



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS**  
**DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**GESTIÓN DE PACIENTES:**  
**CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO NECESARIO PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE**  
**MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MYRIAM ANDREA GUTIÉRREZ PINTO**

**PROFESOR GUÍA:**  
**ANTONIO INFANTE BARROS**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:**  
**CARLOS ANDRADE GUZMÁN**  
**MACARENA DONOSO PÉREZ**

**SANTIAGO DE CHILE**  
**2015**

RESUMEN DE LA TESIS  
PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS  
POR: Myriam Gutiérrez P.  
FECHA DE EXAMEN: 28 de Enero 2015  
PROF. GUÍA: Antonio Infante Barros

## **RESUMEN GESTIÓN DE PACIENTES: CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO NECESARIO PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA**

Chile, al igual que muchos países, se inscribe entre las naciones que, durante la última década dan inicio a un proceso de reforma a la salud. La iniciativa se enmarca en la nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, que conlleva la promulgación de una serie de cuerpos legales orientados a transformar nuestro sistema de salud en un modelo que, entre sus atributos distintivos, permita otorgar una atención oportuna, de calidad garantizada, accesible y con cobertura financiera para un conjunto de prestaciones previamente definidas.

Los énfasis de este proceso de reforma se instalan en la necesidad de procurar un régimen garantizado de atención, en particular en garantías universales de acceso y calidad, de manera de poder avanzar hacia un sistema más equitativo de atención, en donde las personas concurren a su financiamiento según sus capacidades y accedan a los servicios de acuerdo a sus necesidades. De esta forma, se aspira a establecer un sistema de un nivel de calidad similar para todos donde nadie vea limitado su acceso debido a su capacidad de pago.

Pese a los esfuerzos en el diseño de modelos que respondan a estas nuevas exigencias, desde la percepción de la opinión pública, se observa cómo se ha ido produciendo segregación y jerarquización social en relación a la respuesta organizada del Estado a los problemas de salud de la población. Súmese a ello la excesiva descentralización y desconcentración al interior de la salud que ha generado, espacios más estancos, dada la burocracia descomunal para resolver un paciente.

Basados en este contexto, el presente estudio propone un modelo para la gestión integral de pacientes a nivel hospitalario que se sustenta en la acción coordinada y articulada de los agentes y que nace a partir de la experiencia y percepciones de actores relevantes en la materia. Una propuesta preliminar referente para el resto de los dispositivos de salud que releva avances significativos en la construcción de modelos que contribuyan a una mejor gestión al interior de los órganos de Estado.

Los objetivos específicos de la investigación han sido descifrar la lógica de la modernización de la gestión pública y de la salud en Chile para comprender los principios y valores centrales que sustentan la necesidad de contar con este modelo; recoger y sistematizar desde los modelos existentes aquellos elementos de gestión que resultan pertinentes para su diseño; revisar el sistema de gestión de la salud pública y su relación con los modelos de gestión estudiados; para finalmente evaluar y analizar a la luz de los actores el contexto, elementos, responsables y alcances que nutren el modelo final en que basamos nuestra propuesta.

Los principales hallazgos son en primer lugar, la abstracción de una política de salud cuyo foco apunte a gestionar pacientes más que recursos. Un enfoque expresado hoy en el principio fundamental que vive en el discurso pero no en la práctica del modelo de atención integral de salud que resalta la acción pública en función del paciente. En segundo lugar, la reformulación del aparato público que ha generado un sistema excesivamente descentralizado y desconcentrado que continúa desarticulado pese a los esfuerzos en el diseño de estructuras y estrategias que apunten a lo contrario. Por último en tercer lugar, se observa desde los dichos de las fuentes consultadas la necesidad de contar con un sistema que movilice la acción coordinada y en red tanto al interior de los dispositivos de salud como entre ellos.

Se concluye en una propuesta de gestión pública para la salud que congrega elementos de gestión social, empresarial y de Estado convergentes en un sistema dirigido a gestionar pacientes al interior de los establecimientos hospitalarios, contribuyendo paralelamente con ello al uso adecuado de recursos públicos y a la satisfacción de la población.

Los desafíos a futuro implican considerar que el modelo es una propuesta construida sin recoger la visión de fuentes regionales por lo que es necesario integrarla. Tampoco se desarrolló un proceso de validación del objetivo del modelo, lo que obligatoriamente implica desplegar instancias para la ejecución de esta etapa previamente ante cualquier aplicación piloto. A su vez y considerando que esta investigación de tipo exploratoria es sólo un marco de referencia, se recomienda proseguir este estudio implementando el modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes a fin de verificar en el campo, el impacto que aporta el modelo en el marco de la reforma.

Finalmente, se sugiere al momento de instalarlo en la red, el acompañamiento permanente y constante del órgano competente. Una vez evaluados los resultados, se propone dar forma y figura a la propuesta por medio de una norma que respalde y cimiente este proceso en la salud del país.

## Dedicatoria

Dicho estudio está dedicado a mis seres queridos. Particularmente a sus sonrisas, tristezas, festejos, caídas y logros; situaciones que pasaron ante mis ojos y que el tiempo sin permitirme detenerlo no me dejó compartir. A ustedes, por ustedes y con ustedes siempre hasta perderme.

*“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no el resultado.  
Un esfuerzo total es una victoria completa”*  
**Mahatma Gandhi**

## **Agradecimientos**

En primera instancia quisiera agradecer a todos quienes creyeron en mí, permitiéndome llevar a cabo este proceso de desarrollo y crecimiento profesional.

A Andrés, Estrella, Elsa, Mario, mis enanos, hermanos, sobrinos y sobrinas y primas. A Rinaldo, Antonio, Carlos, Macarena, María Pía, Susana y a todos los que de alguna u otra forma contribuyeron en este logro

En general a la familia, amigos y compañeros de trabajo, quienes sin cuestionar comprendieron mis períodos de aislamiento y silencio.

A las fuentes de información quiénes desinteresadamente dedicaron tiempo a esta investigación compartiendo sus experiencias, vertiendo sus opiniones, expresando sus aprensiones y confiando sus proyectos.

Por último a quienes, en los momentos de debilidad, contribuyeron desde la complicidad otorgándome espacios de escucha, libertad, confianza y energías positivas.

## Tabla de Contenido

<b>Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Índice de Contenido</b>	<b>5</b>
<b>Índice de Cuadros</b>	<b>7</b>
<b>Índice de Figuras</b>	<b>8</b>
<b>Índice de Gráficos</b>	<b>9</b>
<b>Índice de Tablas</b>	<b>10</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Objetivos y Aproximación Metodológica del Estudio</b>	<b>13</b>
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
<b>1.2 Alcances Metodológicos</b>	<b>13</b>
<b>II. Modernización de la Gestión Pública y de la Salud</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Modernización del Estado en Chile</b>	<b>15</b>
Principios Generales del Proceso de Modernización del Estado en Chile	16
Reforma de la Gestión Pública	17
La Nueva Gestión Pública el NPM	19
Directrices Mundiales para Reformar los sistemas Sanitarios	20
<b>2.2 Reforma de la Salud Pública</b>	<b>24</b>
Antecedentes Históricos	24
Principios de la Reforma de la Salud	27
Gasto Sanitario y la importancia de Gestionar Pacientes	28
Reforma de la Gestión Pública en la Salud Chilena	35
<b>III. Modelos de Gestión y su impacto en la Gestión de Pacientes</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Modelos Nacionales de Gestión en Salud</b>	<b>37</b>
Modelo de Atención Integral en Salud como Modelo de Gestión Pública	37
<b>3.2 Modelos Internacionales de Gestión</b>	<b>39</b>
Modelos de Gestión en Salud	39
Modelos de Gestión basados en la Gestión del Conocimiento	42
Modelos de Gestión por Procesos	43
Modelos de Gestión Social	46
<b>3.3 Consideraciones y Alcances para la construcción del Modelo de Gestión de Pacientes</b>	<b>46</b>
El Modelo de Gestión de Pacientes bajo la Lógica de Modernización del Estado	48
El Modelo de Gestión de Pacientes como un Sistema de Gestión Social	48
El Modelo de Gestión de Pacientes desde la Lógica de la Gestión Pública	50
Características para el Proceso de Modelamiento del Modelo de Gestión de Pacientes	51
Las Tecnologías al Servicio del Modelo de Gestión de Pacientes	51
<b>IV. Gestión del Sistema de Salud Pública en Chile y su relación con los Principales Modelos de Gestión</b>	<b>52</b>
<b>4.1 Elementos de Liderazgo en el Sistema de Gestión de Salud Pública</b>	<b>55</b>
Grado de Participación de los nuevos Gestores Públicos en la Salud Pública Chilena	56
<b>4.2 Elementos o Formas Flexibles en la asignación y uso de transferencias</b>	<b>60</b>
GRD y Winsig en la salud pública chilena	64
<b>4.3 Elementos de Aseguramiento de la Calidad</b>	<b>65</b>
Sistemas de Aseguramiento de la Calidad	66
<b>4.4 Gobierno Electrónico</b>	<b>69</b>
<b>V. Propuesta de Modelo a la luz de los Actores</b>	<b>74</b>
<b>5.1 Trabajo de Campo y Metodología</b>	<b>74</b>
Trabajo de Campo	74
Alcances de la Metodología	75
<b>5.2 Dimensiones Observadas desde la visión de los Actores</b>	<b>77</b>
Resumen de las Dimensiones y Variables observadas	77
Dimensión Madurez Institucional	81

Dimensión Innovación y Aprendizaje Institucional	88
Dimensión Estructura de la Gestión de Pacientes	94
<b>5.3 Propuesta del Modelo de Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario</b>	<b>103</b>
Del Modelo como Sistema de Gestión	105
De la Relación Intraorganizacional	106
De la Estructura	107
Del Diseño del Modelo desagregado por Procesos	109
<b>5.4 Desafíos en x planos en la implementación de la propuesta y en futuras materias de investigación</b>	<b>115</b>
<b>VI. Bibliografía</b>	<b>116</b>
<b>VII. Anexos</b>	<b>121</b>
7.1 Archivo de Prensa	121
7.2 Dimensiones y Subdimensiones a Observar	123
7.3 Alcances Metodológicos	126
7.4 Categorización por Dependencia y Riesgo	128
7.5 Programa Completo Gestión de Enfermedades	129
7.6 Definición de Indicadores a partir de los Hallazgos y por Código de Información	130

## Índice de Cuadros

Cuadro 1 Resumen de los Principales Elementos de Gestión en la Salud Pública en Chile	52
Cuadro 2 Resumen Dimensión Madurez Institucional	78
Cuadro 3 Resumen Dimensión Innovación y Aprendizaje Institucional	79
Cuadro 4 Resumen Dimensión Estructura Funcional de la Gestión de Pacientes	80
Cuadro 5 Mapa de análisis del Estudio a abordar desde la revisión documental	123
Cuadro 6 Matriz de Operacionalización de Variables y Pauta Entrevista	123
Cuadro 7 Tipos de Categorías para preguntas de investigación cualitativa	126
Cuadro 8 Guía entrevista en base a categoría por pregunta	126
Cuadro 9 Definición de Códigos de Información por cada Indicador	130

## Índice de Figuras

Figura 1 Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos	21
Figura 2 Elementos Modernizadores de la Reforma a la Salud Chilena	26
Figura 3 Características del Modelo de Atención Integral	38
Figura 4 Modelo de la Red Asistencial	39
Figura 5 Funciones de la Enfermera Gestora de Casos	40
Figura 6 Sistematización Conceptual	47
Figura 7 Modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes	49
Figura 8 Flujograma de la Acreditación	67
Figura 9 Cobertura a Nivel Nacional SIDRA 2012	71
Figura 10 Modelo General de Procesos según Estándar Ministerial	103
Figura 11 Mapa relacional entre el Modelo de Gestión de Paciente Hospitalaria y el Modelo General de Procesos	104
Figura 12 Modelo de Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario como Sistema de Gestión	106
Figura 13 Relación Intraorganizacional del Modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes	107
Figura 14 Orgánica del Equipo a Cargo del Modelo	108
Figura 15 Proceso de Gestión de Pacientes Hospitalaria Ámbito Estratégico	110
Figura 16 Proceso de Gestión de Pacientes Hospitalaria Ámbito Operativo	112



## Índice de Gráficos

Gráfico 1 Gasto Fiscal en Salud 2000 -2012	30
Gráfico 2 Pacientes categorizados según dependencia y riesgo 2008 – 2012	32
Gráfico 3 Ingreso Hospitalario según Tipo 2012	33
Gráfico 4 Ingreso Hospitalario según Procedencia de Pacientes 2012	33
Gráfico 5 Reingresos Urgentes Oficiales 2012	34
Gráfico 6 Reingresos Urgentes por Diagnóstico Principal 2012	34
Gráfico 7 Nivel de avance de provisión de cargos por Ministerio Junio 2013	57
Gráfico 8 Nombrados I Nivel Jerárquico en Ejercicio a Junio 2013	58
Gráfico 9 Nombrados II Nivel Jerárquico en Ejercicio a Junio 2013	59

## Índice de Tablas

Tabla 1 Dotación de Camas Públicas a nivel País 2012	30
Tabla 2 Distribución de Camas Críticas Públicas a nivel País	31
Tabla 3 Días Camas ocupados según tipo de cama año 2012	32
Tabla 4 Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH año 2012 (REM08)	35
Tabla 5 Definiciones de la Gestión del Conocimiento GC	44
Tabla 6 Número de Dispositivos de la Red por Categoría	58
Tabla 7 Concursos ADP declarados desiertos en alguna oportunidad	59
Tabla 8 Nombrados II Nivel Jerárquico en Ejercicio a Junio 2013	60
Tabla 9 Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud	68
Tabla 10 Número de Indicadores según Ámbito de Control y Perspectiva	69
Tabla 11 Número de Componentes por SS incorporados según Convenio Marco	70
Tabla 12 Matriz de Operacionalización de Variables y Pauta Entrevista a partir del Tipo de Código	75
Tabla 13 Ficha Proceso General de Gestión Hospitalaria de Pacientes	109
Tabla 14 Desglose de Términos Generales del BPMN	110
Tabla 15 Ficha Proceso General de Gestión Hospitalaria de Pacientes Ámbito Estratégico	111
Tabla 16 Ficha Proceso General de Gestión Hospitalaria de Pacientes Ámbito Operativo	113
Tabla 17 Matriz de Análisis Entrevista en base a categoría por pregunta	126
Tabla 18 Definición de Tipos de Códigos	127
Tabla 19 Definición de Códigos según Tipo de Código	127
Tabla 20 Clasificación según Riesgo Dependencia	129

## I. Introducción

Históricamente la transición demográfica y el proceso de envejecimiento de la población han sido dos determinantes claves que han permitido anticipar cambios en la demanda de atención de salud para la programación de políticas. Si bien se han alcanzado grandes avances en la prolongación y calidad de vida, los problemas en la actualidad no han desaparecido, más bien las demandas persisten. En el nuevo milenio ya no basta con dar salud, hoy es necesario responder además las exigencias de la población en temas de calidad, oportunidad y acceso de la atención.

Sin duda que atender estos requerimientos precisa una tarea titánica, además de pensar en reestructurar la orgánica y actividad del aparato estatal, la problemática más bien implica un profundo cambio de mirada. Bajo esta lógica es que en febrero de 2004 surja la Ley 19.937 modificando la hasta entonces Norma Sanitaria vigente, una legislación que busca establecer los lineamientos de la nueva garantía estatal en temas de salud.

A nuestro parecer otras variantes contribuyen con mayor énfasis al problema; como el aumento sistemático de los gastos en el cuidado de la salud<sup>1</sup> y personas –pacientes- más informadas y con mayores expectativas, menos dispuestas a tener que adaptarse al sistema; ejerciendo claramente con mayor énfasis sus derechos.

Ello ha obligado en particular hoy, cambiar la noción de integralidad de las atenciones de salud presente en el aparato estatal, fundándose –o por lo menos ese ha sido el discurso- bajo una perspectiva de derecho garantizar por medio de la descentralización<sup>2</sup> y desconcentración<sup>3</sup> administrativa la cobertura y la oportunidad del servicio aunque con notorias carencias en la calidad<sup>4</sup>, por medio de la acción coordinada y articulada entre los agentes; con el múltiple propósito de mejorar la eficacia, inculcar el sentido de la responsabilidad y asegurar la libertad política de quiénes dirigen el sector salud.

En consecuencia, el resultado buscado de este nuevo modelo de gestión pública, a ser pensado y construido principalmente desde lo local y regional, es en definitiva el de ampliar significativamente las oportunidades de desarrollo humano en todas las comunidades y territorios de Chile y alcanzar en ellas mejores condiciones autónomas de participación, control democrático y gobernanza, ejercidas por sus propios habitantes.

Es decir, a partir de la localización de la decisión y responsabilidad (accountability) del decisor –vale decir, dónde está localizado quien debe tomar la decisión y ante quien responde- el accionar público está más cercano a los ciudadanos que requieren de este apoyo obligándonos a responder mejor a las necesidades de estos actores sociales para con ello mejorar la eficiencia con que se diseñan e implementan los programas públicos,

---

<sup>1</sup> Según el estudio realizado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud sobre el Impacto del Envejecimiento en el Gasto en Salud: 2002 – 2020, en el que se explica que “El gasto total estimado en el componente de hospitalización en los mayores de 60 años de edad el año 2002, fue de MM \$ 252.484, representando aproximadamente el 34% del total del gasto en hospitalización del país, considerando que estimado año 2002 fue de MM \$ 735.658#. Dicho valor Incluye FONASA MAI, MLE e ISAPRES (fuente: DECOM-FONASA y FA Prestaciones Superintendencia de Salud).

<sup>2</sup> Es un proceso administrativo para mejorar la eficiencia en la organización del Estado y un proceso político que busca una repartición territorial de las responsabilidades, evidentemente respetando las grandes direcciones del Estado. A nivel institucional, se busca que la multiplicación de centros de decisiones conlleven a una mayor eficacia en la gestión; los niveles superiores dejan las tareas operativas para concentrarse en áreas estratégicas; además con la descentralización del poder se espera que las decisiones sean más acertadas, pues los gobernantes locales están más cerca del problema a resolver; y por último se busca el pluralismo político, pues se abre la posibilidad a que grupos sociales tradicionalmente excluidos accedan al poder local y/o como mínimo se crean nuevos espacios de participación para las comunidades.

<sup>3</sup> Supone la transferencia de competencias de forma permanente de un órgano superior a otro inferior, pero manteniéndola dentro de la misma persona jurídica. De este modo, se pretende mejorar en la gestión de los asuntos administrativos, sin alterar la línea jerárquica de dependencia entre el órgano central y el desconcentrado.

<sup>4</sup> Entiéndase por calidad aquellas condiciones mínimas que permiten satisfacer o superar las expectativas de los pacientes de manera congruente.

ya que al estar estas funciones más cerca de las condiciones y actores locales, los programas tendrán un diseño más ajustado a las reales condiciones de las localidades y serán implementadas con mayor rapidez y a menor costo.

Sin embargo; pese al diseño del modelo de gestión integral, la excesiva descentralización y desconcentración al interior de la salud ha llevado a duplicar o triplicar responsabilidades, atribuciones, funciones y esfuerzos transversalmente, generando espacios aún más estancos dada la descomunal burocracia que surge a la hora de resolver un paciente.

Por ello que a más de una década desde que se implementó la reforma sanitaria en Chile, el problema central de garantizar la salud de la población sigue vigente. Las críticas persisten desde la cúpula política, pasando por gremios e incluso entre algunos personeros de gobierno. Sin ir más lejos, la prensa<sup>5</sup> que históricamente asume como interlocutor válido entre el Estado y la población, lo presiona haciendo eco de las molestias y problemáticas que afectan a los ciudadanos. Con algún grado de subjetividad estas apreciaciones han logrado insertarse en la agenda pública direccionando el foco de la acción gubernamental hacia modelos que hagan sentido a las demandas.

Por ello y según nuestro análisis la problemática real que encierra este proceso de reforma se traduce en dificultades operativas más que de política, mediante la configuración de un modelo de atención capaz de resolver el problema de salud de la población independientemente de lo excluyente del actual sistema, pero que discrimina o prioriza esencialmente entre quienes cumplen con el perfil epidemiológico que tiene cobertura según una serie de garantías definidas desde la política.

Además de lo anterior, no es un secreto que los hospitales no han podido cumplir estas exigencias inmersos en una dualidad de aseguramiento de la oportunidad y acceso a la salud entre aquellos pacientes que gozan de una garantía y los que no (paciente GES y no GES). Carencias que por cierto siguen aumentando; la demanda generada no es absorbida obligando al sistema público a buscar alternativas de solución entre prestadores privados, un escenario que grafica absolutamente la figura subsidiaria del Estado bajo el modelo económico de mercado imperante.

Y sin ir más lejos pese a que esta situación no se traduce en una actitud antojadiza de quienes lideran el proceso, la problemática implica una inexactitud entre lo que especifica la norma debe hacerse y lo que en la práctica la capacidad instalada de quienes dirigen el proceso les permite alcanzar<sup>6</sup>.

En este contexto, cobra relevancia explorar modelos que contribuyan a la eliminación de los vicios del paradigma burocrático permitiendo a los gerentes públicos –directivos- a partir de la acción articulada, dirigir con mayor precisión esta compleja empresa que es la salud. A partir de esta mirada es que este estudio propone el desarrollo de un Modelo necesario para la gestión hospitalaria, considerando como central de diseño el principio fundamental subsidiariedad del Estado plasmado en la reforma a la salud chilena del año 2004 por medio de un nuevo elemento de gestión que apunta a gestionar pacientes.

---

<sup>5</sup> Revisar Archivo de Prensa.

<sup>6</sup>El AUGE, por ejemplo debe garantizar a sus beneficiarios Acceso, Oportunidad, Calidad e Igualdad, cuando el sistema público no puede asegurar la oportunidad (Garantía asociada a plazos) está obligado a buscar un proveedor privado que cumpla con los plazos comprometidos –recordar el caso Bonos AUGE-. Por ello, en la Ley FONASA se permite que un 10% del presupuesto pueda destinarse a compra de servicios privados. Y por otro lado, mientras públicamente a los hospitales se les obliga a disminuir las emblemáticas listas de espera a fin de cumplir con los plazos establecidos según cada garantía debe además esforzarse por devengar deuda y dar cobertura a todas aquellas prestaciones no consideradas como presupuesto valorado (problemática del presupuesto bajo ítem de PPV – PPI), lo que indudablemente genera un incentivo aún más perverso de rivalidad y exclusión del bien salud.

## 1.1 Objetivos y Aproximación Metodológica del Estudio

Las nuevas orientaciones sanitarias instituidas a finales de los noventa impulsan un nuevo modelo que define al sistema público de salud como el de un **prestador** que debe asegurar de forma integral la salud a la población del territorio nacional. Para alcanzar este objetivo se definió un modelo de atención integral en red con enfoque familiar y comunitario que incorporó en su diseño algunos elementos propios del management<sup>7</sup> con la finalidad de reestructurar la forma de hacer las cosas al interior del aparataje de salud pública en pos del usuario, redefiniendo para ello componentes, actores y estructuras.

Pese a lo anterior y situados en la actualidad la desarticulación al interior de los dispositivos sigue vigente impidiendo gestionar los recursos públicos de manera eficiente y en pos del bienestar de los pacientes. Por ello, la pregunta central de esta investigación radica precisamente en ¿La Gestión de Pacientes es una estrategia de gestión necesaria que contribuye a la Gestión Hospitalaria?

Para reforzar la idea; primero revisaremos como se formula el proceso de modernización del Estado en Chile y cómo enfrenta este proceso la salud nacional. Luego estudiaremos los modelos gestión y su relación en la gestión de pacientes. Posterior a ello, indagaremos además sobre cómo se articula la red pública para el logro de los objetivos sanitarios. Cómo operan los dispositivos y cuáles son las responsabilidades de los agentes de la red. Cuál es el rol de los establecimientos hospitalarios y del Gestor de Redes respecto a la instalación del modelo de salud imperante; en qué ámbitos se aprecia el modelo de gestión integral en red; cómo se gestiona, entorno al paciente o al agente y finalmente desde la luz de los actores recogeremos; cuáles son los actores y responsables, componentes y elementos diferenciadores a reforzar o generar para contribuir a la Gestión Hospitalaria y al logro de los objetivos planteados en la reforma que culminarán en una propuesta de modelo de gestión centrado en gestionar pacientes.

### Objetivo General

Proponer, en base a la experiencia hospitalaria nacional, la construcción de un modelo para la Gestión integral de Pacientes a nivel hospitalario que sirva además de referente para el resto de los agentes de salud a través de la acción coordinada y articulada en los distintos niveles de la atención pública a nivel país.

