivas mediante la cual, se puede visualizar la organización en su conjunto: la perspectiva financiera, la perspectiva del cliente, la perspectiva de procesos internos y la perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

PERSPECTIVA FINANCIERA, determina el rendimiento del capital invertido. El CMI relaciona los objetivos financieros con la intensificación de

la rentabilidad, los rendimientos de los activos y los ingresos. Con el tiempo todos los objetivos de las demás perspectivas del CMI, deben ser vinculados a la consecución de uno o más objetivos de la perspectiva financiera. Su vinculación con los objetivos financieros permite reconocer que el objetivo del negocio, es generar rendimientos financieros para los inversionistas.

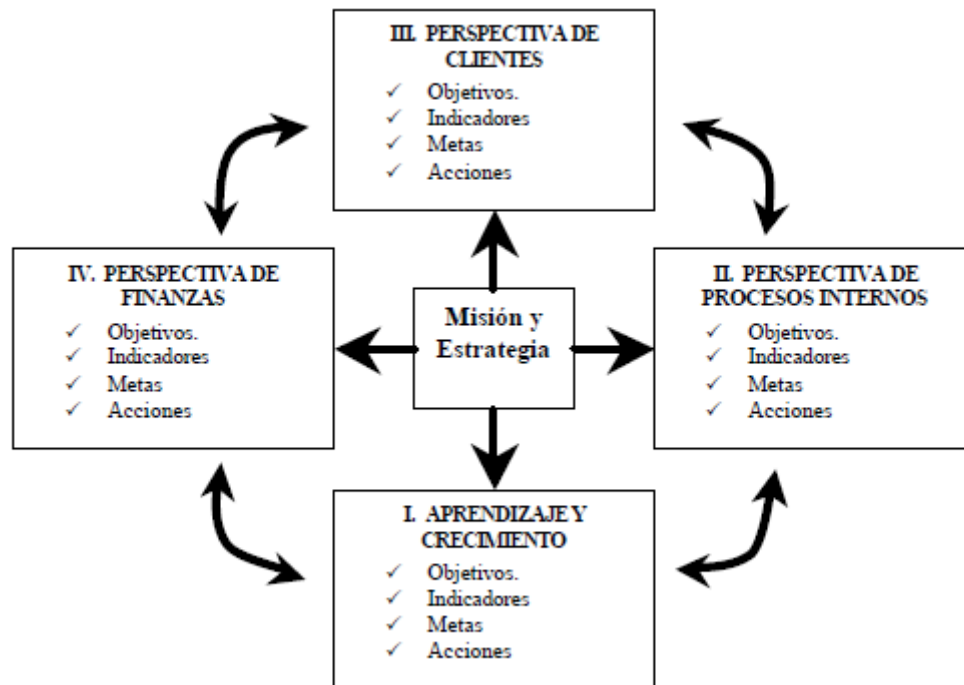
**PERSPECTIVA DEL CLIENTE:** “Esta perspectiva describe como se crea valor para los clientes, como se satisface la demanda y por qué el cliente acepta pagar por ello.” (Kaplan, 2001). Los indicadores fundamentales en esta perspectiva son la satisfacción, captación, retención y rentabilidad en el cliente. Para esta perspectiva, es fundamental seleccionar los segmentos a los cuales se están dirigiendo la visión y la estrategia, permitiendo coherencia entre los objetivos diseñados para el mercado y los clientes.

**PERSPECTIVA DEL PROCESO INTERNO.** Esta perspectiva determina los procesos internos críticos que la empresa debe someter a una constante mejora para la satisfacción del cliente. Este análisis incluye frecuentemente la identificación de recursos y capacidades que la propia empresa necesita mejorar. Esta perspectiva es fundamental, por su estrecha relación con la cadena de valor, por cuanto se deben intensificar los procesos críticos y estratégicos para el logro de los objetivos planteados en las perspectivas externas: financiera y de clientes.

**PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.** Esta perspectiva desarrolla objetivos e indicadores para impulsar el aprendizaje y el

crecimiento de la organización. Los objetivos de crecimiento y aprendizaje son dinamizadores para alcanzar los efectos deseados en el CMI. Se considera como la perspectiva clave por excelencia, ya que tiene en cuenta el talento humano como un elemento de importancia en la gestión; además enriquece la cultura organizacional, pues desde allí se procede a establecer cambios en la organización.

El cuadro de mando integral puede describirse entonces, como un sistema integrado de medición y de gestión que ayuda a la toma de decisiones. Su uso adecuado facilita el control, el planeamiento y la conducción.



Después de revisar la literatura sobre los modelos de gestión, se propone en esta investigación, el Cuadro de Mando Integral para el nivel estratégico

o de la Dirección de cada establecimiento, ya que según el propio Kaplan, el CMI es una buena herramienta de causa-efecto para determinar los “blancos a los cuales apuntar”. Por otro lado, esta metodología ha sido aplicada con éxito en el sector público de atención de salud en otros países como Estados Unidos, Canadá, y Colombia. Esta sincronía del modelo del CMI con las instituciones públicas, se da principalmente por dos razones: el enfoque en perspectivas no financieras y el reciente énfasis en este sector para medir el desempeño. De esta forma, mediante la utilización del CMI se espera dilucidar la dificultad de los Hospitales pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para llevar a cabo su plan estratégico e implantar exitosamente el Modelo de Establecimientos Autogestionados.

El **Sistema de Gestión de Control (SCG)** que se propone en este trabajo, para ser implementado en la alta dirección a través del CMI; debe permitir orientar al director de un establecimiento acerca del estado actual de su institución, en función de señales de alerta sobre Producción, Gastos, Recursos Humanos, Cumplimiento de metas, Indicadores y alarmas biomédicas, GRD<sup>6</sup>, etc., como una herramienta de recolección y consolidación de información, presentada en forma de semáforos de alerta e indicadores de gestión.

---

<sup>6</sup> Los GRDs proporcionan información sobre la casuística de los enfermos ingresados en un determinado Servicio de Salud, relacionando tipo de paciente con consumo de recursos. Esta forma de clasificar a los pacientes facilita su tratamiento informático, obteniéndose indicadores que permiten la comparación con otros servicios similares.

En el presente trabajo no se profundizará en la elaboración de los CMI de cada establecimiento debido a lo extenso que resultaría tal estudio, y además, no se cuenta con la cantidad y calidad de la información requerida.

## SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL

Para el nivel gerencial de cada Centro de Responsabilidad, en cada establecimiento, se requiere de la implementación de un **Sistema de Información Gerencial (SIG)** de los Centros de Responsabilidad, que entregue a los jefes de éstos, las herramientas necesarias para una correcta administración y control.

El sistema debe estar orientado a las jefaturas de Centros de Responsabilidad y mandos medios del establecimiento, permitiendo administrar y controlar un Centro de Responsabilidad en función de las siguientes variables:

- Calidad Asistencial.
- Gestión de pacientes.
- Producción / Gastos.
- Equipamiento médico y computacional.
- Cartera de Prestaciones.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Compromisos de gestión.
- Administración de los Recursos Humanos.

Se considera imprescindible, que exista un sistema de información integral, para la administración de los Centros de Responsabilidad, que suministre de información pertinente y en línea, a todos los encargados de Centros de

Responsabilidad. Este sistema deberá proveer la información actualizada referente a los indicadores de gestión, que permitan visualizar el comportamiento de cada Centro de Responsabilidad, en función de sus metas de producción, calidad, etc.

Del estudio realizado en los tres establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud, se propone replicar la herramienta de gestión que está siendo desarrollada en el Hospital de Quilpué, con algunas modificaciones en base a la realidad de los demás establecimientos.