### Objetivos Específicos

- Revisar experiencias internacionales de Modelos de Gestión replicables que contribuyan a la construcción del Modelo Gestión de Pacientes a nivel nacional.
- Levantar los elementos necesarios para la construcción de un modelo nacional sobre la Gestión de Pacientes en base a la experiencia técnica en la materia, recogida a nivel nacional.
- Elaborar las recomendaciones para la construcción preliminar de un Modelo Operativo de Gestión de Pacientes a nivel hospitalario en Chile.

## 1.2 Alcances Metodológicos

La metodología a utilizar en esta investigación es un estudio de caso, basado en las recomendaciones de Yin (1984).

---

<sup>7</sup> La Ley define un sistema público prestador que por lo tanto debe incorporar términos y prácticas propias del Management. Tanto es así que se habla de Gestor de Redes, Gestión Asistencial, incluso existe un Reglamento para la Gestión del Cuidado. Fuente: Antonio Infante Barros, Ex Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

El caso descriptivo – exploratorio múltiple de múltiples unidades, es el tipo de diseño correcto para este proyecto, ya que llevará a cabo un comparativo de los diversos factores que inciden en la Gestión de Pacientes definidos previamente en nuestro marco y a través de la recolección de experiencias nacionales en la materia, permitiendo tener una visión holística<sup>8</sup> del Modelo.

La naturaleza procesal de las prácticas gerenciales exige que ellas sean estudiadas como un todo, es decir, holísticamente. Un proceso sólo se puede comprender como una configuración de eventos en estrecha interacción con el contexto dinámico en el cual tienen lugar. Un enfoque que sólo se concentre en el comportamiento de algunos aspectos (variables) del proceso sería, por el contrario, incapaz de reconstruir la complejidad de la interacción entre acciones, tiempo y contexto (Ragin 1987).

Es justamente por la necesidad de esta perspectiva holística que el estudio de casos resulta ser una estrategia de investigación adecuada para analizar las prácticas gerenciales, pues permite investigar fenómenos contemporáneos dentro de su contexto natural y considerar sus múltiples dimensiones y características (Yin 1994, 13). Finalmente y para reconocer que elementos del Management se encuentran presentes en la salud pública se realizará un análisis histórico y comparativo de carácter documental; utilizando para ello, fuentes de información secundaria en base a dos dimensiones claves.

Para levantar y validar el modelo propuesto y sus recomendaciones, se utilizará fuentes de información primaria haciendo un levantamiento de las experiencias locales, a través de una entrevista semi-estructurada como instrumento del método cualitativo. Esta herramienta es adecuada, en primera instancia, para determinar si los juicios de valor expuestos en este análisis –y que aportan como contexto que antecede a la investigación– coinciden con lo declarado por él o los actores claves a modo de corroborar nuestra pregunta de investigación. A su vez el encuentro con expertos permitirá la validación y el análisis de los elementos que deben estar presentes en el modelo propuesto.

Para la fijación de la muestra resulta habitual que en investigación cualitativa –estimación del total de entrevistados– el diseño del estudio evolucione a lo largo del proyecto, por eso se dice que es emergente. En el caso del muestreo sucede lo mismo, la decisión sobre el mejor modo de obtener los datos y de quién o quiénes obtenerlos son decisiones que se toman en el campo, pues se quiere reflejar la realidad y los diversos puntos de vista de los actores claves, los cuales nos resultan desconocidos al iniciar el estudio; sin embargo se construirá un mapa de actores (stakeholders<sup>9</sup>) para respaldar la validez de la información que se obtendrá una vez que se indague en la realidad organizacional de los casos evaluados por medio del análisis de la entrevista.

Es en este sentido que se considerará como universo todos aquellos Hospitales de Alta Complejidad que a nivel nacional posean experiencias concretas en la Gestión de Pacientes a nivel hospitalario<sup>10</sup> y que a su vez se tenga el necesario acceso a fuentes primarias, más algunos referentes ministeriales y del ámbito de la salud que tengan la calidad de expertos.

---

<sup>8</sup> Entiéndase por holística, a una vista en conjunto de un tema o caso.

<sup>9</sup> Un Stakeholder es “cualquier grupo o individuo que puede afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la empresa”. Freeman en González, E. (2007).

<sup>10</sup> En este caso se recogerá la experiencia del Complejo Hospitalario San José del SSMN –Actualmente Hospital Clínico San José– y el Hospital Félix Bulnes del SSMC de la Región Metropolitana.

## II. Modernización de la Gestión Pública y de la Salud

### 2.1 Modernización del Estado en Chile

En medio de la globalización, la implantación de redes de comunicación y caracterizado por la interrelación económica del nuevo modelo de mercado<sup>11</sup>, el que se ha convertido en el mejor asignador de recursos requiriendo para su funcionamiento y desarrollo la existencia de un Estado Transparente<sup>12</sup> que tienda a la igualdad de sus ciudadanos. Es en este sentido que las reformas modernizadoras tienen en su centro la figura de ciudadanos portadores de derechos y su participación en la sociedad.

Por ende el Estado existe por la sociedad, representando a través de instituciones y prácticas –para Douglas North reglas formales e informales- una especie de ordenamiento social, pero que además representa una forma de poder hacia la misma y que se traduce en las distintas formas de pensamiento político, generando una relación de dominio entre el Estado y la Ciudadanía. Por ello en su nivel más abstracto, el Estado es una relación de fuerzas que produce el pacto de dominio y en el sentido weberiano, es el monopolio del uso legítimo de la coerción.

Ahora bien, en su forma histórica el Estado puede entenderse como el poder político, con carácter transitorio, que se ejerce de forma concentrada, autónoma y soberana sobre un pueblo y un territorio a través de un conjunto de instituciones, un cuerpo de funcionarios y procedimientos reglamentados.

El acercamiento a la institucionalidad del Estado no puede dejar de ver que, además de poder político institucionalizado (actor), el Estado es también un campo estratégico de lucha (arena), en el cual los diferentes actores se enfrentan y se reconstituyen como sujetos políticos, es decir; *la Reforma se traduce al nivel de la Institucionalidad Estatal* (Fleury, 2002).

Sin embargo, aunque el ámbito de la reforma sea el institucional, la cuestión que se plantea es sobre las implicaciones de estos cambios en la distribución del poder (en la correlación de fuerzas y en el campo estratégico de luchas). O sea, en qué medida los cambios institucionales alteran las posiciones de poder o las posibilidades de representación de los intereses de los diferentes actores y sujetos políticos en una sociedad.

Por consiguiente el Estado, definido como todo orden social, intenta preservar su estabilidad a través de cambios espontáneos y continuos según el tipo de escenario al que se enfrentan. Es ante el fracaso de las estrategias que surge discontinuamente la ventana de las reformas –las thinktank o ventanas de oportunidad-. Las reformas buscan transformar el razonamiento por medio de reglas a fin de fijar un nuevo orden de valores y principios, capaz de modificar significativamente el comportamiento de sus actores (Echebarría, 2000).

---

<sup>11</sup> “Lo que llamamos mercado libre es en realidad un sistema lógico que, limitando a lo privado nuestra atención y utilizando nuestra energía, se vuelve automática (...) Esta “desregulación del mercado” no deja a los ciudadanos a su libre albedrío sino en manos de una lógica muy concreta, con unas normas de funcionamiento claras y coercitivas, la lógica de la competitividad forzosa, so pena de sufrir o morir en la miseria. Hay una liberación pendiente en las sociedades actuales: una existencia material garantizada en lo básico que permitiera el desarrollo de una individualidad auténtica”. Ecora (2011). *La Lógica Automata del Mercado* Disponible en: <http://ecorablog.blogspot.com/2011/03/la-logica-automata-del-mercado.html>. Acceso: [9 de Septiembre de 2013].

<sup>12</sup> Es necesario crear una red de manos reales que salgan de su sombra para hacer frente a la “mano invisible” de la programación comercial, una gran red colectiva que impulse la exigencia de una sociedad en la que podamos crecer como personas. Necesitamos poder abandonar un trabajo sin que eso suponga caer en la miseria; necesitamos el reconocimiento de unos derechos sociales que garanticen la dignidad; necesitamos libre acceso al conocimiento para la formación y la capacidad crítica; necesitamos más tiempo libre, y un estado global tan fuerte como democrático y transparente que pueda encauzar nuestra orientación consciente. Estas condiciones sociales permitirían que el mercado libre no fuera en realidad un automatismo liberado sino una mera herramienta a nuestro servicio. *Ibid.*

## Principios Generales del Proceso de Modernización del Estado en Chile

El Proyecto de Reforma y Modernización del Estado (PRYME)<sup>13</sup> fue creado en el año 2000 a partir del Instructivo Presidencial N° 011, para promover un nuevo avance en una de las tareas prioritarias de los gobiernos que se suceden tras la reinstauración de la democracia en 1990: reformar y modernizar el Estado para dotarlo de mayor capacidad para proveer aquellos bienes y servicios requeridos por las personas en un nuevo contexto económico, social y político a partir de siete principios orientadores que rigen proceso de Reforma.

- a. **Estado democrático y participativo:** La Reforma institucional se estructurará a partir de la idea de Estado democrático de derecho, por lo que se abordarán las modificaciones constitucionales necesarias para superar los obstáculos hoy existentes. Asimismo, deberán diseñarse mecanismos concretos para asegurar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos ante la administración, así como su participación en la gestión pública.
- b. **Estado transparente:** La naturaleza del nuevo Estado es tributaria de la profundización de la democracia. Uno de sus elementos claves es la transparencia de la actividad estatal como la base de la prevención de la corrupción del sector público; y como condición necesaria para obtener mayores niveles de participación ciudadana, la transparencia es una conducta que genera confianza en la gente.
- c. **Estado unitario descentralizado:** La propuesta de Reforma deberá fortalecer la regionalización y la descentralización de las decisiones, logrando una adecuada articulación entre el nivel nacional, el nivel regional y el nivel local.
- d. **Estado solidario:** El proceso de cambios debe lograr un Estado que se hace cargo y asume las desigualdades sociales y territoriales y los factores de desintegración social, tanto en materia económica para hacer llegar a todos los chilenos y chilenas a lo largo del país los beneficios del desarrollo, como en los distintos ámbitos culturales, asegurando la igualdad de oportunidades al conjunto de la ciudadanía.
- e. **Estado fuerte para enfrentar requerimientos presentes y futuros:** Se requiere un Estado adecuado a las características del desarrollo actual y futuro del país. En ciertos casos, se podrá reducir su tamaño, o en otros se podrá fortalecer y crecerá de acuerdo con las necesidades. Lo central en este punto es que las dimensiones del Estado serán una función de los requerimientos actuales y de los que en futuro se prevean, y no una imagen predeterminada de Estado pequeño o grande.
- f. **Estado más eficiente y eficaz:** El foco de las preocupaciones del Proyecto está puesto en la satisfacción del interés general, por lo que todas las acciones de transformación comprendidas en él se inspirarán en este principio, tanto en materia de rediseño de la institucionalidad, como de mejoramiento de la gestión para entregar un servicio público de calidad a la ciudadanía. Un lugar central en ello ocuparán las nuevas tecnologías de la información que acerquen los servicios a los ciudadanos y ciudadanas.
- g. **Estado normativo y subsidiario:** El Proyecto se hace cargo del cambio de rol del Estado en las últimas décadas. Se debe avanzar desde un estado productor de bienes y servicios a uno que fortalece su capacidad reguladora, normativa y fiscalizadora.

---

<sup>13</sup> Cabe mencionar que no existen documentos formales en los que se dé cuenta de esta definición del foco del PRYME. Tampoco los documentos dan cuenta formal de las transformaciones del PRYME a lo largo de su historia.



Es importante situar el tema. El Estado trata de procurar el funcionamiento regular y eficiente de los servicios, junto con respetar los principios de transparencia, equidad y disciplina fiscal, considerando de manera prioritaria la satisfacción de los usuarios, la realización personal y profesional de los funcionarios, la asignación eficiente de los recursos y la capacidad de respuesta ante las nuevas demandas de la sociedad.

Por ende, se entenderá por Reforma del Estado aquellos *cambios deliberados a las estructuras y procesos del sector público, con el objeto de hacer que funcionen mejor en algún sentido* (Pollitt y Bouckaert, 2000, citados por Waissbluth e Inostroza, 2007).

En suma; la Reforma del Estado se concibe bajo dos naturalezas sintetizadas espléndidamente por Koldo Echebarría citado por Waissbluth (2003). “Entiéndase por *Reforma Institucional* aquella que afecta el diseño y funcionamiento de las instituciones, es decir, a la organización y funcionamiento del poder y su articulación con el entorno para el diseño y ejecución de las políticas públicas, siendo un caso característico la llamada Reforma Liberal (separación de poderes, control judicial, instauración del principio de legalidad, etc.) y *Reforma Sustancial* se refiere a aquel proceso en virtud del cual se transforma el contenido de la acción pública, alterando sus fines, objetivos y alcances”.

La modernización de la Gestión Pública ha sido un desafío tanto para los gobiernos de la concertación como para el nuevo gobierno y ha sido emprendida porque se entiende que para modernizar el Estado, es necesario comenzar por modernizar y flexibilizar el aparato público, es decir, la administración pública implicando redefinir la visión que se tiene acerca de sus roles.

Lo descrito coincide con Fuenzalida (2011), quien cita a Waissbluth (2002) pues la confusión entre política pública y gestión pública es una de las más comunes en América Latina. La primera está cerca de la Reforma Sustancial y la segunda de la Reforma Institucional y aunque la línea que las diferencia no es completamente clara, la política responde al qué hacer mientras que la gestión responde al cómo hacerlo.

El Nuevo Gerencialismo, según Waissbluth (2007), es una nueva política de gestión pública que guarda estrecha relación con la presupuestación contra resultados, servicio civil de carrera, alta dirección pública, flexibilidad laboral, compras públicas transparentes, gobierno electrónico y evaluación de impacto. En esta definición Waissbluth enfatiza lo primordial de contar con directivos públicos de primer nivel.

Así mismo, Modernización del Estado es distinto a Modernización de la Administración, la reforma administrativa se limita a mejorar las estructuras encargadas de la función ejecutiva y administrativa solamente, es decir lo que comúnmente se llama gobierno, mientras que la reforma del estado tiene que ver con todas las funciones que conforman el sistema político, en este sentido la reforma del estado es una empresa inmensamente mayor y más compleja que la reforma de la administración pública, sin embargo para lograr un cambio duradero y permanente en la estructura del estado se comienza por reformar el aparataje estatal.

De todas maneras, todo cambio no reviste el carácter de Reforma. En variadas ocasiones hay cambios bajo los cuales subyacen permanentes ideas de simplificación y renovaciones físicas, organizativas o tecnológicas para estar a la vanguardia de los cambios del contexto bajo el cual se opera. En este caso, en donde se trata de mejoras en que no existe un fin último en las transformaciones sino una adaptación constante, hablamos de *Modernización*.

### **Reforma de la Gestión Pública**

Respecto a la Gestión Pública (GP), el desarrollo de la administración pública permitió durante muchos años aprender los diversos aspectos de la acción gubernamental. No es casual que a fines de los años cincuenta y sobre todo a lo largo de los sesenta surja la escuela de las políticas públicas como un marco de

análisis que busca entender la acción gubernamental rompiendo con varios supuestos básicos de la administración pública.

Sin embargo, a ésta fundada abstracción se contraponen el análisis que parte de la política pública en sí; a la norma jurídica como base de estudios se contraponen el proceso decisorio; al acotado campo de la administración se oponen la amplia gama de vínculos e intersecciones entre los ámbitos político y administrativo. Cabrero (1993)

Se trata, por tanto, de un campo disciplinario que nace de la necesidad de aprender una realidad más compleja, difusa y multifacética que aquella en la que surgió la administración pública. Ésta es la realidad en la que surge la gestión y la gerencia pública. No es casual explica Cabrero (1993) que a mediados de la década de los setenta algunos autores comienzan a hablar con insistencia del public management en los Estados Unidos y menos que hoy en la actualidad persistan problemas como el de una dependencia gubernamental relacionada con cómo manejar adecuadamente sus recursos para sobrevivir, cómo interrelacionarse de manera óptima con otras dependencias y con el usuario (cliente) del servicio que se provee y cómo redefinir constantemente la misión para hacer viable en el largo plazo la acción institucional.

Así la premisa recae en el supuesto de que un buen gobierno será aquel en que el conjunto de redes de dependencia funcione bien; es decir, con eficiencia en el ejercicio de los fondos públicos, con eficacia en la interacción con agentes y agencias externas, y con legitimidad en la prestación del bien o servicio que produce; es decir, la satisfacción al cliente y la rendición de cuentas.

En cuanto a la diferencia entre gestión y gerencia pública se trata tal como lo señala Cabrero (1993) de un matiz semántico. Una vez que en los Estados Unidos se impulsa la idea de public management, poco a poco se va introduciendo este concepto al resto de los países. En Francia, por ejemplo, desde inicios de la década de los ochenta se incorpora el término como anglicismo; lo mismo sucede en muchos otros países del mundo. Curiosamente, en España, para evitar el anglicismo, se incorpora un galicismo: gestión pública, que viene del francés gestion publique. En algunos países de América Latina se adopta la denominación gerencia pública refiriéndose a lo mismo, aunque posteriormente se adoptó indistintamente gestión o gerencia pública.

Para precisar todavía más los términos, es necesario recoger la distinción que realiza Cabrero (1993) señalando a Bozeman; así encontramos dentro de esta corriente dos escuelas claramente diferenciadas: lo que Bozeman llama el enfoque "P" –aquel que surge en las escuelas de políticas públicas y en las que el public management fue visto como complementaria del estudio de las políticas-, se concibió como el manejo directivo de las políticas (este enfoque en español correspondería a la denominación de Gestión Pública); por otra parte, Bozeman presenta el enfoque "B", que surge de las escuelas de negocios, el cual recupera los conceptos básicos de la administración de empresas, siendo menos riguroso en la distinción entre las esferas pública y privada (este enfoque en español correspondería a la denominación de Gerencia Pública).

Recogiendo lo anterior y considerando que entre gestión y gerencia pública existe una leve diferencia de matiz, para este estudio nos valdremos del concepto Gestión Pública para abarcar ambas escuelas.

La gestión pública es un enfoque disciplinario surgido en el contexto estadounidense. Lo anterior no sugiere evidentemente que en otras épocas y/o realidades nacionales no existiesen las condiciones ni la necesidad de este tipo de abordaje para entender así los nuevos campos de acción y modalidades de funcionamiento de las dependencias gubernamentales.

Por ello, es innegable, que este campo de estudio –al igual que el de las políticas públicas- tiene una "denominación de origen" que permea no sólo el tipo de estudios que se realizan y la orientación del desarrollo de la disciplina, sino que también determina la connotación de los conceptos, su contenido intrínseco, la naturaleza de sus objetivos y los supuestos acerca de la acción gubernamental, las instituciones y el

comportamiento de los actores, y define así mismo los referentes generales de dónde comienza y dónde termina la gestión pública.

No podemos ignorar que esta disciplina nace en el contexto de un país con economía de bienestar, en el que si bien grupos importantes de la población carecen de los mínimos necesarios ofrecidos al resto de la sociedad su nivel de vida no es comparable con el de la mayoría de los países latinoamericanos, donde aún existe una brecha claramente definida entre quienes disfrutan y quienes no de mínimos sociales.

Esto tiene implicaciones obvias sobre la problemática entorno a la gestión pública. La necesidad de gobiernos eficientes la comparten ambos contextos; pero mientras en el caso estadounidense es una reflexión a la que se llega después de lograr los mínimos sociales, un sistema altamente profesionalizado de servidores públicos y un sistema de escuelas y centros dedicados al estudio de la acción gubernamental, en la región aún estamos en pañales.

Sin embargo, es alentador recalcar que la gestión pública no se trata de un punto de llegada, se trata de un punto de partida. La eficiencia en la oferta de servicios básicos es importante dada la carencia de recursos; pero la cobertura de los mismos en ocasiones es más urgente, esto sin tocar los problemas de legitimidad, crisis institucional y corrupción, aspectos todos ellos enraizados en lo más profundo de nuestros sistemas. En otros términos, la modernización de las dependencias gubernamentales en los países desarrollados es efectivamente un problema de gestión pública. En países como el nuestro, la modernización es un problema mucho más amplio e interconectado; es un problema de cambio político, social, económico, y por cierto; también de Gestión Pública.

Finalmente, para este nuestro análisis entenderemos que gestión pública es gestión –término ya definido- con las limitaciones propias y derivadas del carácter público.

### **La Nueva Gestión Pública el NPM**

El Nuevo Gerencialismo (New Public Management, NPM) se basa según Fleury en un conjunto de discusiones sobre la transición desde un paradigma burocrático de la administración pública hacia un nuevo paradigma gerencial que considere las transformaciones en el medio e incorpore instrumentos gerenciales probados con éxito en el mercado.

Este cambio para otros, surge como consecuencia de la incapacidad del paradigma burocrático de gestión para dominarla complejidad creciente de las actividades colectivas Crozier (1997). Para enfrentarse a la complejidad actual es necesario que el gerente tenga libertad para tomar decisiones rápidas, lo que requiere más conocimiento e informaciones, más discreción, autonomía, flexibilidad, responsabilización y compromiso en relación a los resultados.

El paradigma burocrático ensalzada en la figura del Burócrata del Escritorio, con su apego a las reglas y procedimientos, su alejamiento de las necesidades de los clientes, sus escasas responsabilidades con relación a los resultados, y sus mecanismos de decisión y acción basados en el secreto, la obediencia, la especialización y el monopolio, aparece como altamente inadecuado para enfrentar las necesidades de la gestión actual.

La burocracia pasa, entonces, a ser vista no sólo como un impedimento a la gestión eficiente, sino también como un actor entregado a sus intereses corporativos en detrimento de los intereses colectivos. Un limitante de la gestión pública necesaria para los exigentes requerimientos de una sociedad más informada y demandante.

Para Armstrong (1998) en Fleury (2002), el paradigma del NPM consiste en ocho elementos: reducción de costos con búsqueda de mayor transparencia en la asignación de recursos; desagregación de las organizaciones burocráticas tradicionales en agencias separadas; separación entre el comprador y el

proveedor; introducción de mecanismos de mercados o casi-mercados; descentralización de la autoridad gerencial; introducción de la gestión de desempeño; nuevas políticas de personal (flexibilización Laboral) y aumento del énfasis en la calidad, enfocada en la satisfacción del consumidor.

Pese a la estampa eficientista de este modelo, algunos autores arguyen que es un movimiento políticamente no neutro, centrado solamente en el aumento de la eficiencia, efectividad y responsabilidad de los conductores del gobierno. Para Painter (1998) en Fleury (2002) este movimiento refleja una filosofía de gobierno, no solamente una filosofía gerencial. Al ver los gerentes públicos como un problema y no como una solución, al introducir un conjunto de mecanismos de mercado, hay que considerar que *el mercado es más que un instrumento, él es un conjunto de relaciones sociales que involucra implicaciones en cuanto al poder, presuposiciones éticas o consecuencia que pueden 'infectar' las políticas y procesos gubernamentales como un todo.*

Al mismo tiempo, hace falta considerar la contribución de diferentes autores que aun reconociendo la crisis del Estado actual, ponen énfasis en la transformación política y tecnológica del entorno e intentan pensar la transformación a partir de la necesidad de democratizar el Estado (perspectiva democratizante).

Sumado a los cambios descritos, este modelo también establece la necesidad de adecuar la gerencia pública en respuesta a contextos cada vez más cambiantes, complejos y sujetos a innovaciones tecnológicas, así como a modificaciones socioculturales. La complejidad impone nuevos métodos y mejores conocimientos, generando de esta forma, demanda por una nueva perspectiva gerencial más estratégica, cooperativa, democrática, participativa y solidaria (Nogueira, 1998 citado por Fleury, 2002).

Por su parte, Fleury (2002) cita a Castells (1998) quien habla de la necesidad de pensar la estructura del Estado como una red, con un funcionamiento flexible y una geometría política variable, capaz de procesar informaciones y asegurar el proceso de decisiones compartidas. Para ello sería necesario la combinación de ocho principios de funcionamiento administrativo: subsidiariedad, flexibilidad, coordinación, participación ciudadana, transparencia administrativa, modernización tecnológica, transformación de los agentes de la administración y retroalimentación en la gestión. Y es en este sentido que la transformación del Estado debe ser vista desde la perspectiva de la promoción de la ciudadanía.

Finalmente, todo ello considera un cambio estructural y cultural en la gestión pública: administrar por resultados e incorporar herramientas de gestión desarrolladas en el campo de la administración privada. Al respecto citado en Arenas (2008) Sigurdur Helgason, de la OCDE señala: *si bien no existe un modelo único de reformas a la gerencia pública, es posible identificar algunos elementos comunes a la mayoría de los países, entre los cuales destaca el uso de prácticas modernas de gestión, lo que significa tanto desarrollar estas prácticas en el sector público como importarlas del sector privado*".

A modo de conclusión aquí vale recoger la advertencia de Losada (1998), *"El sector público y privado se parecen en todo aquello que no es relevante"*. Por lo tanto el desafío es cómo se adecua la importación e implementación de herramientas de gestión desde lo privado a lo público para la agregación de valor y no para la normalización excesiva que resta flexibilidad a los sistemas.

### **Directrices Mundiales para Reformar los sistemas Sanitarios**

Las directrices mundiales<sup>14</sup> para la reorientación de los sistemas sanitarios hacia la salud para todos definidos en 2008, apuntan a reformar cuatro ámbitos infinitamente necesarios al interior de las políticas de Estado; la cobertura universal, la prestación de servicios, el liderazgo y las políticas públicas (Figura 1). En

---

<sup>14</sup> Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS (2008)

consecución, centraremos este análisis cotejando el estado de instalación de estos 4 ámbitos desde la revisión documental de las características que engloban el sistema de salud de nuestro país.

**Figura 1 Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos**



Fuente: Elaboración OMS (2008:XVII)  
Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos

Las reformas en pro de la cobertura universal apuntan a garantizar que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud. En Chile, desde el 1 de Julio de 2005 entra en vigencia el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE) consistente según lo establecido por la Ley 19.966 como el **Régimen de Garantías en Salud**, una reglamentación sanitaria que garantiza el acceso a las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud.

Establece además, 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 garantizando explícitamente:

- Acceso: obligación de FONASA e ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud.
- Oportunidad: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas –ya van 80 patologías-.
- Calidad: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- Protección financiera: contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

Las reformas de la prestación de servicios por su lado, están dirigidas a que se reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo, y que propicien al mismo tiempo mejores resultados.

Además del impulso generado por la reforma a la salud, el cambio en el comportamiento de las personas de pacientes a usuarios con derechos, y la crisis de credibilidad de los servicios públicos hospitalarios, están obligando a los establecimientos –en sus distintos niveles- a reconocer y responder con eficacia-eficiencia a las necesidades y demandas que se generan en su entorno para recuperar la confianza social.

En la evolución que ha presentado nuestro sistema de salud, se observa un lento cambio en la orientación de los servicios, desde un énfasis en los productos (eficacia) –que no necesariamente se acompañaba del debido cuidado del impacto sanitario de las acciones- o de los recursos utilizados para ello (efectividad y eficiencia), hacia un mayor énfasis en la orientación al usuario y a la responsabilidad social del uso de los recursos. Este es, probablemente, el contexto que puede explicar la progresiva incorporación de la preocupación por la gestión, la calidad y la rendición de cuentas por las responsabilidades entregadas.

En este sentido -y a fin de no reiterar el análisis- se destaca el surgimiento de las nuevas figuras en la institucionalidad tratadas en el Cuadro xxx sobre los avances de la gestión en salud principalmente enfatizando su foco en el modelo de atención integral centrado en el usuario que impulsó el cambio de paradigma en el otorgamiento de la prestación de servicios; y las descritas en el Cuadro xx sobre el sistema capitado de pagos por prestaciones valoradas e institucionales y su reformulado proyecto de mecanismos de presupuestación y transferencias para la equidad y la eficiencia en Salud WIN-SIG y; por último, la participación y empoderamiento ciudadano a través de los consejos consultivos, CIRA y OIRS.

De acuerdo a las reformas de las políticas públicas podemos señalar que su importancia radica en mejorar la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales.

Arraigado a la reforma de la salud experimentada en nuestro país, surge el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario o en red, que ya no concibe al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, sino que ve a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Para ello surgen nuevos modelos de gestión, es decir, una nueva concepción de la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución. Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala el Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial) como responsables de los resultados sanitarios de su población.

Por último, las reformas del liderazgo que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y el laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud. En este sentido la agenda de cambios en el país fue ambiciosa, pues abordó íntegramente la propuesta de cambios en las políticas de recursos humanos en el sector público. Apuntando al desarrollo de los principios de probidad, transparencia e igualdad de oportunidades, tendientes a garantizar a todas las personas de la administración pública equidad en su desarrollo y promoción; así como la gestión participativa y la eficiencia y eficacia en la administración de los recursos públicos.

Durante el 2003 el gobierno logró un acuerdo político legislativo para avanzar de manera concreta y simultánea en tres ámbitos claves:

1. Modernización del Estado y de la Gestión Pública
2. Transparencia y Probidad
3. Promoción del Crecimiento

Este importante entendimiento fue conocido como las "49 medidas", que abarcaron un amplio conjunto de materias propias de la reforma del Estado. Con la promulgación de la Ley 19.882, el 23 de junio de 2003 se establece una nueva política en materia de gestión y desarrollo de las personas y crea un Sistema de Alta

Dirección Pública. Asimismo, la normativa insta la Dirección Nacional del Servicio Civil, entregándole la misión de implementar estos cambios y dotar al Estado de una administración profesional, donde el mérito, la idoneidad y la probidad son los requisitos fundamentales de quienes conducen los servicios públicos.

La reforma a la gestión de los recursos humanos del Estado se centra en cuatro ejes fundamentales:

- Establecimiento de la Dirección Nacional del Servicio Civil como la institucionalidad que permite implementar en los servicios públicos la nueva política de personal.
- Creación del Sistema de Alta Dirección Pública destinado a la selección, desarrollo y evaluación de los directivos de I y II nivel jerárquico encargados de dirigir los organismos que prestan servicios directos a la ciudadanía.
- Modernización y profesionalización de la carrera funcionaria, perfeccionando los mecanismos de ingreso, promoción y egreso de los funcionarios del Estado, mediante un sistema de concursabilidad transparente y meritocrático.
- Política de remuneraciones que adiciona a la remuneración fija, una parte variable asociada al desempeño institucional.

Si bien esta reforma no es impulsada precisamente por el sector salud, la apuesta del quehacer sanitario definido en el modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, ubicado básicamente en el nivel de atención primaria, que se hace cargo de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica.

De ahí que la formación y competencias de este equipo deben ir de la mano al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo que para el caso de los establecimientos hospitalarios se traduce en la inversión de líderes capaces de impulsar el desarrollo y crecimiento al interior y hacia el exterior –red de salud- pero que también propendan al logro del cambio organizacional propuesto para la instalación del nuevo modelo.

La concentración de profesionales con alta calificación, la cultura del equipo de salud, la dinámica de la relación entre demanda (necesidades) y oferta (servicios) de atención de salud, la alta diversidad de funciones clínicas, industriales y administrativas que se efectúan en un establecimiento, lo hacen una de las organizaciones más complejas en el ámbito de los prestadores de servicios. Por ello, los procesos de cambio requieren de grandes inversiones de energía: creatividad, capacidad, recursos, tiempo y perseverancia. Y sin ir más lejos la salud pública lo ha tenido claro desde que se inició este proceso de reforma apostando a la inversión en la provisión de cargos sometidos a un sistema de selección basada en méritos y competencias (SADP) para la gestión de salud pública.

En la actualidad, el sistema sanitario chileno se encuentra en un proceso de reforma que tiene por objeto, garantizar la calidad asistencial para toda la población. Pese a ser la economía chilena una de las más boyantes de América del Sur, la inequidad de nuestro sistema sanitario se encuentra entre las más grandes del mundo. Amplios grupos de población, sobre todo los más desfavorecidos, tienen una gran dificultad para acceder oportunamente a los servicios sanitarios de mayor complejidad pese a la reforma implementada hace más de una década. Además el país, desde el punto de vista epidemiológico, se halla en un proceso de transición donde el envejecimiento y las enfermedades crónicas tienen ya un importante peso.

## 2.2 Reforma de la Salud Pública

### Antecedentes Históricos

*La salud es motor y resultado de la calidad de vida de las personas y las sociedades. Por este motivo, avanzar en mayor protección social –camino nitido que fijó la Presidenta Michelle Bachelet para su gobierno- es avanzar también en un acceso equitativo no sólo a condiciones de vida que favorezcan la salud, sino que también en niveles de seguridad en materia de atención oportuna y de calidad en caso de enfermedad.*  
Barría, M. (2007)

La Ley 19.937/2004 de 24 de Febrero (Ley Autoridad Sanitaria) surge con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de Gestión y fortalecer la participación ciudadana, por medio de la modificación del D. L. N° 2763 de 1979. Esta Ley profundiza en el reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, que para ser efectivo requiere de los poderes públicos para la adopción de las medidas necesarias que permitan satisfacerlo siendo precisamente ese el ámbito donde se enmarca la atención sanitaria.

Finalmente esta nueva concepción establece, a partir del 01 de enero de 2005, una nueva estructura organizativa y jurídica para el sector público de salud que parte desde el MINSAL, órgano gubernamental que tiene por fin normar, administrar y otorgar la salud pública.

Éste órgano<sup>15</sup> normativo de organización institucional y gubernamental centra su accionar en la fiscalización y organización permanente de la Red Asistencial. Su última reformulación radica en lo planteado durante 2002 por el Ejecutivo, que enfatiza en la imperiosa necesidad de administrar eficientemente y distribuir con equidad los recursos en salud que provee el Estado; a fin de combatir aquellas enfermedades causantes del mayor sufrimiento, daño y muertes prevenibles de la población y para cuyos efectos existen los Objetivos Nacionales de Salud.

En ellos debemos poner énfasis, pues *“La formulación de Objetivos Nacionales de Salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población”* Lagos, R (2002).

En el marco de la reforma, los objetivos sanitarios son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. Por ello, en función de estos objetivos, las principales metas de la reforma fueron mejorar la equidad del sistema, reduciendo la brecha en los niveles de salud entre grupos socio-económicos; ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico de la población hacia enfermedades crónicas; responder a las necesidades expresadas por la población; y, finalmente, mejorar los indicadores sanitarios.

---

<sup>15</sup> El propio Ministerio señala en su sitio oficial que esta reformulación se inicia a fines de 1973, cuando la dictadura militar consideró que el Ministerio de Salud estaba dotado de escaso poder de decisión, de una estructura inadecuada y con recursos humanos incapacitados, factores que le impedían con cumplir con el rol asignado a raíz de las políticas de salud. *“Por ello se inicia la reorganización de esta secretaría de Estado”*, adecuando su funcionamiento a los objetivos del período según la publicación del Decreto Ley N°913 del 28 de febrero de 1975 y al que se suman una serie de reglamentos internos. Esta norma legal permitió iniciar una etapa de transición, durante la cual se profundiza el estudio de las bases orgánicas para constituir el Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que conduce a la revisión y modificación de las disposiciones legales que regían el funcionamiento del ministerio y de las instituciones de salud que se relacionaban con el Ejecutivo por su intermedio. Esto lleva a que se dicte el Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979, que reestructura al Ministerio de Salud, crea el Sistema Nacional de Salud y establece los organismos dependientes -ISP, Fonasa y Central de Abastecimiento-, a lo que posteriormente se agregaron nuevos reglamentos. Disponible en: [http://web.minsal.cl/historia\\_minsal\\_2](http://web.minsal.cl/historia_minsal_2) [Acceso: Diciembre de 2013].



Es bajo esta perspectiva que los objetivos<sup>16</sup> durante la década de 2000 – 2010 se expresaran en un instrumento de gestión sanitaria, de forma que constituyera una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud. El Sistema AUGE propuesto en la modificación a la ley N° 18.469 establece el Régimen de Garantías en Salud como el instrumento de gestión sanitaria dispuesto para hacer frente a las enfermedades que han sido definidas por ley<sup>17</sup> con el mayor daño y mortalidad. El resto de las enfermedades serían manejadas conforme a las normas vigentes y según la prioridad históricamente otorgada.

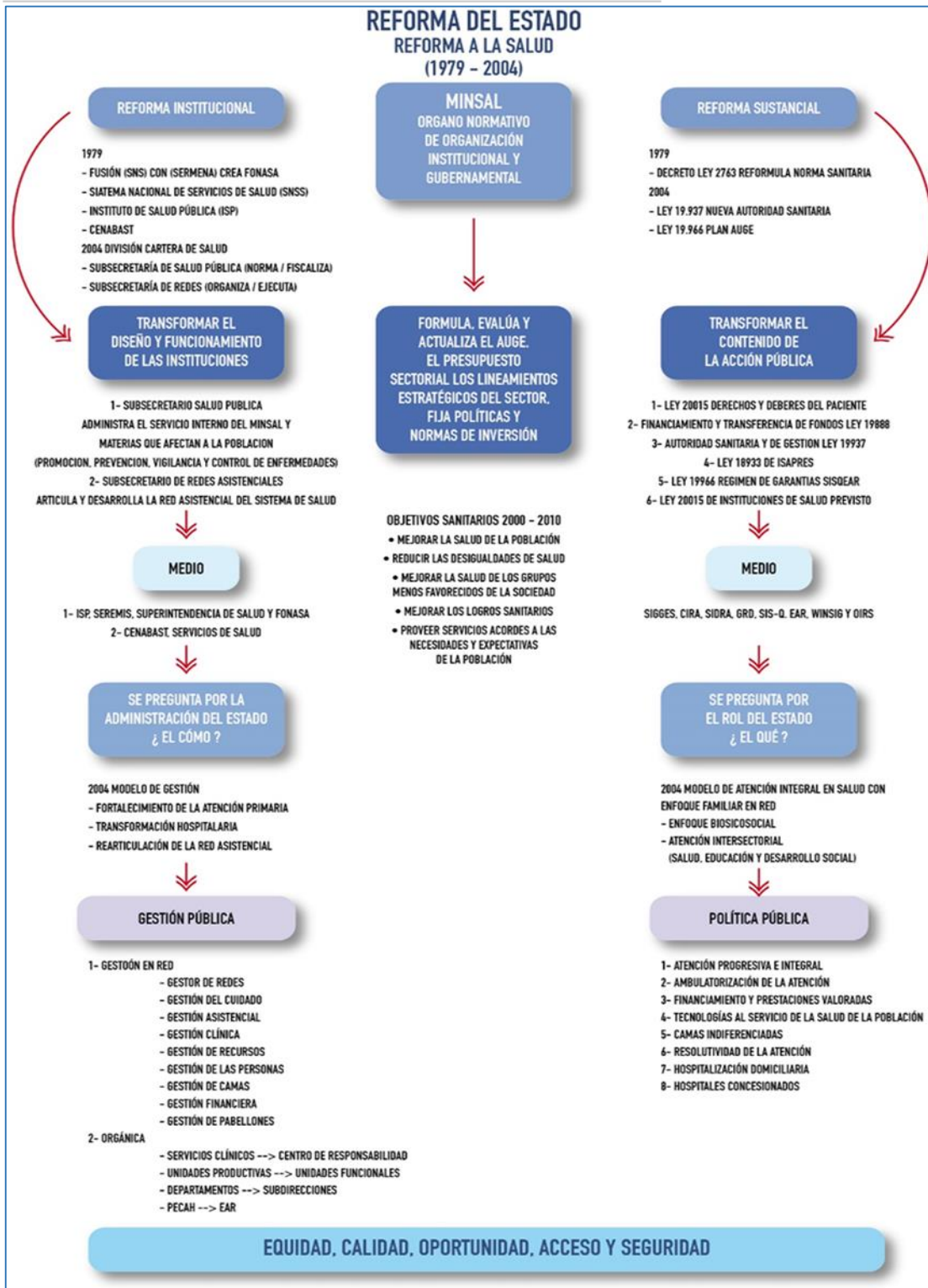
Nos atrevemos a señalar que lo modernizador de la reforma de la salud, radica en la separación de la función estatal, en la división de la cartera a través de la distribución del poder que recae en ambas subsecretarías (Salud Pública y de Redes) y el campo de acción que en ellas se establece (Figura 2).

---

<sup>16</sup> Actualmente la estratégica nacional permanece inmutable. Sin ir más lejos para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 se establecen nueve Objetivos Estratégicos que mantienen las mismas líneas de acción definidas en el período anterior, salvo que el énfasis radica en potenciar un sistema garante que obliga a los prestadores públicos –hospitales- a destinar sus esfuerzos y recursos para darles cobertura en desmedro de aquellas patologías no cubiertas por el AUGE.

<sup>17</sup> Estas enfermedades han sido definidas en el marco de los Objetivos Nacionales en Salud (2000-2010)

**Figura 2 Elementos Modernizadores de la Reforma de la Salud Chilena**



Fuente: Elaboración propia en base a Koldo E (2003)  
Diferencia entre Reforma Sustancial y Reforma Institucional

## Principios de la Reforma de la Salud

Las razones que motivaron al Gobierno a emprender la transformación del sistema recaen en primera instancia, en resolver la profunda inequidad que caracteriza la atención de salud y en segundo lugar, adaptar el sistema a los tiempos actuales, de manera que pueda hacer frente a la evolución de la estructura epidemiológica del país, más los cambios científicos y tecnológicos que se producen a diario. Así mismo, hay razones de buena gestión que obligan, por una parte, a proveer de mayores recursos al sistema y, por otra, a transformar sustancialmente la gestión de los servicios públicos de salud.

En esta búsqueda, el proceso reforma centra sus esfuerzos en asegurar una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales. Siendo objetivos declarados del proceso los siguientes:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- Reducir las desigualdades en salud
- Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.
- Mejorar los logros sanitarios alcanzados
- Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población

Es por ello, que se reformula la misión del Ministerio de Salud a fin de contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la Gestión de la Red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

La reforma contempló en un inicio cinco proyectos de Ley, los cuales actualmente se encuentran vigentes configurando el marco legal necesario para realizar los cambios en el sistema de salud.

- **Derechos y deberes del paciente (Ley 20.584):** Esta ley, regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean estos privados o públicos. Dentro de los principales artículos se encuentra el que toda persona tiene derecho a recibir atención en salud del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias en su entrega, la persona tiene además una responsabilidad que debe asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado, debiendo respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.
- **Financiamiento (Ley 19.888):** Este considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA)<sup>18</sup> y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho régimen se reconoció como el de “Garantías Explícitas en Salud” (GES) conocido originalmente como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).
- **Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley 19.937):** Fortalece las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga

---

<sup>18</sup> Este incremento corresponde sólo al 1% del IVA. Al mismo tiempo, las fuentes específicas fueron rechazadas por el Parlamento (impuesto al diésel, al alcohol y cigarrillos y; a los juegos de azar).

mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

- **Ley de ISAPRES (Ley 18.933):** El proyecto de Modificaciones a la Ley de ISAPRES se separó en dos proyectos, y se tramitó con suma urgencia las disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control, conocido –tras su aprobación- como la Ley “Corta” de ISAPRES. También forma parte de la Ley lo relacionado con 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, así como acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.
- **Régimen de Garantías en Salud (Ley 19.966):** 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.

Estos cinco proyectos, constituyen la base jurídica de la Reforma en salud. Sin embargo, el proyecto que mayor controversia e interés ha provocado en la opinión pública y en los medios ilustrados, ha sido el del Sistema de Garantías en Salud (GES) más conocido por su sigla preliminar AUGÉ. Pese al interés de la ciudadanía, de fondo el proyecto de mayor relevancia e impacto desde el punto de vista de reforma radica en la modificación a la Norma Sanitaria a través de la Ley 19.937, que establece las orientaciones técnicas para el logro de los objetivos sanitarios y las nuevas directrices en materias de salud.

### **Gasto Sanitario y la importancia de Gestionar Pacientes**

De acuerdo al informe sintetizado del censo de 2002, la población es de un poco más de 15 millones de personas<sup>19</sup>, de las cuales el 86,6% vive en ciudades, y de acuerdo a los datos preliminares el 40% de estas se concentra en la Región Metropolitana. Alrededor del 4.6% de la población está constituida por pueblos originarios. El PIB, de ese mismo año fue de más de 70 mil millones de dólares<sup>20</sup> y la renta *per cápita* superó los 4.200 dólares.

Según información provista por CASEN (1998), históricamente el gasto en salud ha supuesto un 7% del PIB, del que la mitad es gasto público y la otra mitad privado. El presupuesto de la atención primaria se financia mediante capitación, con la que se atiende una canasta básica de servicios. Según estimaciones la capitación puede ser incrementada en un 18% según nivel de pobreza y en un 20% en las áreas rurales, siendo estos instrumentos una herramienta para la reducción de inequidades.

Por otra parte, los trabajadores tienen la obligación de destinar el 7% de sus sueldos al aseguramiento de salud (el empleador no aporta nada). Actualmente los ciudadanos tienen la opción de escoger entre dos modalidades de seguro de salud. Una de ellas está vinculada al sector público y es mantenida por el FONASA, definido en 1994 como Seguro Público de Salud; la otra modalidad está vinculada al sector privado a través de una ISAPRE. La libre elección está determinada en parte por la capacidad de contribución personal, ya que en el sistema de las ISAPRES los beneficiarios acceden a las prestaciones de acuerdo con el monto de su aporte.

Los recursos para financiar las acciones de salud del FONASA tienen dos orígenes: los aportes fiscales y las cotizaciones de los trabajadores. Históricamente el 4,5% de los aportes fiscales han sido destinados a la asistencia sanitaria, y corresponden según apreciaciones al 45% aproximado de los recursos del presupuesto del sistema público de salud. A su vez las cotizaciones de los trabajadores significan, el otro 45% de los recursos del FONASA y el copago –pago en el momento del servicio- el 10% restante.

<sup>19</sup> Dichas cifras han variado tras más de 10 años del último censo, en este caso son a modo referencial.

<sup>20</sup> A conversión de precios actuales en dólares. Fuente Banco Mundial. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD?page=2> Acceso: [17 de Abril de 2013].

En 1998 por ejemplo, los ingresos del sistema público ascendieron a 944.112 millones de dólares para dar cobertura al 61,6% de la población CASEN (1998); mientras que el sector privado recibió ingresos por 1.252.700 millones de dólares para el mismo año.

Además, en el sector público el porcentaje de inscritos disminuye a mayor nivel de ingreso, y lo opuesto sucede en el sistema ISAPRE. Junto con lo anterior, el sistema público concentra como beneficiarios a aquellos grupos de menores ingresos y mayor riesgo, los menores de un año y mayores de 65, debiendo velar además por el grupo de población indigente.

Según DIPRES (2012), el financiamiento de la salud para el año 2012, correspondió a US\$9.096 millones aumentando en un 6,7% respecto a 2011<sup>21</sup> (Ver Gráfico 1). El presupuesto del Ministerio de Salud aumentó los recursos para la atención en consultorios, postas y en urgencias, a la vez que perseguía disminuir el tiempo de espera en los centros de especialidades médicas y en hospitales.

Así mismo, DIPRES (2012) señala que del total del gasto fiscal asignado, US\$611 millones fueron destinados a inversión pública, es decir; recursos para 38 proyectos de inversión en hospitales y siete de reconstrucción. Para la salud primaria la asignación tuvo un incremento de un 9,6% respecto 2011, alcanzando una cifra cercana a US\$2.080 millones. El presupuesto para esta área contempló la construcción de 24 nuevos establecimientos de atención primaria; un aumento del 10,7% del valor per cápita basal<sup>22</sup> alcanzando un aporte mensual de \$3.123 millones de pesos mensuales.

Para la atención secundaria y terciaria –atención médica de especialidad y hospitalaria-, el presupuesto tuvo un alza de sólo un 5,9% en relación a 2011 llegando a los US\$4.554 millones. Por otro lado se adicionaron \$4.112 millones de pesos para disminuir la lista de espera No AUGE y \$113.116 millones de pesos para la lista de espera AUGE, llegando a un total conjunto de US\$240 millones.

A su vez, adicionalmente la Ley de Presupuesto destinó \$12.537 millones de pesos para intervenciones de mayor complejidad como cardiocirugía de adultos, neurocirugía, cáncer e implantes cocleares. Para la formación de especialistas se destinaron \$10.955 millones de pesos más con la finalidad de incorporar 200 nuevos especialistas y sub-especialistas y la contratación de 120 de aquellos que estén finalizando su formación para aumentar la disponibilidad de horas médicas.

En el ámbito de innovación y mejora en la gestión de la Red Asistencial, se incrementó en un 29% los recursos asignados en función a los de 2011, especialmente los referidos a la implementación del Sistema de Información de la Red Asistencial (Sidra).