Se debe generar una herramienta informática denominado Sistema de Información Gerencial, que contenga al menos la siguiente información de gestión para los encargados de cada Centro de Responsabilidad:

- Debe incluir el presupuesto mensual y anual asignado (comprometido) por cada Centro de Responsabilidad, distribuido en cada uno de los centros de costos que componen cada CR. El presupuesto deberá estar distribuido, además, en los principales ítems presupuestarios factibles de administrar, como son alimentos y bebidas, Textiles, Vestuarios y calzados, Combustibles y lubricantes, materiales, Insumos y repuestos, Servicios básicos, Fármacos y Recursos Humanos.

Asimismo, el sistema deberá registrar mensualmente el gasto incurrido por cada centro de costo en las mismas partidas presupuestarias que fue asignado el presupuesto.



- Debe incluir la producción comprometida o negociada con la dirección del establecimiento en función de las prestaciones valoradas, que el establecimiento se ha comprometido a realizar con el Servicio de Salud.

De la misma forma el sistema deberá registrar las prestaciones valoradas realmente realizadas en cada mes, de forma de poder establecer la brecha de producción en cada momento del año.

- El sistema debe incluir además el Plan Anual de Actividades, que dé cuenta de todas las actividades del plan estratégico del establecimiento que deben ser ejecutadas por cada Centro de Responsabilidad, divididas al menos en cuatro trimestres anuales. Se requiere que las actividades sean explicitadas en función de variables factibles de medir y ponderar.

De esta manera, se deben ingresar las actividades comprometidas, actualizando la información con porcentajes de cumplimiento trimestral de las actividades expresadas en el cumplimiento del plan estratégico del establecimiento.

- El sistema deberá considerar los compromisos de gestión del establecimiento, con la Dirección del Servicio de Salud correspondiente, que a su vez, forman parte de los compromisos de gestión de dicho Servicio con el MINSAL. El sistema de Centros de Responsabilidad, debe tener incluidos los compromisos de gestión de cada CR, junto al indicador y la

meta que se debe cumplir, y además, incluir el porcentaje de avance en el cumplimiento de cada meta.

- Debe incorporar las metas sanitarias negociadas entre el Centro de Responsabilidad y la Dirección del establecimiento, definiendo su indicador de desempeño y la meta que se debe alcanzar.

## SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO

Para el nivel operativo, se requerirá de un **Sistema de Información Hospitalario (HIS)**, que permita registrar información básica de producción diaria, gestión de recursos humanos, gestión del abastecimiento, etc.

En general, el sistema se compone de subsistemas de información operativos en las siguientes áreas:

### Área Clínica

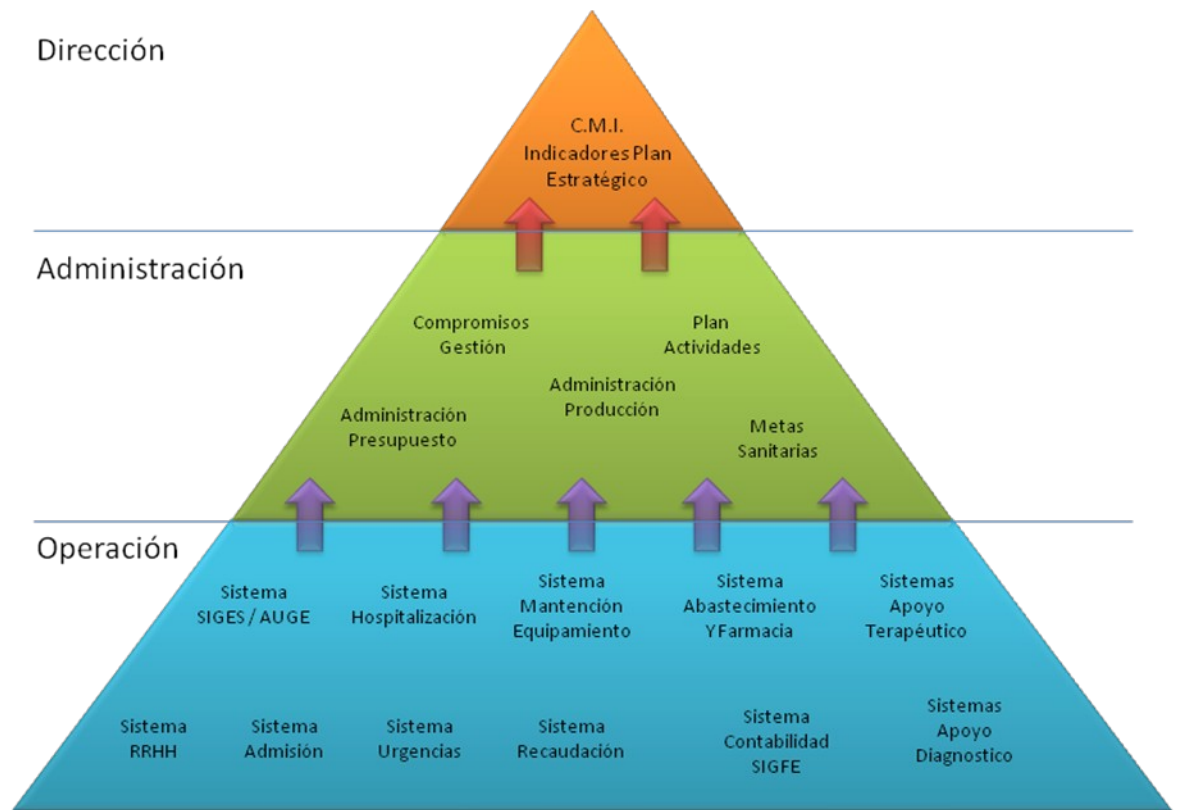
- Admisión Atención abierta SOME.
- Admisión y atención de urgencia.
- Registro único de pacientes en la red.
- Hospitalización y registros clínicos electrónicos.
- Unidades de apoyo diagnósticos (Laboratorio clínico, Banco de Sangre, Radiología, Medicina Nuclear, etc.).
- Unidades de apoyo terapéutico (Pabellones, Diálisis, Kinesiología etc.).
- Monitoreo de infecciones intrahospitalarias.

### Área administrativa

- Recaudación Abierta y cerrada.
- Sistema de Abastecimiento y Farmacia.
- Administración de Recursos Humanos.
- Sistema de inventarios de activos fijos.

La realidad investigada en los tres establecimientos, pone de manifiesto que no disponen de un sistema integrado, que permita el registro de la información básica de operación de cada establecimiento, sólo existen sistemas aislados desarrollados bajo diversas tecnologías, que dificultan el proceso de integración y de consolidación de la información.

Es por esta razón, que se establece como requisito primordial, trabajar mediante un sistema integrado y sustentable de información.



## **BIBLIOGRAFIA**

### Libros y Documentos

DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL. MINISTERIO DE SALUD. “Guía y orientaciones para la implantación de Centros de Responsabilidad” Febrero 2007.

DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL. MINISTERIO DE SALUD. “Modelo base de implantación de Centros de Responsabilidad” Febrero 2007.

FLACSO – Chile. “Modernizar el Estado: Hacia un Chile desarrollado y competitivo”. Mayo 2008.

OSBORNE, D. y GAEBLER, T. “Reinventando el Gobierno”, Addison-Westley. 1992.

ROSETO VILLABON OMAR GIOVANNI. “Indicadores financieros para el Balanced Scorecard” Universidad Nacional de Colombia 2006

SARAVIA GALLARDO MARCELO ANDRÉS, Ph. D. “Orientación metodológica para la elaboración de proyectos e informes de investigación” 2007.

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. MINISTERIO DE SALUD. “Propuesta de estructura de coordinación” 2006.

#### Leyes y Decretos

- Ley N° 19.937 del 31/01/2004 – Modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- Ley N° 18.575 del 06/04/2005– Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado
- Decreto 140 del 24/09/2004 – Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
- Decreto 38 del 29/12/2005 – Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red.