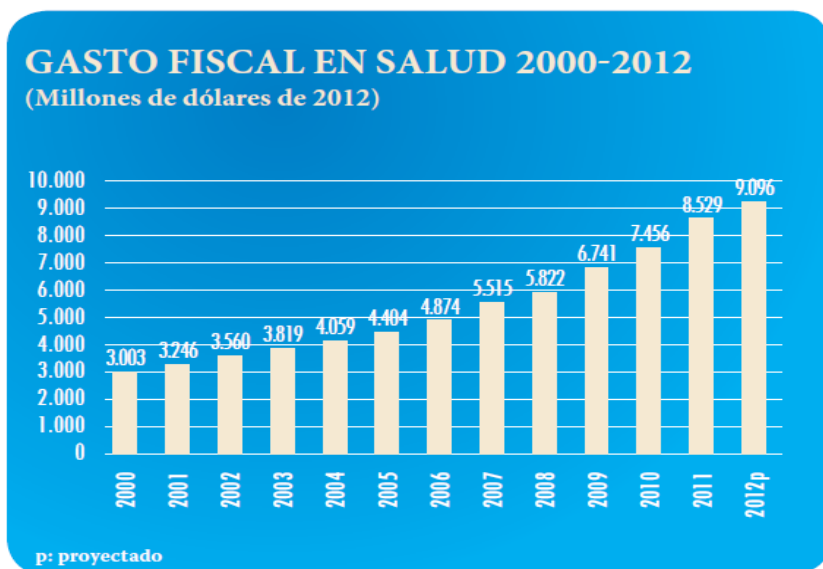
Finalmente, para las GES se asignaron \$36.850 millones adicionales tanto para el nivel primario y secundario más un incremento de casi \$20.860 millones de pesos para la medicina curativa de libre elección.

---

<sup>21</sup> Informe DIPRES año 2012. Disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/594/articles-76644\\_Prioridades\\_2012.pdf](http://www.dipres.gob.cl/594/articles-76644_Prioridades_2012.pdf)

<sup>22</sup>Aporte Básico Unitario Homogéneo que financia la atención primaria

### Gráfico 1 Gasto Fiscal en Salud 2000 -2012



Fuente: Proyecto de Presupuesto 2012.  
Dirección de Presupuestos de Chile. Financiamiento para la Salud.

En cuanto a los recursos físicos en 2012, a nivel país existe un consenso que el más crítico resulta ser el recurso camas (Ver Tabla 2) y más aún las complejas. Según la dotación de camas públicas, Chile cuenta con un total de 2.522 camas UPC que representan sólo un 9,8% de total de camas disponibles según desglose (Tabla 2), en cambio las camas básicas equivalen a un 87,35% de total. Bajo este escenario la situación resulta un tanto preocupante considerando que existe un déficit de 7.545 camas en base al estándar de tasa óptima de ocupación de camas –se necesitan 32.841- según población FONASA durante 2012 (13.172.898 personas).

**Tabla 1 Dotación de Camas Públicas a nivel País 2012**

Dotación Camas Públicas a nivel País	
Camas UPC (Adultos+Neonatología+Pediátricas)	2.522
Camas Básicas Pediátricas	2.912
Camas Básicas Adultos	18.853
Camas Básicas Neonatología	505
Camas Agudas Adultos (cuidados medios)	635
Camas Agudas Pediátricas (cuidados medios)	67
<b>Total país</b>	<b>25.494</b>

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). MINSAL  
Corrección de Información de Camas Hospitales Públicos Enero 2013

**Tabla 2 Distribución de Camas Críticas Públicas a nivel País**

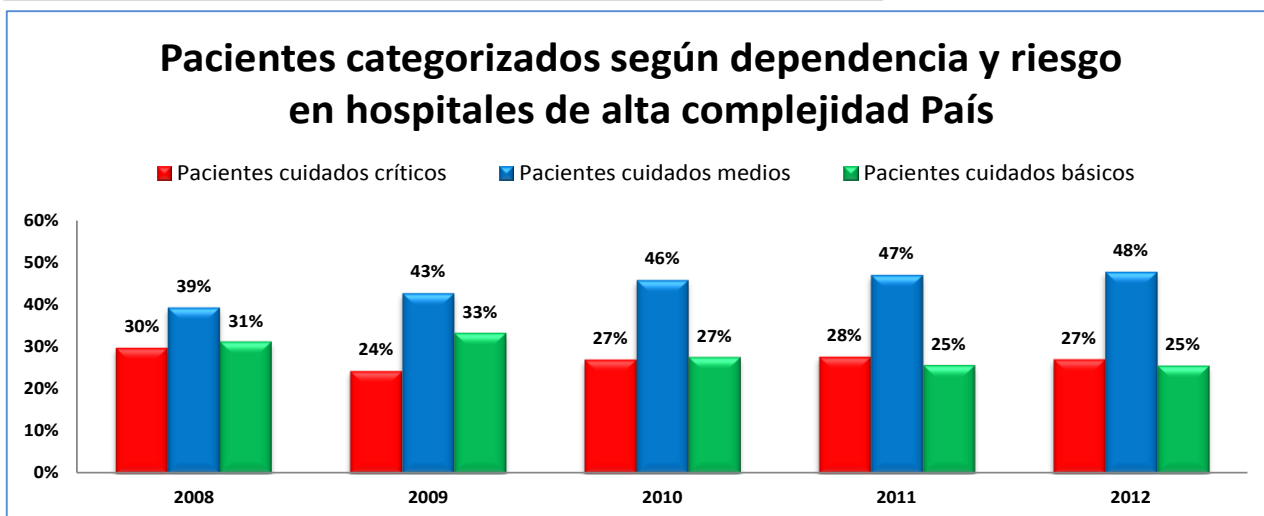
Servicios de Salud	Número de Camas	Nº de Camas críticas totales
Aconcagua	816	29
Aisén	262	23
Antofagasta	778	77
Araucanía Norte	585	16
Araucanía Sur	1.360	127
Arauco	310	0
Arica	252	26
Atacama	496	40
Biobío	754	50
Chiloé	269	16
Concepción	1.289	98
Coquimbo	953	88
Del Libertador B.O'Higgins	1.159	137
Del Maule	1.399	103
Del Reloncaví	714	65
Iquique	399	44
Magallanes	404	40
Metropolitano Central	858	141
Metropolitano Norte	1.390	157
Metropolitano Occidente	1.366	208
Metropolitano Oriente	1.391	269
Metropolitano Sur	1.696	210
Metropolitano Sur Oriente	1.531	190
Ñuble	800	34
Osorno	481	32
Talcahuano	580	64
Valdivia	975	46
Valparaíso San Antonio	1.000	78
Viña del Mar Quillota	1.227	114
<b>Total general</b>	<b>25.494</b>	<b>2.522</b>

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). MINSAL

Según la Categorización por Dependencia y Riesgo<sup>23</sup> en la red pública de hospitales de alta complejidad se aprecia que a nivel nacional existe una variación negativa de aquellos pacientes de cuidados básicos, quienes han pasado de un 33% en 2008 a un 25% en 2012, a diferencia de los pacientes de cuidados medios los cuales presentan una tendencia al alza desde 2008 hasta igual 2012 –pasando del 39% al 48% respectivamente-; en otras palabras a nivel de cuidados podemos presumir que los pacientes se están complejizando (Ver Gráfico 2) lo que no se condice a la disposición del recurso cama a nivel país siendo inversamente proporcional.

<sup>23</sup> La categorización usuaria nace como una propuesta metodológica con el fin de identificar el perfil de los enfermos y a la vez ser una herramienta capaz de definir el nivel y categoría del personal requerido para brindar cuidados acorde a las necesidades reales de los diferentes pacientes. Es por esto que en el año 1995 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se creó un instrumento de categorización que permita medir las actividades de enfermería en cualquier servicio clínico, con las diferentes variaciones generadas por las demandas de los pacientes y así poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades y las cargas laborales de las enfermeras (García, MA., Castillo, L., 2000). (Ver Anexo 9).

**Gráfico 2 Pacientes categorizados según dependencia y riesgo 2008 - 2012**



Fuente: Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales  
División de General de Redes Asistenciales (DIGERA) MINSAL

En el año 2012 el total de días de camas críticas ocupados fue de 754.362 (Ver Tabla 3) mientras que las de cuidados medios llegó casi al doble (1.360.123 días) y sólo el 2,75% de la dotación de camas públicas son de este tipo (Tabla 2).

**Tabla 3 Días Camas ocupados según tipo de cama año 2012**

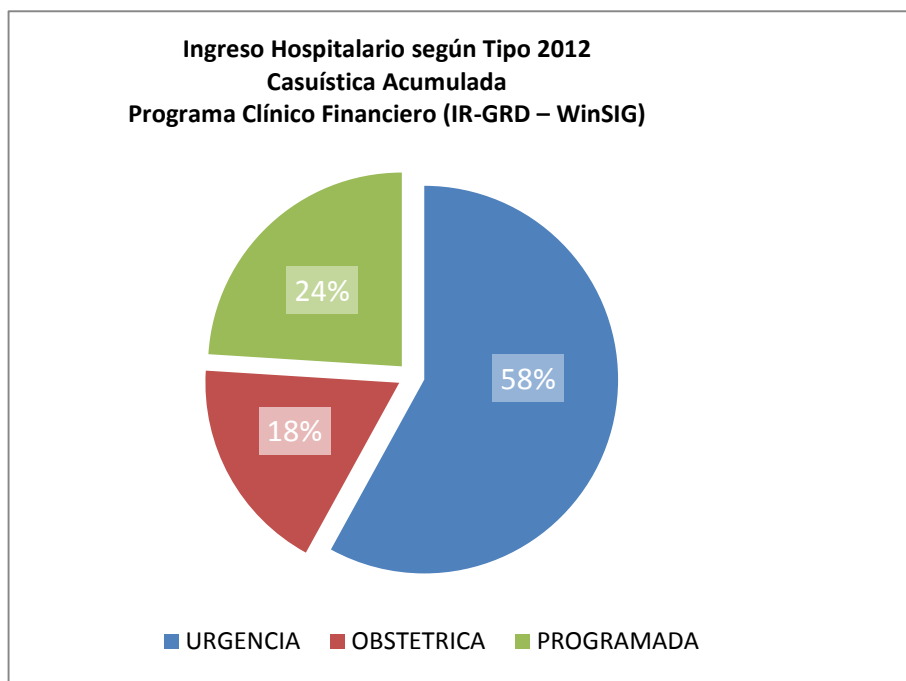
Días Camas Ocupados de Pacientes Categorizados Según Categorías, por Servicio Clínico, SNSS 2012													
Establecimiento / Servicio Clínico	Días camas ocupados de pacientes categorizados según categorías. Información año 2012												Total
	CAMAS CRÍTICAS					CAMAS MEDIAS				CAMAS BÁSICAS			
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	D1	D2	D3	
Total Nacional según Riesgo-Dep	165.329	2.978	1.666	458.232	126.157	12.137	614.123	733.953	359.319	55.831	97.730	210.285	2.837.740
Total Nacional según Tipo de Cama	754.362					1.360.213				723.165			

Fuente: Elaboración propia en base a Categorización de Pacientes (REM20) por mes  
Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). MINSAL

Respecto a los ingresos hospitalarios durante 2012 y según el Departamento de Desarrollo Estratégico del Gabinete Ministerial más del cincuenta por ciento corresponde a aquellos pacientes que acuden desde su domicilio a las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) (Gráfico 4). Del total de pacientes hospitalizados el 58% resulta de la atención de urgencia (Gráfico 3) y la estancia media hospitalaria es igual a 5,03 días.

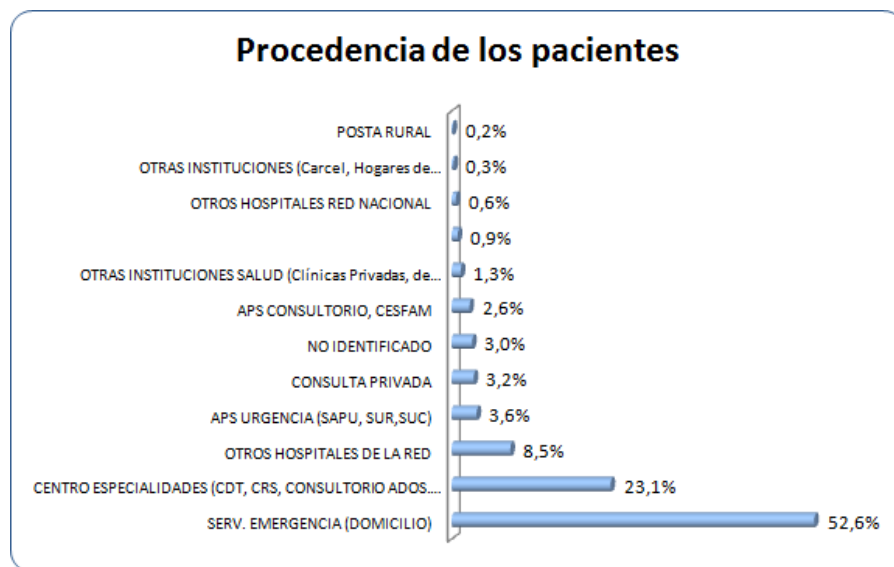


### Gráfico 3 Ingreso Hospitalario según Tipo 2012



Fuente: Elaboración Propia en base a presentación Casuística Acumulada a DIGERA Magdalena Delgado, Ingeniero Coordinadora Programa Clínico Financiero Departamento de Desarrollo Estratégico del Gabinete Ministerial

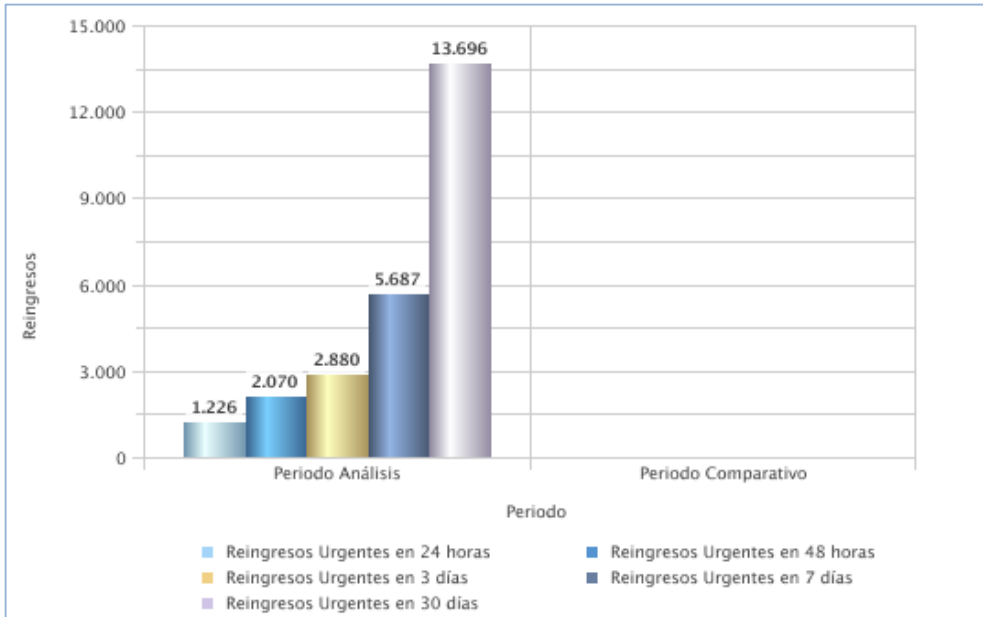
### Gráfico 4 Ingreso Hospitalario según Procedencia de Pacientes 2012



Fuente: Op. Cit., p.23

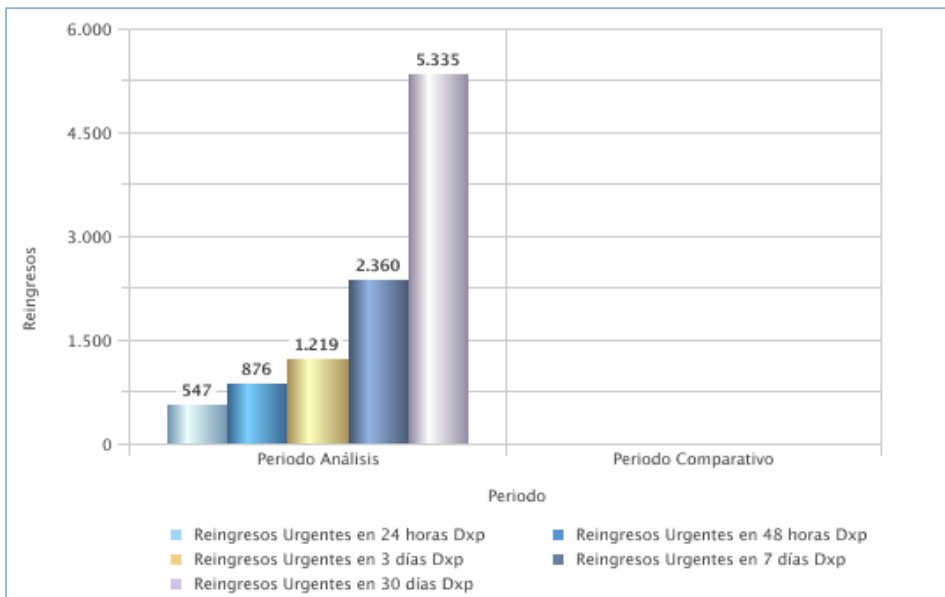
En 2012 además, del total de reingresos hospitalarios oficiales (25.559), el 46,41% ocurrió en menos de siete días (Gráfico 5) desde su egreso –alta hospitalaria- y así mismo, el 40,4% tuvo como causa al diagnóstico principal de hospitalización (Gráfico 6).

**Gráfico 5 Reingresos Urgentes Oficiales 2012**



Fuente: Ibíd. p. 37

**Gráfico 6 Reingresos Urgentes por Diagnóstico Principal 2012**



Fuente: Ibíd. p. 37

Pese a que en la actualidad existe más y mejor información disponible para la toma de decisiones, desde el punto de vista de las expectativas usuarias la Gestión del sistema sigue siendo ineficiente; anualmente y según se observa en el REM08 del DEIS (2012) el 15,4% de los pacientes sigue en espera de camas por más de 12 horas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria y el 6,8% permanecen en las mismas finalizando allí su tratamiento; lo que es peor cerca de 2.300 pacientes mueren al año esperando una cama hospitalaria (Tabla 4).

**Tabla 4 Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH año 2012 (REM08)**

Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH  
SNSS 2012

Acumulado Enero a Diciembre		
Tipo de pacientes		Total
Total de pacientes con indicación de hospitalización		422.892
PACIENTES QUE INGRESAN A CAMA HOSPITALARIA SEGÚN TIEMPO DE DEMORA AL INGRESO	Menos de 12 horas	297.644
	12-24 horas	38.270
	Mayor a 24 horas	26.966
Pacientes que rechazan hospitalización		2.140
Pacientes derivados a otro establecimiento		26.579
Pacientes que permanecen en UEH		28.982
Pacientes en espera de cama hospitalaria que fallecieron		2.311

Fuente: Elaboración propia en base a Categorización de Pacientes (REM08) por mes  
Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). MINSAL

### Reforma de la Gestión Pública en la Salud Chilena

Para iniciar este análisis es necesario preguntarse lo siguiente ¿Qué es la gestión? Para nosotros es simplemente un verbo “Gestionar”; es decir dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia.

Si llevamos la gestión a la realidad chilena, al ámbito de salud nacional y pública, podríamos dividirla en tres grandes niveles que hemos observado:

- **Macrogestión<sup>24</sup> o Gestión Reguladora:** Se refiere a la política sanitaria y al papel del Estado que se expresa en dos ámbitos principales:
  - a. Intervención en aquellos aspectos en los que el mercado no garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos.
  - b. Creación y aplicación de políticas públicas que protejan y ayuden a mejorar el estado de salud de la población.

Estas líneas de acción se materializan en medidas como la educación en estilos de vida saludables, protección del medio ambiente, incorporación de tecnología en el marco del desarrollo sustentable; cobertura financiera de las atenciones de salud mediante el seguro público de salud, la definición de políticas y prioridades para la asignación de recursos y, en la organización y articulación de los servicios sanitarios de la red pública (Red Asistencial).

Los principios de la reforma a la salud se sustentan en una serie de leyes para contribuir al logro del nuevo Modelo de Salud basado en la atención integral de los pacientes aportando al logro del bien común de las personas que forman parte de una sociedad, en nuestro caso de la población del territorio nacional. En el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, es un modelo de gestión en donde el foco es el paciente.

<sup>24</sup> Macrogestión: gestión social en salud es la construcción de diversos espacios para la interacción social. Proceso que se lleva a cabo en la sociedad, teniendo como iniciadora las comunidades, y que se basa en el aprendizaje colectivo, continuo y abierto para el diseño y la ejecución de proyectos que atiendan necesidades y problemas de salud y que se cristaliza a través de leyes, decretos y ordenanzas.

- Mesogestión<sup>25</sup> o Gestión de Redes: Comprende la articulación de los establecimientos de complejidad diferenciada para el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Incluye la coordinación entre los diversos centros, hospitales y otros establecimientos de salud (públicos o privados), los cuales deben ofrecer una cartera de prestaciones definida que incorpore acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación, con el fin de concretar las metas sanitarias establecidas para el país.

Para dar forma a este Modelo surgen tres modelos que direccionan la acción de los agentes de salud. Modelo de Gestión en Red que agrupa los distintos niveles de atención para dar cuerpo al concepto de atención integral, el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario orientado a fortalecer la atención primaria y el Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios que tiene por fin transformar la acción en el segundo y tercer nivel de atención.

- Microgestión<sup>26</sup> o Gestión Clínica: Se lleva a cabo al interior de los servicios clínicos y centros ambulatorios. Se ocupa principalmente del quehacer de los profesionales del área clínica. Una particularidad del sector de la salud es que los profesionales se encargan de asignar la mayor parte de los recursos, por intermedio de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas a diario en condiciones de incertidumbre. Las actividades tendientes a disminuir la incertidumbre y controlar los resultados de este proceso competen a la gestión clínica.

Finalmente tenemos algunos proyectos impulsado a nivel central pero que tienen su foco de acción a nivel micro. Uno integrar la información de salud de los pacientes a lo largo del territorio por medio un lenguaje común (SIDRA). Analizar y comparar la gestión hospitalaria por medio de relaciones clínicas por grupos diagnósticos (GRD). Y un sistema de financiamiento basado –salvo que este es un proyecto- en valorizar el costeo de prestaciones según grupo diagnóstico (peso GRD) soportado por un sistema llamado (WinSig).

Pese a los avances y según nuestra visión creemos se carece de una figura que integre operativamente la acción clínica al interior de los distintos niveles de atención, un sistema que permita la colaboración local, entre agentes y la red de salud. De allí la importancia de este estudio que propone un modelo para resolver esta problemática.

---

<sup>25</sup> Mesogestión: gestión institucional concepto aplicado a las organizaciones y su continua necesidad de reconversión, reajuste y acciones de supervivencia, para adecuarse a las políticas de salud.

<sup>26</sup> Microgestión: gestión de proyectos, disciplina que se encarga de organizar y de administrar los recursos, de manera tal, que se pueda concretar todo el trabajo requerido por un proyecto dentro del tiempo y del presupuesto definido.

### III. Modelos de Gestión y su impacto en la Gestión de Pacientes

#### 3.1 Modelos Nacionales de Gestión en Salud

##### Modelo de Atención Integral en Salud como Modelo de Gestión Pública

Para dar profundidad al análisis revisaremos el Modelo Integral de Atención definido como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”* MINSAL (2004)<sup>27</sup>.

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

El modelo de atención se dirige al logro de una mejor gestión para una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, es anticipatorio al daño.

Los aspectos de promoción de la salud y educación para lograr estilos de vida más saludables son competencias definidas para el equipo de salud en forma transversal, y son tratados y desarrollados en forma intersectorial. El desafío epidemiológico con que se inicia el milenio obliga a devolver protagonismo a los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado de su salud, reorientando el rol del equipo de salud a un rol asesor y acompañador del proceso salud – enfermedad.

El quehacer sanitario definido en el modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, que se hace cargo de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportunas en caso de patología aguda o crónica.

Finalmente, este modelo apunta a formar y potenciar permanentemente las capacidades del grupo de personas responsables de la implementación del modelo a partir de competencias acordes al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo –esta idea será desarrollada en el siguiente punto-.

---

<sup>27</sup> Serie de Cuadernos de Redes N°2. Modelo Integral de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales (2004) Ministerio de Salud. Chile.

**Figura 3 Características del Modelo de Atención Integral**



Fuente: Elaboración propia en base a las características del Modelo

Por otra parte, durante este proceso de reforma se gestó el Modelo de Gestión en Red (Figura 19), que es *“la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución”* MINSAL (2004)<sup>28</sup>.

Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial) como responsables de los resultados sanitarios de su población.

Una red es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos.

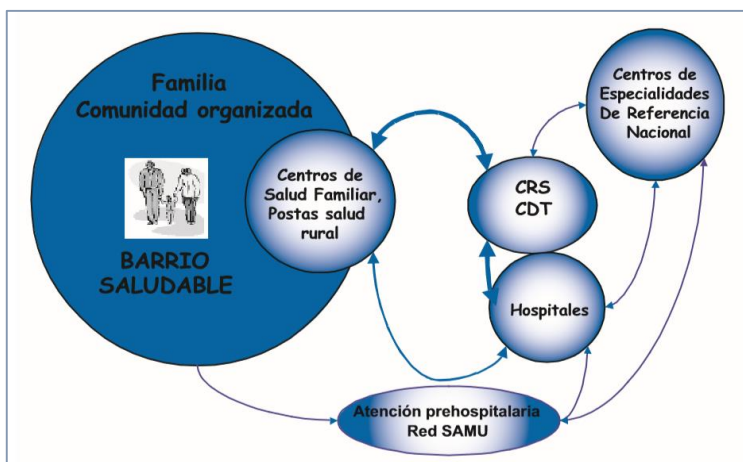
Si bien es destacable la definición de cada uno de los modelos que orientan la acción, es necesario reconocer que existen algunas áreas o ámbitos vagamente logrados que limitan el desarrollo al 100% del diseño. Una muestra de ello es el uso del lenguaje, la comunicación y los sistemas de información que ha tendido desarrollo desproporcionados a lo largo de la red pública pese a los esfuerzos impulsados a nivel central.

Mientras no exista un reconocimiento de la importancia de los canales de comunicación como elementos claves para la calidad de los vínculos, la efectividad de la red y su capacidad de adaptación, no podremos conseguir obtener la claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos y en mecanismos de soporte financiero y de control de gestión coherentes con los objetivos del período.

Por otra parte, la efectividad sanitaria exige a cada punto de una red, adaptar sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas y a las crecientes expectativas de los usuarios. Esto implica revisar críticamente la opinión de los usuarios, la relación costo-efectividad de las acciones y la calidad de sus procesos productivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos, y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

<sup>28</sup> Serie de Cuadernos de Redes N°9. Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios Subsecretaría de Redes Asistenciales (2004) Ministerio de Salud. Chile.

**Figura 4 Modelo de la Red Asistencial**



Fuente: Serie de Cuadernos de Redes N°9. (2004)  
Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios  
Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

## 3.2 Modelos Internacionales de Gestión

### Modelos de Gestión en Salud

Dentro de los sitios web de información e investigación sanitaria a nivel internacional, se encuentra una gama –aunque acotada– de términos para definir en el fondo lo que engloba la Gestión de Pacientes. A primera vista, parece una tarea sencilla recoger dichos modelos y de allí levantar uno que se ajuste a los objetivos que requiere la salud nacional en temas de gestión o materia pública de salud. Sin embargo esto no es así, dichas terminologías no sólo apuntan diversos frentes de acción sanitaria, sino que además se hayan diferenciados por quienes de una u otra forma lideran la estrategia –no siendo necesariamente pertinentes a nuestra realidad– aportando desde su experiencia y formación académicas los matices propios que arrastran.

#### Gestión de Casos (GC<sub>1</sub>)

**El Case Management o Modelo de Gestión de casos GC<sub>1</sub>**, es una forma de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera es líder de este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el auto-cuidado. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario. Valverde, M. y Hernández, M. (2012).

Para American Nurses Credentialing Center (ACCN) (1998), la GC<sub>1</sub> es definida como un *Proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada, es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos.*

Si bien esta segunda definición no especifica quien es el agente responsable de coordinar este proceso sistemático, un alto porcentaje de los textos que hablan al respecto señalan que tal función recae en el profesional de enfermería y el motivo radica en que la Enfermera Gestora de Casos utiliza el proceso enfermero como método sistemático, dinámico, que tiene una base teórica para brindar cuidados humanistas, centrado en

el logro de objetivos de forma eficiente. Sus funciones se enmarcan y según nuestra experiencia local en la evaluación y plan de enfermería. (Ver Figura 5).

**Figura 5 Funciones de la Enfermera Gestora de Casos**



Fuente: Cantabria Universidad (2013).  
Tema 9: Enfermera Gestora de Casos. Ciencias de la Salud. Gestión de los Servicios de Enfermería (2013).  
Materiales.

### Gestión de Enfermedades (GE)

Por otra parte, el **Disease Management** o **Gestión de Enfermedades (GE)**, término acuñado en los Estados Unidos en 1993 por el grupo de consultores Boston Consulting Group, puede definirse según Terol, E.; Hamby, E.; y Minue como, S. (2001) como *un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) al menor coste posible. Es, más que una técnica concreta, es un proceso de transformación estratégica de la organización sanitaria y de la forma de prestar servicios y de obtener resultados.*

El objetivo fundamental de este modelo de gestión en salud radica en contener los costes a largo plazo del sistema sanitario, mejorando la eficiencia del mismo y manteniendo un nivel de calidad de la asistencia aceptable a través de un abanico de programas. (Anexo 7.5)

La GE fue planteada inicialmente como una táctica de alineación de intereses y objetivos entre las empresas farmacéuticas y las aseguradoras para disminuir el consumo de recursos más costosos (hospitalizaciones, cirugía, etc.) en estadios concretos de algunas patologías seleccionadas como el asma y la insuficiencia cardíaca. La mejora en la adhesión y el cumplimiento de objetivos terapéuticos, dietéticos y de estilos de vida, condujo a una disminución de costes en el uso de recursos hospitalarios. Este aparente éxito llevó durante los noventa a una progresiva extensión y generalización de los programas de GE a un número cada vez mayor de patologías y de entornos sanitarios.



En la actualidad más de 200 compañías estadounidenses se dedican a la GE, tanto a su desarrollo e implementación y particularmente en mayor medida a los cuidados gestionados (Managed Care Organizations<sup>29</sup>). Y según señala TEROL, y otros. (2001) Los programas pueden ser desarrollados y gestionados por diferentes tipos de proveedores:

- **Empresas Especializadas en GE:** que ofertan programas completos o herramientas concretas tales como; sistemas de educación para pacientes y profesionales, sistemas informáticos, gestión de bases de datos y sistemas expertos interactivos basados en telefonía o Internet.
- **Proveedores sanitarios privados:** múltiples organizaciones, desde grandes empresas propietarias de hospitales a pequeñas agrupaciones de médicos están desarrollando o tienen experiencia en esta área. Dada la transferencia de riesgo que implican los modelos de capitación, y el duro ajuste de precios de los servicios médicos en los últimos años, los propios proveedores son conscientes de la necesidad de controlar los costes y aumentar el nivel de calidad y resultados como única vía de incrementar sus beneficios y mantenerse en una buena posición de mercado.
- **Aseguradoras privadas:** muchas empresas de cuidados gestionados (Managed Care) están desarrollando sus propios programas "in-house" de gestión de enfermedades. Siendo algunos de ellos como los de la HMO Kaiser Permanent de referencia en el área de la Gestión de Enfermedades.

A pesar de lo innovador del modelo los pilares en los que se basa la GE no son nuevos y el valor añadido de esta aproximación radica más en su capacidad integradora y en su planteamiento como técnica de gestión que en su novedad conceptual integrando tres elementos<sup>30</sup> fundamentales:

- **Base de conocimiento:** una base de conocimiento que cuantifica la estructura económica de una enfermedad e incluye pautas que cubren el cuidado a ser proporcionado, estableciendo por quién y en qué lugar, para cada parte del proceso (segmentación de pacientes, estructura económica de la enfermedad, flujo de los tratamientos, puntos críticos y estándares de cuidados).

Este componente se basa en múltiples disciplinas y técnicas afines: medicina basada en la evidencia, movimiento de investigación de resultados, guías y vías clínicas, protocolos, evaluación de tecnologías sanitarias, análisis económicos y de costes, fármaco-economía, etc.

- **Un sistema de provisión de cuidados:** centrado en el individuo enfermo y en la continuidad y longitudinalidad de la atención sanitaria sin los límites tradicionales entre las especialidades médicas y las instituciones. Basado en la adherencia a los estándares de cuidados (agudos, crónicos y preventivos); la coordinación entre proveedores (Atención Primaria y Especializada; otros profesionales sanitarios); el apoyo a los pacientes y a lugares alternativos de atención (atención domiciliaria, residencias asistidas, hospitales de convalecencia y de cuidados mínimos) y el diseño óptimo del sistema de provisión de cuidados (planes de cuidados, logística, etc.).
- **Un proceso de mejora continuo:** consistente en la aplicación a toda la organización sanitaria de los principios y métodos de la mejora continua de calidad y en la utilización de un sistema sofisticado de información y evaluación que desarrolla y redefine la base del conocimiento, las pautas y el sistema de provisión. Para ello precisa de la captura continua de información clínica y económica y de la medición de

---

<sup>29</sup> Término que se aplica al proveedor médico de una organización de cuidado administrado que controla el acceso del paciente a especialistas, servicios y equipo.

<sup>30</sup> TEROL, E.; HAMBY, E. F.; MINUE, S. (2001) "Gestión de Enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios". Medifam, Madrid, v. 11, n. 2, feb. 2001. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000200001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000200001&lng=es&nrm=iso). [Acceso: 07 de marzo 2013]. <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682001000200001>.

resultados del proceso de atención para servir de soporte para la toma de decisiones clínicas y organizativas. El ciclo se cierra con la redefinición de estándares y la introducción de mejoras en el proceso de atención.

### Modelos de Gestión basados en la Gestión del Conocimiento

La gestión del conocimiento<sup>31</sup> (del inglés Knowledge Management) es un concepto aplicado en las organizaciones. Tiene *el fin de transferir el conocimiento desde el lugar donde se genera hasta el lugar en donde se va a emplear* Fuentes (2010) en Wikipedia, e implica el desarrollo de las competencias necesarias al interior de las organizaciones para compartirlo y utilizarlo entre sus miembros, así como para valorarlo y asimilarlo si se encuentra en el exterior de estas.

Nuestra intención no es profundizar sobre los modelos o realizar una crítica a las teorías existentes sobre la GC; para este estudio la importancia de este tipo de gestión radica en el método que ofrece para levantar experiencias de gestión exitosas, trasmitirlas y replicarlas en otras realidades.

En este sentido y si bien el concepto de GC no tiene una definición única, el fin apunta a escoger un concepto y modelo armónico a la investigación. Como dijimos la GC ha sido explicado de diversas formas (Tabla 5)

**Tabla 5 Definiciones de la Gestión del Conocimiento GC**

AUTOR	DEFINICIÓN	PROPÓSITO
<b>Nonaka y Takeuchi (1995)</b>	Capacidad de la empresa	Crear conocimiento nuevo, diseminarlo en la organización e incorporarlo en productos, servicios y sistemas
<b>Wiig (1997)</b>	Construcción y aplicación sistemática, explícita y deliberada de conocimiento	Maximizar la efectividad organizacional con respecto al conocimiento, por lo que usa sus activos de conocimiento
<b>Andreu y Sieber (1999)</b>	Proceso que continuamente asegura el desarrollo y aplicación de todo tipo de conocimientos pertinentes en una empresa	Mejorar su capacidad de resolución de problemas y así contribuir al sustento de sus ventajas competitivas
<b>Moreno- Luzón (2001)</b>	Conjunto de políticas y decisiones directivas	Impulsar los procesos de aprendizaje individual, grupal y organizativo con la finalidad de generar conocimiento acorde con los objetivos de la organización
<b>Alavi y Leidner (2001)</b>	Proceso de identificación, captura y utilización del conocimiento en una organización	Incrementar la competitividad organizativa

Fuente: Pinto, L. y Sierra, L. (2012) basado en Forés (2010). Técnicas utilizadas en el Proceso de Adquisición de Conocimiento: Una revisión sistemática en el área de "Management"

En las definiciones anteriores se puede ver que la mayoría de ellas conciben la GC como un proceso que comprende identificar, capturar y aplicar los conocimientos en la organización para beneficio de la misma permitiéndole conseguir una ventaja competitiva de acuerdo a sus objetivos.

Teniendo en cuenta la literatura existente, así como la orientación general de nuestra investigación, proponemos una definición explícita de la GC coherente con nuestro fin. Así, entenderemos la GC como el conjunto de políticas y decisiones directivas que tienen por objeto impulsar los procesos que continuamente aseguran el desarrollo y aplicación de todo tipo de conocimientos pertinentes en una organización, por medio del aprendizaje individual, grupal y organizativo y; con la finalidad de generar conocimiento acorde con los objetivos de la misma.

Sucesivamente podemos señalar entonces que las fuentes del conocimiento y según lo explica Salazar & Zarandona (2007) son **Internas proceden al interior de la organización** y basados en Davenport et al. (1998); Medina (2000) y López (2000) **Externas provienen del entorno, bien de otras organizaciones, mediante acuerdos de colaboración, fusiones, absorciones o la utilización de técnicas de benchmarking.**

<sup>31</sup> Más adelante GC.

A su vez y para un sin fin de autores las Tecnologías de Información y de la Comunicación (TICs) son consideradas por ende, como facilitadoras de los procesos de GC, dado que ellas permiten una mejor comunicación e intercambio de conocimiento en la organización. De acuerdo a Alavi y Leidner (2001) en Pinto y Sierra (2012), *la TICs puede jugar un rol importante en el proceso de lograr que la visión basada en el conocimiento se haga efectiva en la organización y tecnologías de información avanzadas tales como: Internet, intranet, navegadores, técnicas de minería de datos, data warehouse y agentes software; pueden ser usadas para sistematizar, fortalecer y acelerar a gran escala la gestión del conocimiento intra e inter-empresa.*

A partir de lo anterior, podemos concluir que la GC será el soporte operativo que nos permitirá desde el levantamiento de experiencias nacionales (Acápito Propuesta de Modelo a la luz de los Actores) además de su uso apropiado, construir un modelo de Gestión de Pacientes ajustado.

### **Modelos de Gestión por Procesos**

Los procesos son posiblemente el elemento más importante y más extendido en la gestión de las empresas innovadoras, especialmente de las que basan su sistema de gestión en la Calidad Total. Este interés por los procesos ha permitido desarrollar una serie de técnicas relacionadas con ellos. Por un lado las técnicas para gestionar y mejorar los procesos, de las que se citan el Método sistemático de mejora y la reingeniería, ambas de aplicación puntual a procesos concretos o de uso extendido a toda la empresa. Por otro lado están los modelos de gestión, en que los procesos tienen un papel central como base de la organización y como guía sobre la que se articula el sistema de indicadores de gestión.

Los procesos se consideran actualmente como la base operativa de gran parte de las organizaciones y gradualmente se van convirtiendo en la base estructural de un número creciente de empresas. Esta tendencia llega –a nuestro parecer- después de las limitaciones puestas de manifiesto en diversas soluciones organizativas, en sucesivos intentos de aproximar las estructuras empresariales<sup>32</sup> a las necesidades de cada momento.

La importancia de los procesos es que son la base sobre la que desarrollar políticas y estrategias operativas sólidas. Esto dio origen a estudios sobre las posibilidades de los procesos como base de gestión de la empresa, que fueron poniendo de manifiesto una adecuación a los mercados actuales, cada vez más cerca del mercado global y, como consecuencia, su capacidad de contribuir de forma sostenida a los resultados, siempre que la empresa diseñe y estructure sus procesos pensando en sus clientes.

Los procesos, en este contexto, se pueden definir como secuencias ordenadas y lógicas de actividades de transformación, que parten de unas entradas (informaciones en un sentido amplio —pedidos, datos, especificaciones—, más medios materiales —máquinas, equipos, materias primas, consumibles, etcétera—), para alcanzar unos resultados programados, que se entregan a quienes los han solicitado, los clientes de cada proceso BELTRÁN, J. y OTROS (2010-2011).

Estos procesos, al requerir un conjunto de entradas materiales e inmateriales y componerse de actividades que van transformando estas entradas, cruzan los límites funcionales repetidamente. Por cruzar los límites funcionales, fuerzan a la cooperación y van creando una cultura de empresa distinta, más abierta, menos jerárquica, más orientada a obtener resultados que a mantener privilegios.

A estas ventajas de preparación para el entorno actual, incierto y cambiante, se debe añadir la importante característica de que los procesos son altamente repetitivos. Su mejora exige una reflexión y planificación

---

<sup>32</sup> Descripción de los Tipos de Estructuras Organizacionales extraídas desde Enciclopedia Financiera (2011). “Estructura Organizativa”. Disponible en: <http://www.encyclopediainanciera.com/organizaciondeempresas/estructura-organizacional.htm>. [Acceso: 2 de Diciembre de 2013]

previas y la dedicación de unos medios (costos), a veces considerables, pero que proporcionan un gran retorno sobre esas inversiones realizadas.

Como se ha apuntado, la importancia de los procesos fue apareciendo de forma progresiva en los modelos de gestión empresarial. No irrumpieron con fuerza como la solución, sino que se les fue considerando poco a poco como unos medios muy útiles para transformar la empresa y para adecuarse al mercado.

Inicialmente, pues, los modelos de gestión y las empresas adoptaron una visión individualizada de los procesos, en la que se elegían los procesos más interesantes o más importantes, se analizaban y mejoraban estos procesos y de ese análisis se deducían consecuencias prácticas que resultaban útiles y aplicables la próxima vez que la empresa se proponía renovar otro proceso.

Todavía no se pensaba en la empresa como un sistema integral de procesos, en el que éstos son la base para los cambios estratégicos en la organización. Aun así, el análisis individual de los procesos produjo avances considerables, en especial en los modelos organizativos basados en la calidad total. A continuación se detallan alguna de las características más significativas y más ampliamente empleadas en todos los sectores.

- **Adaptación de los procesos:** En la actualidad, es una cuestión innegable el hecho de que las organizaciones se encuentran inmersas en entornos y mercados competitivos y globalizados; entornos en los que toda organización que desee tener éxito (o, al menos, subsistir) tiene la necesidad de alcanzar “buenos resultados”.

Para alcanzar estos “buenos resultados”, las organizaciones necesitan gestionar sus actividades y recursos con la finalidad de orientarlos hacia la consecución de los mismos, lo que a su vez se ha derivado en la necesidad de adoptar herramientas y metodologías que permitan a las organizaciones configurar su Sistema de Gestión.

*Un Sistema de Gestión, por tanto, ayuda a una organización a establecer las metodologías, las responsabilidades, los recursos, las actividades ... que le permitan una gestión orientada hacia la obtención de esos “buenos resultados” que desea, o lo que es lo mismo, la obtención de los objetivos establecidos<sup>33</sup>.*

Por ende cuando hablamos de Gestión, direccionamos nuestros esfuerzos hacia un sistema que añade Coordinación, en otras palabras Globalidad y/o Integralidad y cuyo fin es alcanzar los objetivos trazados por la organización.

Ahora bien, el entorno está sometido a variaciones rápidas (originadas por una globalización creciente y por cambios tecnológicos) y los clientes piden a cada proveedor –prestadores- y a sus competidores nuevas soluciones con características derivadas de las novedades tecnológicas.

Para responder a estas demandas, cambian las metas de la empresa y sus métodos de funcionamiento, o sea sus procesos. Ya no se piensa que los procesos puedan diseñarse con una estructura ideal, que vaya a permanecer inmutable con el paso de los años. Por el contrario, los procesos están permanentemente sometidos a revisiones para responder a dos motivos distintos. Por un lado, desde un punto de vista interno, **todo proceso es mejorable en sí mismo**, siempre se encuentra algún detalle, alguna secuencia que aumenta su rendimiento en aspectos de la productividad de las operaciones o de disminución de defectos. Por otro lado, **los procesos han de cambiar para adaptarse a los requisitos cambiantes de mercados, clientes, nuevas tecnologías**.

---

<sup>33</sup> BELTRÁN, J.; CARMONA, M.; CARRASCO, R.; RIVAS, M. y TEJEDOR, F. “Guía para una Gestión Basada en Proceso”. Instituto de Andaluz de Tecnología.

- **Gestión Basada en Procesos:** Las organizaciones deben reflexionar sobre este enfoque y trasladarlo de manera efectiva a su documentación, metodologías y al control de sus actividades y recursos, sin perder la idea de que todo ello debe servir para alcanzar los “resultados deseados”.

Como enfatiza Weissblut (2008); en concreto, esto significa que *la estructura debe ser una consecuencia de las funciones y los procedimientos (...) al contrario del organigrama tradicional y weberiano del estado, diseñado esencialmente para que se respeten las normas y jerarquías,(...) los enfoques modernos están orientados a procesos, en que el rol de las autoridades es muy diferente: priorizar, asignar y controlar recursos, y asegurar que el proceso, una vez diseñado, fluya armónicamente entre las distintas partes de la organización.*

Sin embargo, se podría afirmar que no es conveniente abordar la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad sin previamente haber analizado y entendido estos principios. Por ello, cabe destacar el fundamento o principio de “gestión por procesos y hechos”. Según este modelo la gestión por procesos y hechos permite a las organizaciones “actuar de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y se gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los grupos de interés”.

Por ende cuando se habla de Gestión por Procesos, debemos entender que existe una entrada (requisitos, objetivos, necesidades u otros), un proceso de elaboración, diseño, planeación, etc. y una salida ya sean resultados, productos, proyectos. En definitiva satisfacción y logros.

- **Gestión con Foco en Procesos:** Tomando como referencia lo planteado en los puntos anteriores, las acciones a emprender por parte de una organización para dotar de un enfoque basado en procesos a su sistema de gestión, se pueden agregar en cuatro grandes pasos: La identificación y secuencia de los procesos; la descripción de cada uno de los procesos; El seguimiento y la medición para conocer los resultados que obtienen y; la mejora de los procesos con base en el seguimiento y medición realizados.

Y la manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un *mapa de procesos*, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.

Para la elaboración de un mapa de procesos, y con el fin de facilitar la interpretación del mismo, es necesario reflexionar previamente en las posibles agrupaciones en las que pueden encajar los procesos identificados. La agrupación de los procesos dentro del mapa permite establecer analogías entre procesos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto.

Las agrupaciones permiten una mayor representatividad de los mapas de procesos, y además facilita la interpretación de la secuencia e interacción entre los mismos. Además del nivel de detalle de estos dependerá del tamaño de la propia organización, proyecto u objetivo y de la complejidad de las actividades que ello implica. En definitiva, el último nivel de despliegue que se considere a la hora de establecer la estructura de procesos debe permitir que cada proceso sea “gestionable”.

Por último, es importante destacar que la descripción de un proceso tiene como finalidad determinar los criterios y métodos para asegurar que las actividades que comprende dicho proceso se llevan a cabo de manera eficaz, al igual que el control del mismo y que la descripción de estas actividades pueden llevarse a cabo a través de un Diagrama de Proceso, donde se pueden representar estas actividades de manera gráfica e interrelacionadas entre sí.

## Modelos de Gestión Social

Siguiendo con la idea anterior, no cabe duda que la Gestión añade **Coordinación**, es decir; asume un responsable de tal o cual situación, se asignan recursos, se establecen procesos y ajusta la organización de principio a fin centrándonos en lo que llamaríamos los **procesos operativos**.

Pues bien, cualquier actividad, cualquier proceso entonces se rige por la dinámica cíclica compuesta de planificación-ejecución-evaluación. En el caso de la intervención social, la literatura apunta versiones con más etapas; por ejemplo, Estudio/ Investigación/ Diagnóstico/ Programación/ Ejecución/ Evaluación. En la gestión de la calidad se habla por ejemplo del Ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

Así como sucede el desarrollo de las organizaciones también van desarrollándose cada vez más **Actividades de Gestión, de Administración, de Gerencia, de Dirección (Management)**. Por ende, cuando –como organización- asumimos una mirada sobre los procesos de gestión, en principio, al servicio de los procesos operativos, lo hacemos primordialmente porque estructurar procesos de gestión resulta más eficiente que no hacerlo.

Según lo anterior y basados en Fontova (2005) hemos tratado de diferenciar dos niveles de procesos: El **nivel operativo** que trata sobre los procesos de intervención social; que explica además cómo se diferencia – y articula- el proceso o **nivel de gestión (Management)**, sin embargo, a nuestro parecer es necesario pensar el proceso **Político o de Gobierno** como un tercer nivel que se diferencia del de Gestión y se articula con él.

*“Tanto en las administraciones públicas como en las organizaciones no lucrativas o las empresas convencionales hay puestos y órganos de Gobierno con responsabilidades políticas sobre las personas y equipos que tienen responsabilidades de gestión. Lógicamente en unidades de actividad más pequeñas, las funciones están más concentradas y en las más grandes, más repartidas y, por lo tanto diferenciadas”* Fontova (2005).

En este sentido, es necesario realizar un alcance respecto al término gestión social; por una parte lo podemos utilizar para referirnos a la gestión de las unidades, organizaciones, sistemas o redes que hacen intervención social y dado que se trata de un término insuficientemente acuñado o reconocido es objeto de diferentes interpretaciones.

Así, en el ámbito latinoamericano, es frecuente el uso de **gestión social o gerencia social** para referirse a la gestión en las organizaciones con finalidades, por decirlo así, sociales. Sin embargo, en el ámbito europeo es más frecuente encontrar el término **gestión social** para referirse a una parte o aspecto de la gestión; a la gestión de aspectos relacionados con la dimensión o responsabilidad social de las empresas (u otras organizaciones). También podríamos hablar de administración social (muchas veces con mayúsculas) expresión que se utiliza más bien para las estructuras públicas que se generan desde la política social para la consecución del bienestar social.

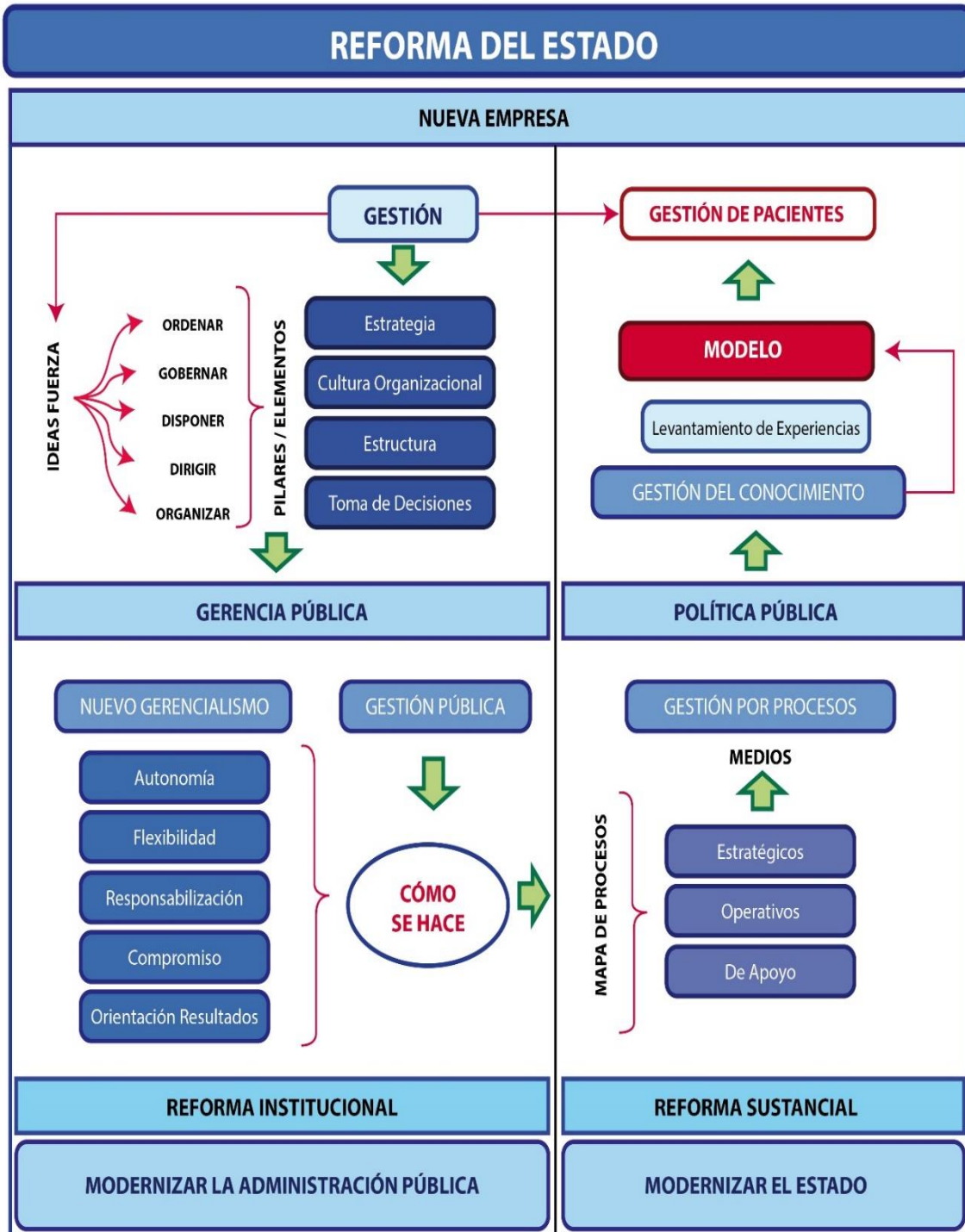
Pese a estas múltiples aproximaciones del término, ninguna resulta ajena al fin primario de este proyecto, por ende; todas y cada una nos parecen pertinentes para el concepto global de lo que entenderemos por **Gestión Social y/o Gestión pública**.

### 3.3 Consideraciones y Alcances para la construcción del Modelo de Gestión de Pacientes

Sistemáticamente a partir de las dimensiones y modelos revisados en este estudio, se proponen los elementos necesarios a considerar para la construcción del modelo de Gestión de Pacientes y que se resumen en la Figura 6. Nos referimos primero a la figura de los Gerentes Públicos –para nosotros Gestores- tanto los que definirán el modelo, su diseño y acompañarán ese proceso de instalación como aquellos que tendrán por

deber, liderar su implementación al interior de los hospitales; luego establecer desde la Gestión del Conocimiento las bases operativas, técnicas y metodológicas que den sustento y cimienten el modelo a la luz de los actores; para finalmente elaborar en función a la Gestión por Procesos una propuesta de Modelo para la Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario.

**Figura 6 Sistematización Conceptual**



Fuente: Elaboración Propia en base a términos y modelos tratados en el Marco Referencial

## **El Modelo de Gestión de Pacientes bajo la Lógica de Modernización del Estado**

Bajo la lógica de Modernización del Estado la figura de la Nueva Empresa toma fuerza incluso en materias tan complejas como es la salud, y aun cuando el sistema público<sup>34</sup> ha incorporado a su dinámica términos y prácticas relacionadas al Management, creemos necesario enmarcar la Gestión de Pacientes haciendo énfasis a este principio. Es un error imaginarla como un proceso acotado de la salud pública y que tiene por objeto resolver específicamente una parte de la problemática sanitaria. La Gestión de Pacientes cava más hondo, pues según nuestro análisis es el espíritu que funda la reforma a la salud, el instrumento que responde al cómo del Modelo de Salud Integral propuesto a fines de los noventa.

Por ende la Gestión de Pacientes, será entendida a diferencia de sus similares Gestión de Casos y Gestión de Enfermedades; como el proceso global de atención que tiene por fin responder la problemática de la población en base a los objetivos sanitarios del período, a través de la organización óptima de acciones y la administración eficiente de los recursos que provee el Estado. De ahí la necesidad de que la Gestión de Pacientes contenga los elementos y herramientas que ofrece el *Management*.

Aun cuando hemos definido la Gestión de Pacientes como la trazabilidad de la atención en salud, este estudio sólo se enfocará en proponer –en esta primera instancia- un Modelo de Gestión de Pacientes para la Gestión Hospitalaria, por el tiempo y despliegue que significaría un proyecto de tal envergadura. Sin embargo, es imprescindible no perder de vista la definición de este término que será base para la comprensión del diseño y los elementos que más adelante se presentan.

## **El Modelo de Gestión de Pacientes como un Sistema de Gestión Social**

El modelo de Gestión de Pacientes que proponemos se caracterizará por contener elementos propios de lo Estratégico –por ello se define como un sistema de Gestión- y de lo Operativo –Responde a lo contingente del día a día a través de la interrelación de los actores que participan del proceso de atención hospitalario-.

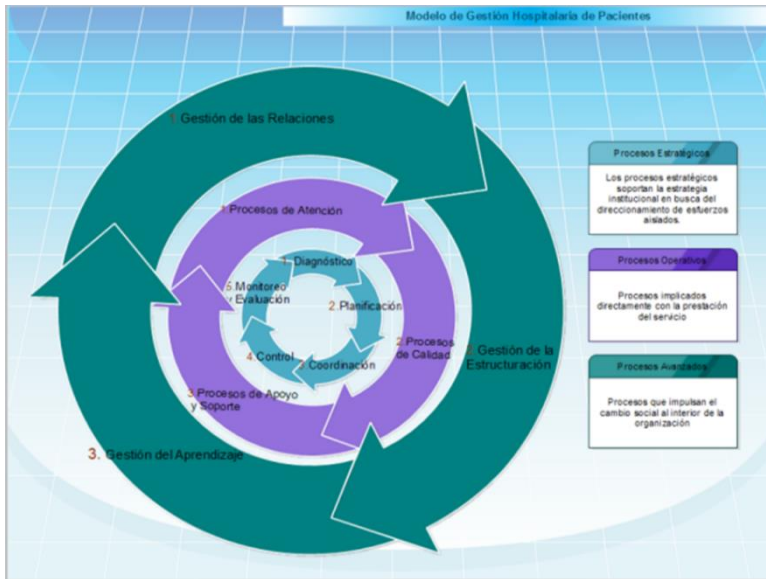
En este sentido hemos adecuado el modelo de Gestión Social propuesto por Fantova (2005), recogiendo el grueso de su propuesta y agregando elementos según nuestra necesidad y experiencia. La figura 12 representa el esquema de comprensión o estructuración de la gestión que proponemos y en el que se identifican los tres engranajes principales que contendrá nuestro Modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes.

---

<sup>34</sup> En la dinámica pública de salud aparecen nuevos términos que dirigen la acción asistencial hacia la calidad y la gestión (Gestión Clínica Asistencial, Gestión de Redes, Gestión del Cuidado, Control de Gestión, Gestión de Camas, Gestión de la Calidad).



**Figura 7 Modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes**



Fuente: Elaboración propia en base a FANTOVA (2005).  
Nuevos Modelos en Gestión Social:  
Calidad y Excelencia en las organizaciones sociales

Según nuestro modelo los **Procesos Estratégicos** serán aquellos que soporten la estrategia institucional en busca del direccionamiento de esfuerzos aislados a fin de cumplir los objetivos y directrices fijadas. Los **Procesos Operativos** son aquellos vinculados directamente con la prestación del servicio o el rubro mismo del negocio, es decir, todos aquellos que suceden, dan forma y/o soportan al proceso de atención. Finalmente los **Procesos de Gestión Avanzada**, son el Macroproceso para la alcanzar el **cambio social** o en nuestro caso el **cambio institucional**, en suma son el reflejo que da cuenta de la vida de la institución y su desarrollo.

*No hay actividades que supongan sólo relación, sólo estructuración o sólo aprendizaje, sino que cada actividad tiene esa triple dimensión y quienes asumen la responsabilidad de los procesos de gestión avanzada se ocupan tanto de la potenciación de esas dimensiones como de la sinergia (efecto multiplicador) entre ellas.* Fantova (2005).

Si nos fijamos, estos procesos avanzados de gestión se ocupan de los tres grandes fenómenos (de cambio) que ocurren necesaria y simultáneamente siempre que funciona y opera una unidad u organización (en nuestro caso, de intervención social) y por ende cuando nos referimos a **cambio social** y en el caso específico de la Reforma Sanitaria, debemos considerar 5 elementos para alimentar la Gestión de Pacientes a nivel hospitalario:

- **Agente de Cambio Social:** Quienes están interesados en gestionarlo
- **Población Objetivo:** (mercado meta) en nuestro caso los pacientes y la institución en su conjunto
- **Procesos de Intercambio:** Mediante la utilización adecuada de las 7p del Marketing en el ámbito social
  - a. People (Clientes)
  - b. Producto
  - c. Place (Lugar)
  - d. Precio
  - e. Promoción
  - f. Procesos
  - g. Posicionamiento

- **Beneficio Potencial:** Para los involucrados
- **Solidaridad y Coparticipación:** El fin último del cambio social, y que permite recoger buenas y no tan buenas experiencias para alimentar el desarrollo institucional.

En suma, la Gestión Hospitalaria de Pacientes necesitará de una estructura –Unidad- que operará haciendo posible de manera directa e indirecta el cambio social necesario para el crecimiento y madurez institucional:

- La unidad mantiene relaciones con toda una serie de personas y grupos interesados e implicados (incluyendo las destinatarias y destinatarios en quienes busca desencadenar los efectos que, en principio, constituyen su misión);
- La unidad se estructura, es decir, adquiere y transforma su configuración como tal unidad;
- Se produce un aprendizaje organizacional mediante el cual se construyen y desarrollan conocimientos, emociones y valores colectivos. (Cambio Social).

### **El Modelo de Gestión de Pacientes desde la Lógica de la Gestión Pública**

Este modelo converge en un sistema de gestión social de calidad y excelencia. Un Sistema de Redes dependientes de buen funcionamiento que responde con eficiencia en el ejercicio de los fondos públicos, con eficacia en la interacción con agentes y agencias externas, y con legitimidad en la predicación del bien o servicio que produce, en definitiva la satisfacción del cliente y la rendición de cuentas. Por ello, el modelo propuesto se nutre de tres perspectivas esenciales que apuntan a alcanzar dicho fin:

- **Él Debe Ser** de la Gestión Pública; es decir, integrar el enfoque de Derecho y enfatizar el Rol que compete al Estado, y que en nuestro caso se traduce en la responsabilidad social que compete a los establecimientos de salud mediante la entrega de servicios de salud oportunos y de calidad.

- **Las Directrices Mundiales y Nacionales** respecto a los determinantes sociales de la época y las brechas de inequidad existentes. En otras palabras, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Es más, De acuerdo con algunos puntos de vista, la distribución de los determinantes sociales de la salud está relacionada con la política pública, que manifiesta la ideología del grupo en el gobierno dentro de una jurisdicción.

Sin más la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró, en el resumen analítico de su trabajo final, que la distribución desigual de los fenómenos que dañan a la salud no es un fenómeno natural en modo alguno. Ante todo, es el resultado de una «combinación tóxica» de políticas públicas de la pobreza, acuerdos económicos desiguales y mal gobierno.

- **La Gestión del Conocimiento**, el Conjunto de experiencias, saberes, valores, información, percepciones e ideas que crean determinada estructura mental en el sujeto para evaluar e incorporar nuevas ideas, saber y experiencias. Y de acuerdo con la Guía Europea de la Gestión del conocimiento, la Gestión del Conocimiento es por tanto la Dirección planificada y continua de procesos y actividades para potenciar el conocimiento e incrementar la competitividad a través del mejor uso y creación de recursos del conocimiento individual y colectivo.

En otras palabras, la Gestión del Conocimiento tiene mucho que ver entre otros factores con los activos intangibles, con el aprendizaje organizacional, con el capital humano, intelectual y relacional. Por ello, este modelo recoge las experiencias locales existente sobre la Gestión de Pacientes (sean estos levantamientos espontáneos o normados), la referencia técnica de los interesados en el tema y considerará la factibilidad política para su futura implementación.

### **Características para el Proceso de Modelamiento del Modelo de Gestión de Pacientes**

El proceso de modelamiento se caracterizará por ser participativo, es decir a partir de las apreciaciones y opiniones de las bases locales contenidas en el análisis de los actores de esta investigación, para ello se recogerán los elementos y directrices principales para la construcción del modelo.

El modelo debe utilizar un lenguaje conocido y propio a los actores y orgánica donde se implementará, pues el fin principal de cualquier modelo de gestión es contribuir al desarrollo de la organización y ser un apoyo para la gestión al interior de esta. De no contener un lenguaje común se estaría faltando a este principio.

El modelo debe entenderse como un articulador, un facilitador de la comunicación, coordinación y relaciones al interior de la institución. Con una mirada global de servicio hacia el paciente más allá de indicadores puntuales desagregados por unidades particulares. Siendo al mismo tiempo un generador de cambios sustantivos y progresivos conforme se pone en funcionamiento y se va adquiriendo experiencia.

El modelo debe someterse a diversas instancias de validación conjunta y de socialización, tanto de los equipos técnicos como de las fuentes consultadas durante el análisis de los actores.

Por ello y reconociendo que la definición del objetivo de un modelo responde al para qué de una política, el objetivo del Modelo de Gestión de Pacientes se entenderá como el fin superior del que se desprenderán el resto de las acciones. Para esto se elaboró una primera propuesta que tiene por principios aquellos contenidos en los modelos de atención y gestión propuestos al inicio de la reforma y que aún están vigentes

**Gestión de Pacientes:** *El proceso global que asegura la resolución oportuna de la problemática de salud de la población; garantizando trazabilidad de la atención de manera integral por medio de un sistema coordinado que actúa en base a los objetivos sanitarios del período y el uso eficiente de los recursos que provee el Estado a través de la planificación óptima de acciones.*

### **Las Tecnologías al Servicio del Modelo de Gestión de Pacientes**

Finalmente, como fue descrito en el marco referencial, la Gestión por Procesos es uno de los sistemas más utilizados para apoyar la Gestión empresarial u organizacional. Existe una variedad de soportes o modeladores de fácil acceso, gratuitos y de uso utilitario. Entre ellos se propone utilizar dos software; EDRAW MAX, para el diseño estratégico del modelo y BIZAGI MODELER para el diseño operativo del mismo.

Edraw Max, es un software versátil de gráficas, con características que lo hacen perfecto no sólo para diagramas de flujo, sino para todo tipo de diagramas necesarios en el modelamiento de negocios.

BizAgi Modeler, es un freeware utilizado para diagramar, documentar y simular procesos usando la notación estándar BPMN (Business Process Management Notation), es decir, es una solución de Gestión de procesos de negocio que le permite a las organizaciones ejecutar/automatizar procesos o flujos de trabajo.

#### IV. Gestión del Sistema de Salud Pública en Chile y su relación con los Principales Modelos de Gestión

En este capítulo revisaremos los principales elementos de gestión presentes en el sistema de gestión de salud pública de nuestro país. Para ello, se elaboró un cuadro resumen con los elementos observados desde la revisión documental a partir de los modelos de gestión descritos en el capítulo anterior y aquellos elementos relacionados con la gestión de pacientes y que revisaremos en profundidad.

**Cuadro 1 Resumen de los Principales Elementos de Gestión en la Salud Pública en Chile**

Elementos Relacionados con la Gestión de Pacientes			
Elemento	Desarrollo	Instalación	Análisis
Servicio Civil / Nuevos Gerentes Públicos	Concursos públicos por Alta Dirección Pública	Sí	Desde 2004 hasta junio de 2013 se han concursado a través del SADP 1145 cargos. El 22,5% de estos han sido provistos por el sector salud. Sin embargo, del total de concursos declarados desiertos sólo salud ocupa el 46% de ellos.
Presupuestación Contra Resultados	Sistema de Transferencias por PPV – PPI	Sí	El sistema de transferencia actual sigue siendo a través de la capitación histórica por prestaciones (PPV – PPI). Si bien en 2008 se inició el proyecto de transferencias mixto para un presupuesto poblacional capitado, a partir del método por valorización de costos WinSig este régimen aún no es utilizado para tales efectos. En otras palabras existe una intencionalidad que da cuenta de un avance, no significativo, pero avance de una u otra forma.
	Presupuestación y Transferencias por WinSig	No	
Compromiso con los Resultados/Énfasis en la Calidad	Estándares de información de salud (DEIS)	Sí	La estandarización es un requisito indispensable para lograr la interoperabilidad de los sistemas de atención, y la integración de los diferentes agentes que participan en el sector (laboratorios, clínicas, hospitales, farmacias, servicios de emergencias, entre otras), más aún cuando el funcionamiento en red es uno de los ejes estratégicos de la Reforma de ahí la importancia del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Por otro lado, la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red”, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país. La misma Ley, estableció los requisitos necesarios para obtener la calidad de establecimiento autogestionado en red. Todo se reglamentó mediante el D.S. N° 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda.
	Sistemas de Aseguramiento de la Calidad (EAR)	Si	

Gobierno Electrónico /Modernización Tecnológica	SIDRA <sup>35</sup>  Telemedicina	Sí  Sí	Sistemas de Información de la Red Asistencial (SIDRA), es una estrategia que ha permitido, a partir de la realidad de las aplicaciones existentes en los SS, ir desarrollando una red de sistemas de información de diferentes procedencias (propios o soluciones comerciales), interconectados y colaborando para proveer la información que la red y el nivel central requieren de los mismos. La telemedicina es otra de las estrategias levantadas por el sector de salud nacional, esta actividad forma parte del plan de conectividad y telemedicina impulsado por el Departamento de Telemedicina de la DIGERA, apoyado por el Departamento de Gestión Sectorial de TIC, que administra la Red MINSAL, red de telecomunicaciones que permite conectar con voz, datos e imágenes a los establecimientos de salud del país
Otros Elementos Observados			
Elemento	Desarrollo	Instalación	Análisis
Transparencia Administrativa	Ley 20.285 o Ley de Transparencia	Sí	Promulgada el 11 de agosto de 2008 y en vigencia desde el 20 de abril de 2009; regula el principio de transparencia de la función pública, el derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información. OIRS es una de las figuras que nace en el sector salud a partir de esta ley, además del ejercicio del derecho de pacientes y usuarios a través del procedimiento de gestión de reclamos que se desprende de la Ley 20.584
Flexibilidad Laboral <sup>36</sup>	No se evidencia	No	Exceptuando el caso de los dos hospitales concesionados (De la Florida y Maipú), el resto de la

<sup>35</sup> Actualmente los 29 servicios de salud del país están incorporados a la estrategia SIDRA. Sin embargo el nivel de avance y la estructura interna de los proyectos es muy disímil.

Si bien los 29 servicios de salud están dentro de la estrategia, hay establecimientos, tanto de APS como hospitales que han optado por soluciones de desarrollo propio o compras directas a empresas que no han sido incorporadas ni evaluadas por el equipo a cargo del proyecto desde TIC-MINSAL.

En esta situación se encuentran establecimientos de 12 servicios de salud. Si bien, “el equipo a cargo de la estrategia SIDRA ha tomado contacto con ellos con el fin de evaluar la factibilidad de que se incorporen al nuevo Convenio Marco o que soliciten la evaluación de los desarrollos locales para asegurar que cuenten con la factibilidad para enmarcarse dentro de los desafíos que se incorporan en el nuevo Convenio Marco SIDRA 2.0 y la Estrategia Digital en Salud” MINSAL (2014) Disponible en: <http://www.salud-e.cl/sidra-home/avance/> los avances siguen estancos. Situación preocupante, ya que además del desafío propio de SIDRA se debe considerar que las implementaciones deben tener la factibilidad de integrarse con los otros proyectos estratégicos del sector de acuerdo a las prioridades de la administración.

<sup>36</sup> Si el término de flexibilidad laboral o desregulación del mercado de trabajo, hace referencia a la fijación de un modelo regulador de los derechos laborales que elimine trabas y regulaciones para contratar y despedir empleados por parte de las empresas y organizaciones privadas. La flexibilidad laboral está relacionada con las medidas de regulación del mercado laboral en lo referente a la libertad de contratación y el contrato individual de trabajo, para flexibilizar los mecanismos logrados por los sindicatos en el siglo XX, esperando con ello mantener el crecimiento de todo el sector privado.