#### Páginas web

Agenda de Modernización del Estado

[www.modernizacion.gov.cl](http://www.modernizacion.gov.cl)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

<http://www.jointcommission.org/>

Ministerio de Salud – [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) – [www.salunet.cl](http://www.salunet.cl)

## **ANEXOS**

### **I.- CUESTIONARIO PARA ENCARGADO DE CENTRO DE RESPONSABILIDAD DE CADA ESTABLECIMIENTO**

#### **Grado de avance real de implantación del modelo**

##### **ETAPA DE DISEÑO**

- 1.- ¿El establecimiento tiene definido un plan de implantación?
- 2.- ¿El establecimiento tiene definido un plan de gestión del cambio?, ¿Ha ejecutado en algún porcentaje esos planes?
- 3.- ¿El establecimiento tiene definido un plan de disminución de brechas de capacidades directivas y/o técnicas?
- 4.- ¿El establecimiento tiene definido un plan de comunicación?

##### **ETAPA PUESTA EN MARCHA**

#### **Organización**

- 1.- ¿Se ha conformado/confeccionado/generado/designado/nombrado un equipo de trabajo de implantación (comisión)?
- 2.- ¿Se ha conformado/confeccionado/generado el organigrama del establecimiento en función a los Centros de Responsabilidad?
- 3.- ¿Se ha conformado los Centros de Responsabilidad?
- 4.- ¿Se ha conformado la estructura de cada Centro de Responsabilidad?
- 5.- ¿Se ha designado/nombrado los responsables por cada Centro?



6.- ¿Se ha designado las funciones del encargado de cada CR?

### **Identificación de recursos**

7.- ¿Está definido el equipamiento de cada Centro de Responsabilidad?

8.- ¿Está definido el recurso humano de cada Centro de Responsabilidad?

9.- ¿Están definidos los recursos financieros de cada CR (presupuesto está distribuido por cada CR)?

### **Funcionamiento**

10.- ¿Está definida la cartera de servicios o productos de cada CR?

11.- ¿Está definida la normativa de funcionamiento del Establecimiento en general?

12.- ¿Están definidos los clientes y usuarios de cada CR?

13.- ¿Están definidos los productos y servicios por tipo de usuario?

### **Estructura organizacional**

14.- ¿Se ha realizado capacitación inducción al personal del establecimiento?

15.- ¿Existe un sistema de planificación y control de gestión del modelo de CR?

16.- ¿Existe sistema de incentivos?

ETAPA DE FUNCIONAMIENTO

- 1.- ¿Está definida la misión, visión y objetivos de cada CR?
- 2.- ¿Está definido el gasto en remuneración fija y variable?
- 3.- ¿Están definidos los niveles de ausentismo?
- 4.- ¿Está definidas las cantidades producidas de productos y servicios?
- 5.- ¿Está definido el gasto promedio por productos y servicios?
- 6.- ¿Están definidos por cada CR sus gastos gestionables?
- 7.- ¿Están definidos por cada CR sus gastos no gestionables?
- 8.- ¿Están definidos por cada CR sus gastos directos?
- 9.- ¿Están definidos por cada CR sus gastos indirectos?
- 10.- ¿Está definido el arancel por productos o servicios prestados?
- 11.- ¿Está definido el presupuesto anual y mensual de cada CR?
- 12.- ¿Está definida la cartera de productos y/o servicios de cada CR?
- 13.- ¿Está definido el nivel de producción a negociar?

### **Procesos**

- 14.- ¿Están identificados procesos de cada CR?
- 15.- ¿Existen diagramas de procesos o flujogramas?

### **Insumos**

- 15.- ¿Están definidas las entradas (ingresos) de cada CR?
- 16.- ¿Está definido el presupuesto de cada CR?
- 17.- ¿Existe un sistema informático de costeo?
- 18.- ¿Existe un sistema informático de apoyo a los CR?

### **Soporte Físico**

19.- ¿Está definida la infraestructura, equipamiento e instalaciones del establecimiento y de cada CR para realizar las actividades propias de los procesos?

### **Personas**

20.- ¿Está definida la dotación por estamentos de cada CR?

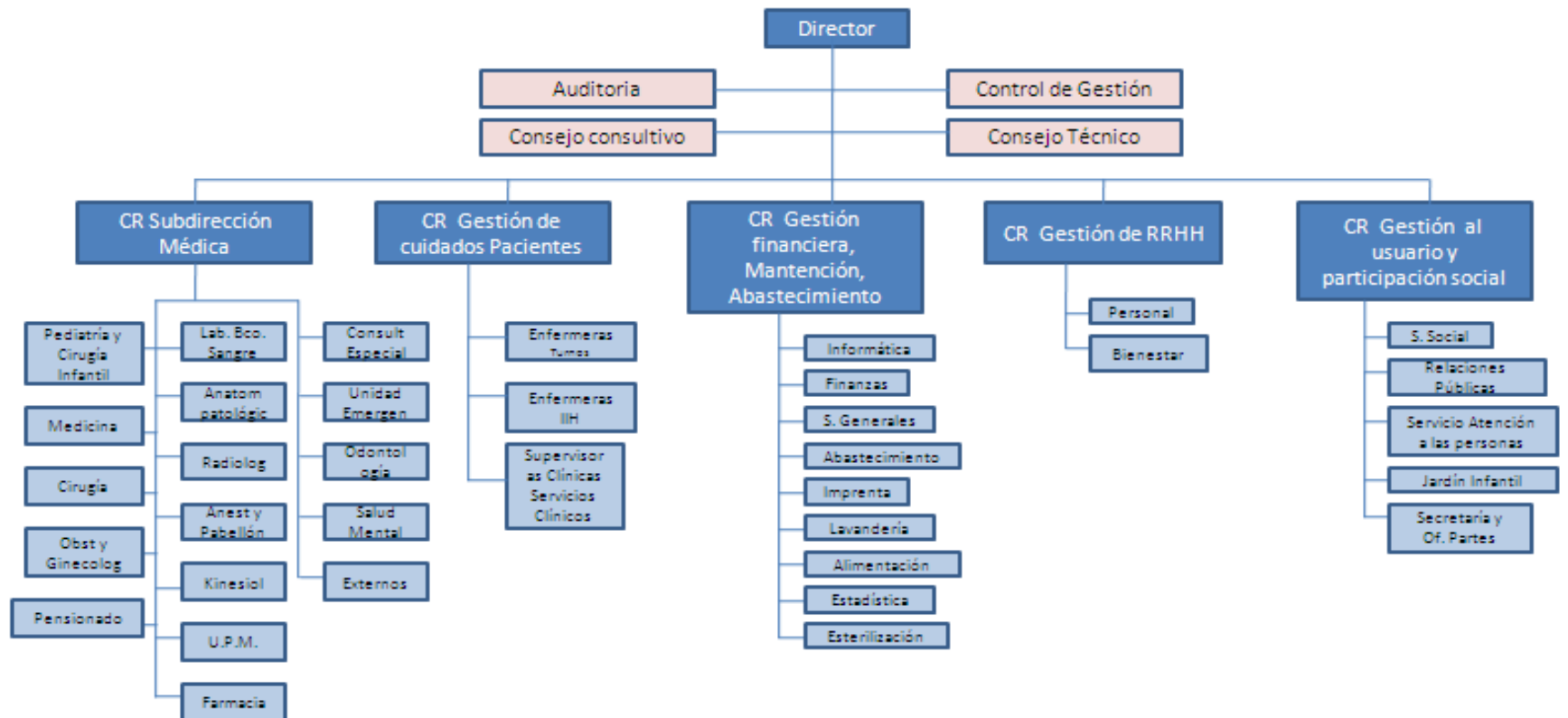
21.- ¿Están definidas las horas extra disponibles de cada CR?