De acuerdo con los partidarios de aumentar la flexibilidad laboral esta permite mayores oportunidades a las empresas y a las personas, en el mundo globalizado donde las estructuras rígidas y las legislaciones abultadas y complejas resultarían impedimentos a ser superados en pos de mayor libertad para la población económicamente activa. Por otra parte diversos economista heterodoxos como el premio Nobel Joseph Stiglitz o el economista institucionalista Ha-Joon Chang han criticado el término que califican como eufemismo para “inseguridad o mutabilidad del puesto de trabajo”, y niegan que en todos los casos tenga el efecto positivo que le atribuyen los partidarios de la flexibilidad.

			salud pública continua bajo el régimen del estatuto administrativo para la administración del recurso humano.
Compras Públicas <sup>37</sup>	Convenio Marco Licitación Pública Licitación Privada Trato Directo	Sí Sí Sí Sí	Dentro de los indicadores de desempeño que rigen el accionar de las actividades de salud en el marco de la gestión financiera se encuentra el A.1.4 que rige el cumplimiento de los procesos de pago según la Ley 19.886, sobre compras públicas de los establecimientos autogestionados en red, a través de Chilecompra utilizando su plataforma Mercado Público y CENABAST.
Participación Ciudadana	Participación Ciudadana <sup>38</sup>  Consejo Consultivo Usuarios <sup>39</sup>	Sí  Sí	La política sectorial para la Participación Ciudadana en Salud tiene por antecedente la Agenda Pro Participación Ciudadana, dada a conocer el 29 de septiembre del 2006 por la Presidenta Michelle Bachelet en su primer mandato, cuyos ejes programáticos fueron: -Derecho Ciudadano a la información Pública. (El ejercicio de este derecho es a través de la consulta ciudadana por medio de OIRS) -Gestión Pública Participativa. -Fortalecimiento de la Sociedad Civil. -No Discriminación y Respeto a la diversidad. El Consejo Consultivo de Usuarios estará compuesto por cinco representantes de la comunidad vecinal, que no podrán ser trabajadores

Pese a las distintas posturas frente al término y sus alcances, desde nuestro punto de vista el recurso humano de la administración pública –no la totalidad- mantiene vicios amparados en aquellos estados de inmutabilidad que les ofrece el sistema por medio de las condiciones contractuales que los rigen. Sin ir más lejos, para los gerentes públicos resulta una odisea el desvincular de la institución aquellos elementos negativos que se escudan en la titularidad o contrata, o en el amparo gremial e inefectivos sistemas de calificación funcionaria. Por ende, el profesionalizar la mano de obra en pos de un servicio de calidad parece una utopía frente a los incentivos personales del funcionario tipo que además mantiene el desarrollo institucional estanco y el afán del gerente público por mejorar los indicadores de desempeño institucionales para dar cuenta de su mejor gestión.

<sup>37</sup> Las leyes que rigen el sistema de compras públicas son las siguientes: Ley 19.886 (de Compras Públicas); Ley 19.880 (de Procedimiento Administrativo); Documento 250/2009 (Reglamento Ley de Compras) y los Dictámenes de la Contraloría General de la República.

<sup>38</sup> Es así como se busca que el Ministerio de Salud fortalezca la generación de condiciones institucionales, establezca procedimientos y aplique instrumentos programáticos orientados a incorporar la participación ciudadana en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas. El objetivo es institucionalizar prácticas regulares de inclusión de la ciudadanía.

La resolución exenta N°19 del 13 de enero de 2009 tiene como objetivo la coordinación del sector para dar cumplimiento al Instructivo Presidencial N°008 del 27 de Agosto del 2008 que mandata la creación del Comité de Trabajo Sectorial de Participación Ciudadana en Salud; cuyas tareas serán coordinar, dirigir, monitorear y evaluar el proceso de implementación en ambas Subsecretarías y en los organismos autónomos.

Con fecha 2 de abril de 2009 el Ministerio de Salud estableció una norma general de participación ciudadana (Resolución exenta n° 168). Este oficio plantea que se debe aplicar también en el Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública.

Posteriormente, la Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública, institucionaliza la Participación Ciudadana en el País, cuya misión establecida por Ley es, "Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas".

La importancia de este instrumento legal radica en que traza y organiza los principales lineamientos gubernamentales en la temática y compromete a los órganos de la Administración del Estado a implementar acciones en materia de participación ciudadana, en un ambiente de corresponsabilidad, entendida como la relación de compromiso mutuo que se establece entre el Estado y la ciudadanía, para avanzar en pos del mejoramiento de los servicios que este entrega a la ciudadanía.

<sup>39</sup> Artículo 30 del Título V "Del Consejo Consultivo de Usuarios" del Decreto 38: Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor complejidad y de los Establecimientos de autogestión en red. Disponible en:

<http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-4792.html>

	CIRA <sup>40</sup>	Sí	<p>del establecimiento, y dos representantes de los trabajadores del Establecimiento.</p> <p>Se entenderá por comunidad vecinal todas aquellas personas u organizaciones de carácter territorial o funcional con asentamiento en el territorio del área de competencia del Establecimiento.</p> <p>Los representantes de la comunidad vecinal podrán ser escogidos entre los representantes de organizaciones territoriales o funcionales de la comunidad usuaria del Establecimiento o de los establecimientos que forman parte de la Red Asistencial, tales como Uniones Comunales de Juntas de Vecinos, Consejos de Desarrollo de los Consultorios, u otra instancia de participación de usuarios, Comités de Promoción de la Salud, Organizaciones de Salud Comunales, entre otros.</p> <p>Finalmente el Consejo Integrado de la Red Asistencial le corresponde asesorar al Director del Servicio y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección, sus Establecimientos Dependientes, los Establecimientos de Autogestión en Red, Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud y la comunidad usuaria.</p>
--	--------------------	----	--

Fuente: Elaboración propia en base a los elementos de Gestión Pública descritos en el Capítulo III

El Nuevo Gerencialismo (NPM) o nueva Gestión Pública surge como una receta para reposicionar la figura del Estado ante la ciudadanía a través del mejoramiento y optimización de la acción pública. Dentro del recorrido por las reformas vividas en la administración pública de nuestro país bajo los gobiernos democráticos, desde 1990 a la fecha, queremos y con especial énfasis a partir de los puntos descritos en la tabla resumen, recoger aquellos componentes estratégicos y las transformaciones de alto valor público experimentadas en el sistema de salud público chileno y que tienen directa relación con la Gestión de Pacientes.

#### 4.1 Elementos de Liderazgo en el Sistema de Gestión de Salud Pública

Dado que la gerencia pública propone asegurar que las políticas y programas públicos respondan de manera valiosa, pertinente, eficaz y eficiente a problemas importantes de la ciudadanía, promoviendo así el logro del desarrollo de manera equitativa y sostenible. Era importante revisar en mayor detalle la presencia de los elementos propios al NGP. Para ello y considerando que muchos de estos fueron tratados en puntos anteriores, creemos necesario tratar un poco más la implicancia de los nuevos gerentes públicos<sup>41</sup> al interior de aparato de Estado y el soporte tecnológico como apoyo a la gestión.

<sup>40</sup> Ley 19.937 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. En ella el Artículo 21 A establece que: "en cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios. El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio".

<sup>41</sup> En octubre de 1998, surge un documento llamado "Una nueva gestión pública para América Latina", elaborado por el Consejo Científico del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), cuyo énfasis radica potenciar la figura de los Nuevos Gerentes Públicos como instrumentos necesarios para la agregación de valor.

A fin de reforzar la idea principal, vimos como una buena idea enfatizar sobre los cimientos de una administración pública eficaz, los que según este enfoque, radican en desarrollar una fuerte capacidad del gobierno central para formular y coordinar políticas, mediante procesos que admitan la participación y supervisión de las partes interesadas; desarrollar sistemas de prestación de servicios eficientes y eficaces; y por último y más importante, establecer un sistema de función pública integrado por funcionarios motivados y capaces, con un sistema de contratación y ascensos basado en el mérito, remuneración justa y con una fuerte mística de trabajo.

En este sentido, interesante sería profundizar sobre las características que dan cuenta del grado de valor público alcanzado por un Gestor Público, revisando por ejemplo el nivel de promoción para la participación y la concertación de objetivos y prioridades entre actores con distinto poder y distintas visiones del problema y de las soluciones. Verificar la existencia en la promoción de redes, foros y espacios públicos para el debate democrático y la interacción con autoridades políticas, con el fin de dialogar y monitorear lo que resulta valioso para la sociedad.

También cotejar la existencia de la promoción proactiva a dar respuesta a las demandas, percepciones y reacciones de la ciudadanía (responsiveness). O finalmente revisar si este Nuevo Gestor Público asume un compromiso con la "responsabilización" (accountability) promoviendo el aprendizaje y ajuste, en la medida que vaya reconociendo procesos y prácticas apropiadas para promover el desarrollo y fortalecer las organizaciones.

Sin embargo, para el fin de esta investigación vimos como una alternativa factible, examinar para el sector salud, el nivel de cargos concursados por el sistema de ADP desde la creación del Servicio Civil (2004 a Junio de 2013) con el objeto de verificar el grado de instalación de uno de los elementos centrales del NPM. Dado que si revisamos el Modelo de Atención Integral propuesto a partir de 2005, se observa una serie de componentes esenciales para el éxito de su instalación entre los cuales se encuentra la figura de nuevos líderes.

Uno de estos componentes o desafíos es instalar la figura central del Director de Servicio de Salud como el Gestor de la Red que garantiza la continuidad de la atención y los resultados sanitarios de la población. Para ello, se precisa de un cambio en el estilo de liderazgo, es en este sentido que las condiciones necesarias a nivel organizacional se dan bajo el contexto de la gestión participativa. Ésta, requiere del desarrollo de trabajo en equipo y de la comprensión de las dinámicas de los grupos humanos; se basa en líderes que han desarrollado competencias y habilidades en estos ámbitos (de allí que en la nueva legislación se haya optado por procesos de selección en el contexto de la "gerencia pública" que releven este nuevo perfil) y de una organización en red e interna que facilite esta modalidad.

Por lo mismo, la nueva legislación incentiva no sólo al Gestor de la Red, sino al interior de los establecimientos a desarrollar instancias de participación interna, de delegación en las unidades operativas o centros de responsabilidad, entendiendo a éstos como equipos comprometidos tras un resultado, con recursos determinados.

### **Grado de Participación de los nuevos Gestores Públicos en la Salud Pública Chilena**

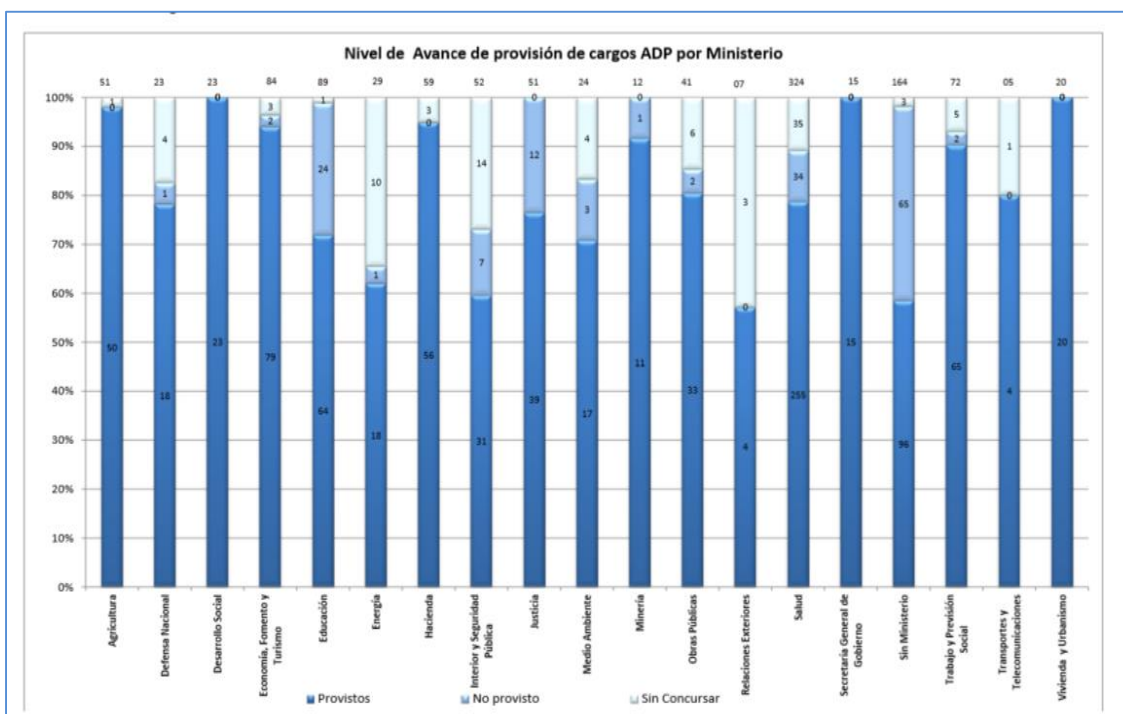
La Alta Dirección Pública (ADP) partió el año 2004 con 417 cargos en concurso. A Junio 2013 se concursan a través de este mecanismo 1.145 cargos, que incluye tanto los cargos de servicios adscritos como los de los organismos públicos no adscritos. Ello implica un aumento del 175% en el número de cargos que se seleccionan a través de la ADP<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Fuente de información Dirección Nacional Servicio Civil. Reporte de Alta Dirección Pública. Enero 2014



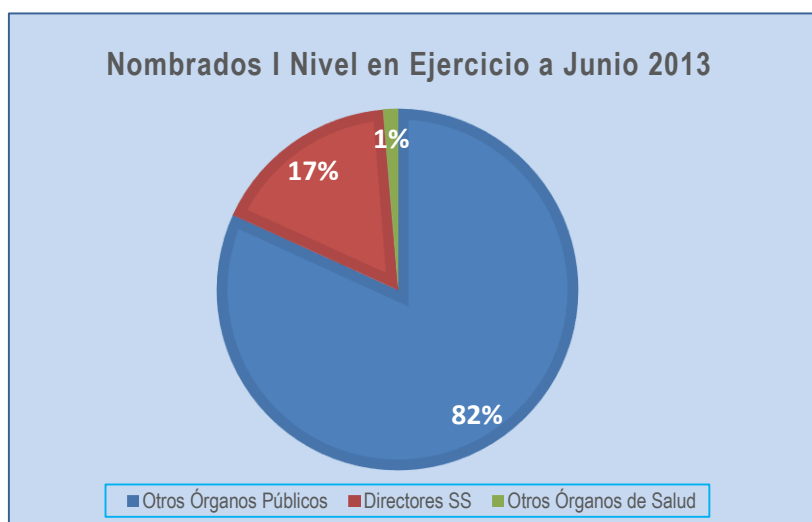
**Gráfico 7 Nivel de avance de provisión de cargos por Ministerio Junio 2013**



Fuente: ADP Agosto (2013)  
 Reporte Estadístico Mensual  
 Dirección Nacional Servicio Civil

De los 1145 cargos ADP al momento del corte, el 64% es ocupado por un directivo nombrado a través de la ADP (731 cargos). El 28% de los cargos se encontraba en proceso de selección (321 cargos) y el 8% no había sido concursado (93 cargos). Del total de cargos provisto desde 2004 hasta el corte de Junio 2013, salud ocupa el 28,2% (324 cargos) siendo la cartera con la mayor provisión.

**Gráfico 8 Nombrados I Nivel Jerárquico en Ejercicio a Junio 2013**



Fuente: Elaboración propia en base a ADP Agosto (2013)  
 Reporte Estadístico Mensual  
 Dirección Nacional Servicio Civil

Al momento del corte en Junio de 2013, el 17% (26 cargos) de los nombrados de I nivel jerárquico en ejercicio corresponde al sector salud. Tales cargos pertenecen a la función de Gestor de Redes<sup>43</sup> y de un total de 29 servicios a lo largo de todo Chile 26 directores fueron nombrados por ADP. En definitiva, el 90% de los responsables de la articulación de la red fueron escogidos bajo un sistema de méritos y competencias para el ejercicio de la gestión pública.

Para ello, el gestor requiere de un equipo articulado, alineado y competente para el cumplimiento de los desafíos establecidos en el marco de la Reforma. En esta línea, otra de las principales estrategias definidas para el modelo gestión radican en el fortalecimiento de la atención primaria y el llevar a cabo un proceso necesario de transformación hospitalaria.

Si consideramos que un factor importante para el éxito del modelo radica principalmente en contar con líderes facilitadores capaces cohesionar equipos de trabajos conscientes y motivados a lo largo de los distintos niveles de responsabilidad, otra componente clave sería observar si este patrón de inversión de líderes de primer nivel es repetitivo en el nivel inferior directo (Directores de establecimientos hospitalarios y atención primaria) completando así los tres eslabones del modelo de gestión propuesto.

Para esto es necesario conocer el total de dispositivos que componen la red pública de atención a lo largo de Chile a fin de tener una línea base que dé cuenta de la inversión. Como se aprecia en la Tabla 6 Dispositivos<sup>44</sup> de la Red Pública de Atención, actualmente existen 179 establecimientos hospitalarios diferenciados entre alta, media y baja complejidad; más 276 SAPU y 135 SUR.

**Tabla 6 Número de Dispositivos de la Red por Categoría**

Dispositivos	N° Dispositivos
Hospital Alta C.	55
Hospital Mediana C.	22
Hospital Baja C.	102
SAPU	276
SUR	137

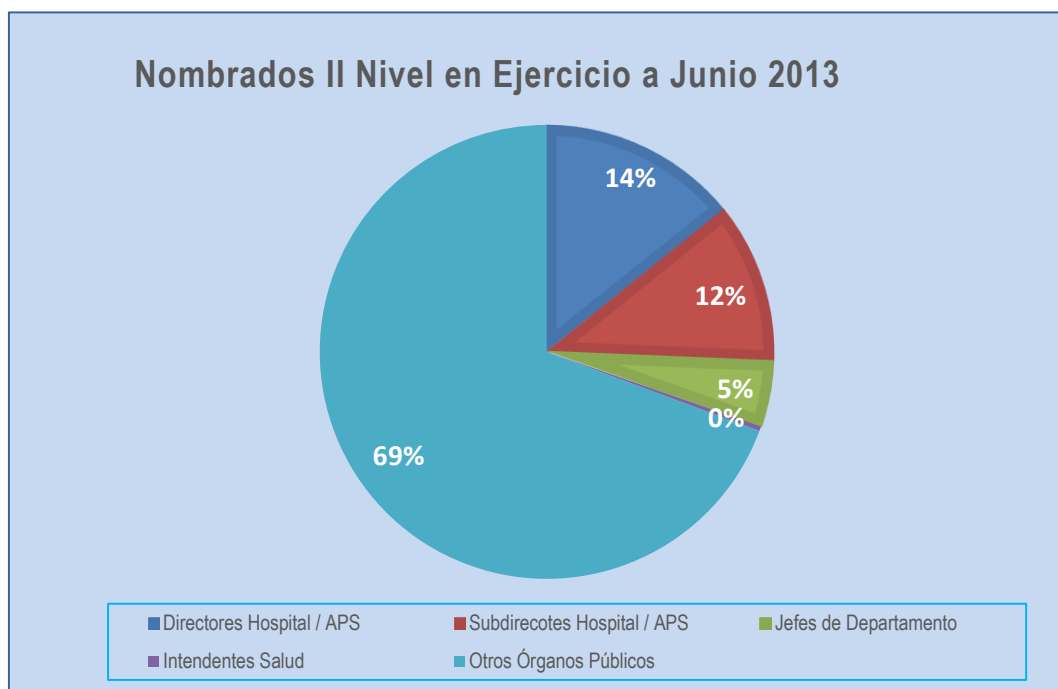
Fuente: Elaboración propia en base a Ordinario N° 1290 (2012)  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud

En el caso de los cargos de II Nivel Jerárquico en ejercicio, los que corresponden a Directores de Establecimientos Hospitalarios y APS, se constata 82 en ejercicio hasta Junio 2013 según el reporte estadístico de ADP. A ello se suman 66 Subdirectores, 27 Jefes de Departamento y 2 Intendentes de Salud con una ocupación del 30,6% de los nombramientos en ejercicio hasta el corte.

<sup>43</sup> Entiéndase por Gestor de Redes la nueva figura que toma el Director de Servicio de Salud.

<sup>44</sup> Ordinario N° 1290 del 26 de Abril de 2012. Documento Definición y Función para la coordinación de la red.

**Gráfico 9 Nombrados II Nivel Jerárquico en Ejercicio a Junio 2013**



Fuente: Elaboración propia en base a ADP Agosto (2013)  
Reporte Estadístico Mensual  
Dirección Nacional Servicio Civil

Pese a lo auspicio que parecen estos resultados, el sector salud ha superado el 30% del total de concursos de ADP declarados desiertos en alguna oportunidad tanto para el I como II nivel jerárquico (32,2% y 46% respectivamente). Según se aprecia en la Tabla xx. Sólo y a modo de ejemplo, del total de concursos de I nivel del sector declarados desiertos el 91% de ellos corresponden Directores de Servicios de Salud (10 de 11 cargos) y en el caso del segundo nivel el 97% recae en los cargos de Directores de Establecimientos Hospitalarios y Subdirectores de Servicio de Salud.

**Tabla 7 Concursos ADP declarados desiertos en alguna oportunidad**

Nivel Jerárquico	Salud	Otros organismos adscritos a ADP	Total de concursos desiertos
I Nivel	11	23	34
II Nivel	138	162	300

Fuente: Elaboración propia en base a ADP Agosto (2013)  
Reporte Estadístico Mensual  
Dirección Nacional Servicio Civil

Reflexionando al respecto, aun cuando el 32.2% de los cargos de Director de Servicios de Salud concursados fue declarado desierto en alguna oportunidad durante el proceso de selección, el 90% de ellos fue ocupado y ejercido hasta junio 2013 según el reporte (26 de 29 Directores de Servicio de Salud). En cambio y de acuerdo a las cifras, en el marco de II nivel de responsabilidad aún falta por hacer, pues aunque dichos cargos también fueron provistos por el sistema de ADP, sólo el 13,8% de los Directores de Establecimientos Hospitalarios y APS fue nombrado y estuvo en ejercicio según el reporte estadístico.

**Tabla 8 Nombrados II Nivel Jerárquico en Ejercicio a Junio 2013**

Nombramiento	N° Cargo Ejercidos
Director Establecimiento Hospitalario / APS	82
Subdirector Establecimiento Hospitalario / APS	66
Jefe de Departamento	27
Intendente	2
Otros Órganos Públicos	400
Total Nombramientos en Ejercicio	577

Fuente: Elaboración propia en base a ADP Agosto (2013)  
Reporte Estadístico Mensual  
Dirección Nacional Servicio Civil

#### **4.2 Elementos o Formas Flexibles en la asignación y uso de transferencias**

Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. Los mecanismos de contratación y pago en salud generan un impacto diverso en la cantidad y calidad de los servicios médicos, en la transferencia de riesgo entre actores y en la eficiencia de la utilización de los recursos.

El estudio y diseño de los modelos de contratación y pago más adecuados para cada situación se ha transformado en una especie de nueva alquimia que promete dar respuesta a gran parte de los desafíos de la gestión en salud.

En el marco de la evolución y de los cambios sociales acontecidos en el siglo XXI, surge en el sector sanitario del mundo occidental la necesidad de nuevas fórmulas de gestión para adaptarse a las demandas de la sociedad. La nueva situación y tal como lo hemos señalado anteriormente está marcada por los cambios epidemiológicos, las innovaciones en los sistemas de información y en la tecnología, la presión de los usuarios que exigen mejores servicios y, principalmente, por un gigantesco aumento de los costos que no se respalda con evidencia respecto de una mayor eficiencia en los resultados sanitarios.

Este aumento en los costos, evidenciado en la últimas décadas en la casi totalidad de los sistemas de salud, tiene causas profundas y complejas. En Chile por ejemplo podemos ver la siguiente evolución conforme el desarrollo de la reforma.

En el campo de los mecanismos de pago, desde 1994 se ha tratado de implantar pagos asociados a resultados, los que se han concretado a través de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) y programas llamados “estrellas” del FONASA. Mientras que, en el ámbito presupuestario, en 2002 se introdujo el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) como una importante partida del presupuesto sectorial. Pero, aún con estos antecedentes, gran parte de los presupuestos siguen siendo asignados históricamente, representado en términos presupuestarios a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), reproduciendo defectos tales como: desvinculación con objetivos e impactos sanitarios esperados, incoherencia entre transferencia de recursos y desempeño de los Servicios de Salud, desvinculación con resultados en calidad, eficiencia, inconsistencia entre oferta y demanda que generan listas de espera, que derivan finalmente en inequidad, falta de acceso a la salud y por ende insatisfacción usuaria.

- **PPV (Prestaciones Valoradas):** Prestaciones realizadas por el Hospital que fueron costeadas por Fonasa y que deben ser programadas y monitoreadas en su cumplimiento mensualmente para que sean pagadas como producción del Hospital.

▪ **PPI (Prestaciones Institucionales):** Pago de Programa presupuestario, denominado Pago Histórico. La situación actual de distribución de recursos en atención secundaria y terciaria (donde la asignación de recursos para patologías AUGE/GES sigue el mismo patrón), privilegia un pago asociado a producción, que se ha realizado para parte del presupuesto institucional y para los recursos adicionales que se han ido inyectando en el gasto del FONASA. Este volumen de recursos se ha hecho a través de los programas especiales, como el Programa del Adulto Mayor y el Programa Oportunidad en la Atención. Como consecuencia de ello, una proporción cercana al 50% del gasto hospitalario del FONASA corresponde a PPV.

Pareciera que la tendencia es a lograr que una proporción cada vez mayor del gasto hospitalario corresponda a PPV, de modo de hacer más transparente y eficiente este gasto. No obstante esta tendencia, como se señala más adelante, el desarrollo de este tipo de pagos y presupuesto por acto, levanta serias dudas en un contexto de impulso de la reforma y la necesidad de propender a la contención de costos en el sistema, la integración sanitaria entre diferentes niveles asistenciales y disminuir los incentivos perversos o de sobre consumo sanitario.