## II.- RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO REALIZADO AL ENCARGADO DE CENTRO DE RESPONSABILIDAD DE CADA ESTABLECIMIENTO

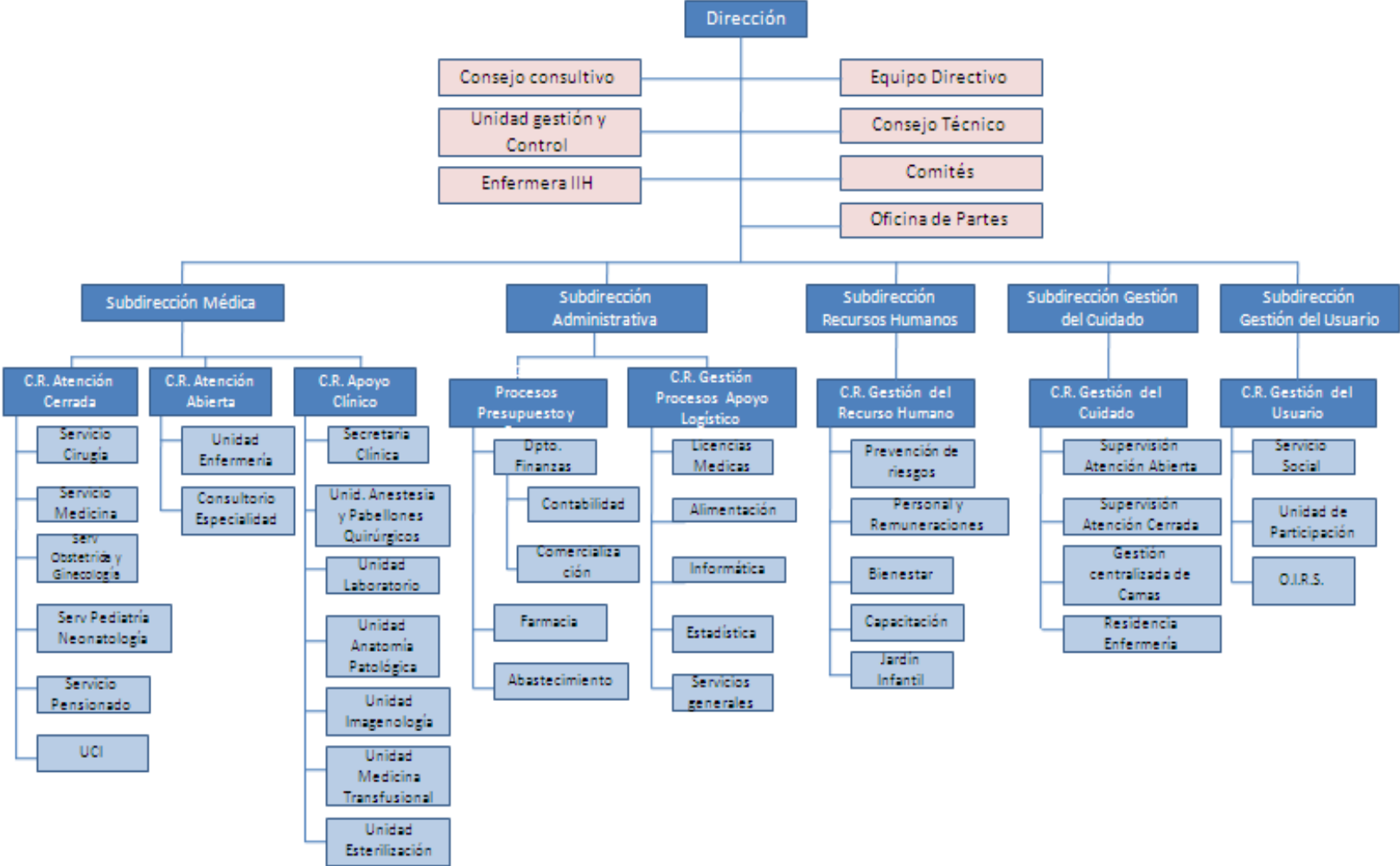
ETAPA DE DISEÑO	FROE			QUILLOTA			QUILPUE			MENOR COMPLEJIDAD		
	S	MEDIO	NO	S	MEDIO	NO	S	MEDIO	NO	S	MEDIO	NO
Plan de implantación		X			X		X			X		
Plan de gestión del cambio		X			X			X				X
Plan de disminución de brechas de capacidades directivas y/o técnicas		X			X			X				X
Plan de comunicación	X				X			X				X
<b>ETAPA PUESTA EN MARCHA</b>												
<b>Organización</b>												
Un equipo de trabajo de implantación (comisión)		X			X		X					X
El organigrama del establecimiento en función a los Centros de Responsabilidad			X		X		X					X
Definición de los centros de responsabilidad	X			X			X					X
La estructura de cada CR.			X	X			X					X
Los responsables por cada centro		X		X			X			X		
Las funciones del encargado de cada CR		X		X				X				X
<b>Identificación de recursos</b>												
El equipamiento de cada CR			X		X				X			X
El recurso humano de cada CR			X		X		X					X
Los recursos financieros de cada CR (presupuesto está distribuido por cada CR)	X				X			X				X
<b>Funcionamiento</b>												
La normativa de funcionamiento del Establecimiento en general			X			X		X				X
Los clientes y usuarios de cada CR	X			X					X			X
Productos y servicios de cada CR por tipo de usuario	X			X					X			X
<b>Estructura organizacional</b>												
Se ha realizado capacitación y/o inducción al personal del establecimiento	X			X			X					X
Existe un sistema de planificación y control de gestión del modelo de CR			X		X				X			X
Existe sistema de incentivos		X				X		X				X
<b>ETAPA DE FUNCIONAMIENTO</b>												
La misión, visión y objetivos de cada CR			X		X				X			X
El gasto en remuneración fija y variable	X			X			X					X
Los niveles de ausentismo		X		X					X			X
Las cantidades producidas de productos y servicios			X	X				X				X
El gasto promedio por productos y servicios	X			X				X			X	
Por cada CR sus gastos gestionables			X	X			X				X	
Por cada CR sus gastos no gestionables			X	X			X				X	
Por cada CR sus gastos directos	X			X					X		X	
Por cada CR sus gastos indirectos	X			X					X		X	
El arancel por productos o servicios prestados	X			X					X			X
El presupuesto anual y mensual de cada CR			X	X				X				X
La cartera de productos y/o servicios de cada CR	X			X			X					X
El nivel de producción a negociar			X			X		X				X
<b>Procesos</b>												
Identificados procesos de cada CR			X		X			X				X
Diagramas de procesos o flujogramas			X			X		X				X
<b>Insumos</b>												
Las entradas (ingresos) de cada CR		X			X			X				X
El presupuesto de cada CR		X			X		X			X		X
Sistema informático de costeo	X			X			X			X		
Sistema informático de apoyo a los CR			X			X	X					X
<b>Soporte Físico</b>												
Está definida la infraestructura, equipamiento e instalaciones del establecimiento y de cada CR para realizar las actividades propias de los procesos.			X			X			X			X
<b>Personas</b>												
La dotación por estamentos de cada CR	X				X		X					X
Las horas extra disponibles de cada CR			X		X		X					X
RESPUESTAS	14	10	17	19	16	6	18	9	14	12	9	20
PORCENTAJE	34,15%	24,39%	41,46%	46,34%	39,02%	14,63%	43,90%	21,95%	34,15%	29,27%	21,95%	48,78%
TOTAL	41 ITEMS											

III.- ORGANIGRAMA POR CENTROS DE RESPONSABILIDAD DE LOS HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD DEL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

Organigrama Hospital de Quilpué



# Organigrama Hospital San Martín de Quillota



# Organigrama Hospital Gustavo Fricke