Por otra parte, durante el año 2003 se diseñó un sistema de asignación capitado<sup>45</sup> a nivel del presupuesto de los Servicios de Salud que se denominó Per Cápita Ajustado por Necesidades (PAN). Este sistema<sup>46</sup> generado desde el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y consensuado con el FONASA, sirvió durante ese año para la asignación de recursos marginales, como orientación para la toma de decisiones. La idea era que su utilización pasara desde el ámbito normativo y consultivo para las asignaciones de dineros de deuda, hacia un criterio real de asignación territorial de recursos. No obstante, este intento a la larga no prosperó y ya, hacia fines de 2004, dejó de tener injerencia, conservando su importancia a nivel de análisis y estudios sobre la asignación de recursos.

Actualmente se pueden distinguir dos períodos en las reformas financieras emprendidas por el FONASA desde la mitad de los años noventa: los desarrollos antes del año 2002 y las modificaciones introducidas posteriormente. En la primera etapa se diseñaron los mecanismos de pago PAD y PPP (pago por prestación), ambos para la atención hospitalaria, el per cápita para la atención primaria y los llamados programas especiales para la atención primaria y de los niveles superiores.

En la segunda etapa, se empezó a retribuir a los hospitales en forma creciente con estos métodos de pago, con lo que el vínculo entre resultado y asignación de recursos creció en forma importante.

Tanto a nivel hospitalario como a nivel de la atención ambulatoria secundaria existe una mezcla de mecanismos de pago, donde predominan el PPP y el PAD. La selección de diagnósticos que incorpora al mecanismo de pago PAD, se efectuó considerando aspectos tales como la importancia de ellos en el total del gasto, su frecuencia y las patologías factibles de ser estandarizadas en su resolución (FONASA, 1999).

En la atención primaria se aplica una combinación del per cápita y de asignaciones presupuestarias específicas (por ejemplo, para resolver listas de espera en especialidades).

---

<sup>45</sup> El pago capitado, una herramienta considerada clave para adecuar un techo de gasto, en teoría procura introducir un modelo de pago dentro de la organización de la asistencia sanitaria en torno al mantenimiento de la salud reduciendo los costos de producirla. A la vez que controla el incentivo negativo de la sobre prestación por una mayor demanda inducida derivada del tercer pagador, no está exenta de sub prestación como mecanismo de maximización de ingresos del proveedor de atención médica, más aun si la redistribución de beneficios se efectúa sobre la base de un índice promedio, si bien reduce los pagos por sobre los costos marginales excedentes de los servicios prestados.

Por su parte, el traslado de riesgos al núcleo gerencial/prestador que se asocia al pago capitado obliga a éste a establecer regulaciones del paquete de prestaciones y promover el análisis costo/efectivo de las decisiones clínicas, así como a tratar de incrementar la proporción de población afiliada en función de "licuar" riesgos y mejorar sus economías de escala. JIMENEZ, D y PIANA, S. "Políticas y sistema de salud, Modelos de pago, Sistema de pago capitado". (2010).

<sup>46</sup> BENAVIDES, P.; CASTRO, R. y JONES, I. "Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013 – 2050". Diciembre 2013.

En cuanto a la asignación de recursos en el sistema público de salud podemos señalar, que se ha caracterizado por los mecanismos de pago mixtos, los que han incursionado y han ganado terreno en diferentes sistemas de salud en el mundo (Inglaterra, España, Países Bajos, etc.), en comparación con los mecanismos de pagos puramente prospectivos o retrospectivos.

El mecanismo de pago mixto se caracteriza por tener un componente de pago prospectivo y otro retrospectivo, con el fin de equilibrar: los costos, la eficiencia en el suministro de prestaciones sanitarias y la calidad de la prestación (calidad del resultado sanitario) entre el prestador, el beneficiario y las entidades aseguradoras-compradoras. En Chile tenemos un creciente pago por actividad (PAD, PPV y GES) sustituyendo parte de la transferencia histórica de los presupuestos y un pago per-cápita en la atención primaria.

Chile ha adoptado una estrategia de pagar a los proveedores fundamentalmente en base a acto médico. Si bien en el ámbito público se trata de un sistema de pago “sombra” sin efectos reales sobre el financiamiento real, este sistema de pago que pretende emular precios mediante el establecimiento de tarifas o aranceles por servicio, se muestra incapaz de acotar precisamente las tasas de crecimiento en costos de los prestadores de servicios.

Los problemas de los sistemas de pago por acto médico son suficientemente conocidos: suponen un incentivo al volumen y, la sobre utilización, lleva a la tendencia de obtener una macro ineficiencia con una implícita explosión de costos y la inviabilidad financiera a largo plazo para el sistema de salud. El marco de la nueva propuesta de asignación de recursos incorpora básicamente dos fases claramente diferenciadas.

La primera de ellas es la de asignación territorial de recursos, donde se utilizarán criterios de asignación de recursos, como la capitación ajustada por riesgos, primando el objetivo de equidad y teniendo en cuenta objetivos sanitarios, de manera que los recursos se asignen allí dónde se necesitan. A la vez, en términos de agentes involucrados y sus funciones, el rol preponderante lo tendría el MINSAL.

La segunda fase de asignación de recursos consiste en la aplicación de mecanismos de pago, dirigidos a programas y producción de prestaciones de salud, para transferir periódicamente los recursos hacia los proveedores, con el fin de administrar riesgos e incentivos hacia los establecimientos que producen acciones de salud, que se obliguen a suministrar prestaciones con mayor nivel de calidad sanitaria y eficiencia. El objetivo preponderante, a este nivel es el aumento de la eficiencia por medio de compartir riesgos, en el marco del presupuesto asignado en base al mecanismo anteriormente señalado, en el caso chileno el rol fundamental en esta etapa debería corresponder a FONASA y a los Servicios de Salud.

Por último, la visión más generalmente aceptada de equidad como objetivo de los sistemas sanitarios es la de proporcionar igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad. El método a través del cual este concepto de equidad se hace operativo a través del financiamiento, es la asignación de recursos idénticos ante necesidades sanitarias iguales o, en otros términos, que la asignación de los recursos entre diferentes poblaciones dependa de sus necesidades sanitarias.

En otras palabras la llamada asignación capitativa ajustadas por riesgo, es un mecanismo a través del cual se intenta dar contenido operativo a este criterio de equidad (asignar los recursos sobre la base de las necesidades sanitarias).

Una capitación se puede definir como la cantidad de financiamiento de servicios sanitarios que son asignados para la atención sanitaria de una persona con ciertas características para un determinado periodo de tiempo y un servicio en cuestión, sujeto a una restricción presupuestaria global. Por lo tanto, mediante la ponderación de la población o las asignaciones capitativas lo que se hace es calcular un precio a cada ciudadano dependiendo de sus necesidades sanitarias. Y la manera de obtener este precio es mediante el ajuste de riesgo que busca una estimación in sesgada de los costos sanitarios relativos de una persona dadas sus características.

Estas características serán las que tengan mayor influencia sobre las variaciones en el gasto sanitario, tales como la edad, el sexo u otras características socioeconómicas. El método de ajuste capitativo por riesgo, al reducir la variabilidad entre el gasto esperado de un individuo y el financiamiento que reciben los SNSS reduce los incentivos de realizar actividades de selección de riesgos y mejora la calidad sanitaria. Los sistemas capitativos ajustados por riesgo tratan de reflejar las necesidades relativas de gasto sanitario de una población integrada por individuos heterogéneos.

En la medida en que estas asignaciones capitativas reflejen adecuadamente las necesidades sanitarias, la asignación de recursos resultante representará una asignación equitativa desde el punto de vista de la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios para una misma necesidad. Ahora bien, el empleo de fórmulas capitativas con carácter prospectivo también puede inducir a mejorarla eficiencia en la prestación de la atención sanitaria dado que este sistema de asignación puede hacer más responsable a los proveedores de los beneficios y costos de sus acciones. Sin embargo, los mecanismos de mercado carácter prospectivo también pueden introducir incentivos a la reducción de la calidad de los servicios prestados si no existe algún tipo de regulación o de control de estas variables.

En el marco hospitalario existe evidencia respecto de la influencia relevante en el aumento de los costos que han tenido los sistemas de pago de la actividad a este nivel de atención, en particular el llamado pago por prestación. Este modelo ha incentivado a los centros y a los profesionales a utilizar más prestaciones que las necesarias para resolver los diferentes casos. Por ejemplo, más exámenes de laboratorio y más días/cama utilizados tienen el incentivo de mayor pago, aun cuando clínicamente no se justifiquen.

A raíz de lo anterior, han surgido en algunos sistemas un nuevo paradigma de transferencias<sup>47</sup> las aseguradoras han traspasado progresivamente el riesgo a los prestadores, quienes deben garantizar que producirán estos resultados sanitarios con los más bajos costos y a un nivel de calidad que les permita satisfacer a usuarios cada vez más exigentes.

De esta nueva responsabilidad, propia de dicho sistema de pago, surge en los prestadores la necesidad imperiosa de controlar sus procesos productivos y asegurar la obtención de resultados satisfactorios y competitivos en la atención de salud. No obstante esta necesidad, desde el punto de vista de la gestión, resulta complejo controlar la producción de miles de casos diferentes que son atendidos en los hospitales.

Si consideramos que la producción de servicios de salud es una actividad científica, en la cual es posible establecer rasgos comunes que asemejan a algunos y diferencian a otros, y que las enfermedades tienen un conjunto específico de maneras de presentarse, es posible clasificar a los pacientes en grupos similares en cuanto a necesidades de diagnóstico, tratamiento y tipo de cuidados.

Este modelo ha encontrado reconocimiento en los grupos de profesionales sanitarios, quienes, al validar las agrupaciones como categorías clínicamente interpretables, las han incorporado a sus prácticas cotidianas en la medida que los centros hospitalarios primero y luego los países, han adoptado modelos de gestión o financiamiento de la actividad clínica. Estos últimos se basan en la utilización del modelo GRD (Grupos Relacionados de Diagnósticos). Existe abundante evidencia respecto a las ventajas que este modelo representa en la contención de costos y evaluación de calidad en cuanto al proceso de atención de salud, especialmente en escala hospitalaria.

El propósito original del sistema GRD que se desarrolló en la década de 1960 en la Universidad de Yale para facilitar el mejoramiento de la calidad de la asistencia sanitaria, fue el de medir el rendimiento de un hospital con el fin de facilitar el mejoramiento de su calidad y como apoyo para pago de hospitales y financiamiento del sistema sanitario.

---

<sup>47</sup> Pago asociado a los resultados de salud.

Estos sistemas de clasificación de pacientes se utilizan para establecer una base de comparación que permita homologar casos y así poder revisar la utilización de los recursos empleados en los procesos respectivos, además del desarrollo de programas de garantía de calidad en los centros hospitalarios.

Las cantidades de prestaciones necesarias en estos modelos no las define cada profesional en forma separada e individual. Éstas se determinan sobre la base de los resultados obtenidos con grandes grupos de casos e instituciones, con cumplimiento de estándares internacionales de comparación respecto del costo de resolución de casos homogéneos. Por ello, la lógica del pago por resultados en salud corresponde directamente a la estructuración de grupos de enfermedades homogéneas respecto de su consumo de recursos y su tipo, dado que permite controlar una cantidad manejable de procesos productivos. Actualmente los hospitales públicos que trabajan con estos modelos concentran en 25 tipos de GRD casi el 70% de sus egresos.

### **GRD y Winsig en la salud pública chilena**

En la medición de los productos finales de la actividad hospitalaria, son ampliamente utilizados los sistemas de clasificación de pacientes con el propósito final de generar información de apoyo a la toma de decisiones para mejorar la calidad de entrega de servicios, determinar costos y establecer mecanismos de transferencia presupuestaria a los hospitales.

Entre los sistemas de clasificación más utilizados en el mundo se encuentran los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, que se caracterizan por agrupar y clasificar tipos de pacientes que tendrán un patrón similar en el comportamiento clínico y consumirán una cantidad similar de recursos. En nuestro país, actualmente se utiliza el sistema IR-GRD, que con su ajuste por severidad, permite realizar análisis de la casuística hospitalaria en forma más específica y cercana a la condición real del usuario en el episodio de hospitalización.

Su uso permite establecer comparaciones por servicios normalizados con un grupo de parámetros e indicadores a partir de la identificación de la composición y complejidad de los casos tratados aplicando uno o varios patrones de desempeño de referencia nacional e internacional para mejorar la atención del usuario, la gestión clínica financiera y corregir desviaciones identificadas.

Su contribución radica en: optimizar la eficiencia en la gestión de los procesos administrativos y clínicos de la atención de los usuarios beneficiarios del sistema a fin de asegurar un servicio de alta calidad y seguridad asistencial y; conocer los costos asociados a la generación de la cartera de servicios hospitalarios.

El propósito apunta a mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a la instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través del fortalecimiento del uso de sistemas de gestión de costos y control de producción, con el fin de tender a la sustentabilidad financiera del sistema.

Para ello y con el objeto de fortalecer el proceso de formulación y asignación del presupuesto a los Servicios de Salud que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), en 2008 nace proyecto de costeo y valorización de prestaciones capitado llamado "Mecanismos de Presupuestación y Transferencias para la Equidad y la Eficiencia en Salud". Este método de costeo es una propuesta metodológica que ha sido perfeccionada en el tiempo para su implementación en años futuros.

En general los sistemas de costos buscan satisfacer varios propósitos, uno de ellos tiene relación con la planificación y el control; se parte con la creación de centros de costo para acumular gastos, y determinar la contribución que hace cada centro de costo al gasto total del hospital. Otro propósito está relacionado con el costo de los bienes o servicios sanitarios producidos, y se materializa en las unidades de producción que permiten valorizar los bienes o servicios producidos, y establecer comparaciones con otros establecimientos.



En nuestro país se desarrolló el programa WinSIG<sup>48</sup>, un sistema para ejecutar la metodología de acumulación utilizada para el cálculo del costo, a partir de la definición de centros de costo para la acumulación de gastos de materiales o gastos de insumos, gastos de remuneraciones, y gastos generales.

Después de haber calculado el costo de las unidades producidas en cada centro de costo de apoyo es necesario conocer las cantidades consumidas por los centros de costo donde se va a distribuir el costo, y en ese momento se hace la distribución. De esta forma se acumulará todo el costo del establecimiento en aquellos centros de costo definidos como finales. También se conocerá el valor de cada producto de los servicios de apoyo.

Por último, el método de costeo que espera se utilice es el costeo por absorción, full costing o costo total, que considera como costo de la producción todos sus costos directos e indirectos. Todos los costos que no se relacionan con las prestaciones que se están valorizando se consideran gastos del período. De esta manera los prestadores podrán percibir el traspaso del gasto real del período y no la valoración histórica determinada arbitrariamente o no por la aseguradora (FONASA).

### **4.3 Elementos de Aseguramiento de la Calidad**

En salud, la necesidad de trabajar con estándares es apremiante. Los problemas derivados de no contar con estos lenguajes comunes, y por lo tanto de no poder intercambiar y consolidar la información, son desastrosos. La estandarización es un requisito indispensable para lograr la interoperabilidad de los sistemas de atención, y la integración de los diferentes agentes que participan en el sector (laboratorios, clínicas, hospitales, farmacias, servicios de emergencias, entre otras), más aún cuando el funcionamiento en red es uno de los ejes estratégicos de la Reforma. En Chile, es el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) el que ha tenido por años el rol de definir estándares de información de salud.

El proceso de cuidar la salud de la población usa intensivamente información en sus diferentes actividades: al momento de atender a un paciente, cuando se elabora un plan de salud, cuando se factura una atención, cuando se receta un medicamento, en las auditorías médicas, en el análisis epidemiológico, en el estudio de costo/efectividad, en la evaluación de oferta y demanda, en la formulación de normas y políticas, entre muchos otros. En todos ellos, el común denominador es el registro de un grupo de datos clínicos básicos (síntomas y signos, diagnóstico, exámenes complementarios e indicaciones de tratamiento). Su registro no estandarizado se ha constituido en una barrera para garantizar la buena atención y para generar las bases de conocimiento necesarias para la modernización del sector.

Los ahorros que se espera lograr con la estandarización de las transacciones electrónicas pueden ser muy importante. Se pueden alcanzar reducciones de entre 15% a 45% como consecuencia de la disminución de los tiempos, la reducción de los dobles y triples registros, la disminución del uso de papel, de los errores médicos, de los exámenes duplicados, y de la oportunidad de la atención entre otras cosas DEIS (2014).

Finalmente, la gestión de las condiciones sanitarias del país requiere de un registro estandarizado de las autorizaciones sanitarias, fiscalizaciones, servicios sanitarios, etc. De esta forma, la autoridad sanitaria puede contar con el apoyo necesario para el diseño de políticas sanitarias nacionales y regionales.

---

<sup>48</sup> La primera distribución de gastos, se da por la acumulación de los costos propios en cada uno de los centros de costo, (costos directos). La segunda distribución es la que se da entre los centros de costo de apoyo, ya que ellos también realizan actividades para ellos mismos. El método utilizado para esta distribución por los centros de costo de apoyo es el llamado método escalonado, donde el primer centro que se distribuye es el que aporta más y recibe menos de los demás, mientras que el último centro que se distribuye es el que aporta menos y recibe más.

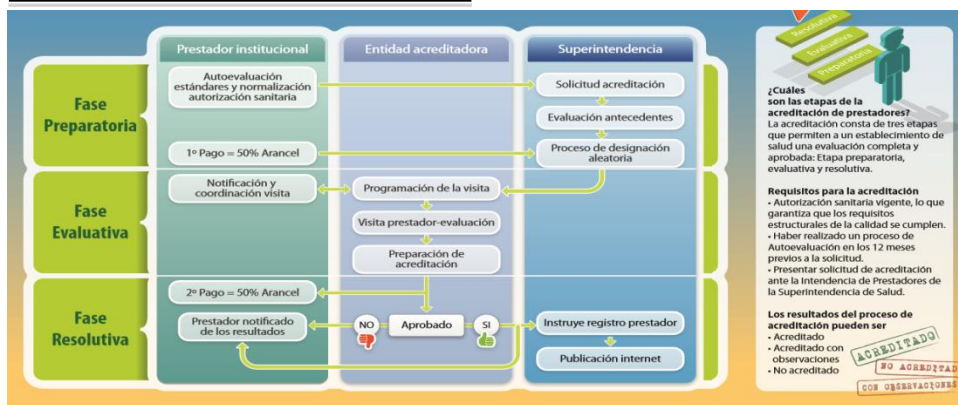
La tercera distribución de gastos, es la asignación de los centros de costo, de costo de apoyo a los centros de costo finales, para ello se requiere identificar la unidad de producción, para calcular el costo unitario.

## Sistemas de Aseguramiento de la Calidad

A partir de lo anterior y según lo descrito en el manual de evaluación de establecimientos autogestionados en red, la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red”, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades al director, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

La misma Ley, estableció los requisitos necesarios para obtener la calidad de establecimiento autogestionado en red, los mecanismos para la obtención de dicha calidad y las atribuciones del director. Todo se reglamentó mediante el D.S. N° 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda.

**Figura 8 Flujograma de la Acreditación**



Fuente: Guía para la acreditación para prestadores institucionales de salud Superintendencia de Salud

Un establecimiento autogestionado, es un órgano desconcentrado del correspondiente servicio de salud y tiene atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos que ofrece a la red. No obstante, es importante mencionar que los productos que genera (prestaciones de salud), son fijados por el director del servicio de salud correspondiente, quien los define de acuerdo a las necesidades de la población a cargo. Dicho de otra manera, no es el hospital quien determina su cartera de servicio, lo que explica que no sea un organismo autónomo.

Para acceder a la obtención de la calidad de EAR, los hospitales deben cumplir con una serie de requisitos, los cuales se enuncian en los artículos 16 y 18 del D.S. N° 38. El cumplimiento de ellos, debe certificarse anualmente, mediante las instrucciones que defina de manera conjunta los Ministerios de Salud y Hacienda.

Fundamentalmente, las exigencias impuestas a los hospitales, persiguen comprobar si han alcanzado un nivel de madurez organizacional acorde a los desafíos que enfrenta. Vale decir, si en su conjunto la institución ha desarrollado las capacidades adecuadas para implementar las estrategias que el sistema establece y lograr los objetivos organizacionales.

El 19 de marzo de 2009, se publicó en el Diario Oficial el Decreto Exento N°18 del Ministerio de Salud, que aprueba los Estándares Generales del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud. Dicho Decreto ha aprobado los siguientes estándares:

- Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.
- Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.

El 19 de agosto de 2010, se dictó la Circular IP N°8 aclaratoria al Decreto Exento N° 18 del Ministerio de Salud, dicha Circular dicta instrucciones sobre el sentido y alcance que deben dar las entidades acreditadoras, en los procesos de acreditación de los Prestadores Institucionales, a las normas que rigen dicho sistema e interpreta las normas que se indican en la referida Circular. El 24 de febrero de 2010, se publicaron los siguientes Decretos Exentos del Ministerio de Salud:

- Decreto Exento N°33 que aprueba el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada y la Pauta de Cotejo del referido Manual.
- Decreto Exento N°34 que aprueba el Manual del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis y la Pauta de Cotejo del referido Manual.
- Decreto Exento N°35 que aprueba el Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales de Servicios de Esterilización y la Pauta de Cotejo del referido Manual.
- Decreto Exento N°36 que aprueba el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología y la Pauta de Cotejo del referido Manual.
- Decreto Exento N°37 que aprueba el Manual del Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos y la Pauta de Cotejo del referido Manual.

En último lugar, el 9 de noviembre de 2011, se publicaron los siguientes Decretos Exentos del Ministerio de Salud:

- Decreto Exento N° 346 que aprueba el Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales de Servicios de Quimioterapia
- Decreto Exento N° 347 que aprueba el Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales de Servicios de Radioterapia
- Los Prestadores Institucionales de Salud del país, que deseen someterse al procedimiento de acreditación, deberán dar cumplimiento a los mencionados estándares de conformidad al "Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud".

Para fortalecer el trabajo de estándares, el Ministerio de Salud ha creado recientemente una mesa nacional de estándares de información e interoperabilidad en salud (resolución en trámite), constituida por representantes de diferentes departamentos del MINSAL y FONASA, cuyo objetivo será la definición de estándares para el registro e intercambio de la información en salud, su adaptación a la realidad local, su difusión, promoción y supervisión de su uso, así como temas relacionados con certificación. (Tabla 9)

**Tabla 9 Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud**

Título	Resumen
<b>Estándar para Atención Cerrada</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios y abreviaturas.
<b>Estándar para Atención Abierta</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios y abreviaturas.
<b>Estándar para Atención Psiquiátrica Cerrada</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios, abreviaturas y la pauta de cotejo.
<b>Estándar para Centro de Diálisis</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios, abreviaturas y las pautas de cotejo.
<b>Estándar para Servicios de Esterilización</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios y abreviaturas.
<b>Estándar para el Otorgamiento de Servicios de Imagenología</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios, abreviaturas y las pautas de cotejo.
<b>Estándar para Laboratorios Clínicos</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios, abreviaturas y las pautas de cotejo.
<b>Estándar para Servicios de Radioterapia</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios, abreviaturas y las pautas de cotejo.
<b>Estándar para Unidades de Quimioterapia Ambulatoria</b>	Contiene información sobre consideraciones generales, informe de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras, reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, Glosarios, abreviaturas y las pautas de cotejo.

Fuente: Elaboración propia en base a Estándares del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales Superintendencia de Salud

Sin embargo volviendo al caso de los establecimientos de alta complejidad, durante el quinquenio 2005 a 2010, se utilizó un instrumento que contenía más de 250 indicadores, siendo excesivamente riguroso en la forma, dicotómico y centrado en la medición de aspectos estructurales. Este escenario fue modificado durante el año 2011, atendiendo a la necesidad de implementar un sistema transversal que diera cuenta de las áreas críticas del establecimiento y en consecuencia, focalizara los esfuerzos en gestión, conectando así el instrumento con el que hacer de cada día y con la visión de futuro del Ministerio de Salud.

En ese contexto, nació el nuevo instrumento de evaluación para los establecimientos autogestionados en red, que se basó en la metodología de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI), la que se destaca por ser una herramienta de carácter estratégico, que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad.

Los cambios asociados al nuevo método de evaluación, tienen que ver con la homologación de indicadores con las contrapartes técnicas del MINSAL. En otras palabras, a idénticos conceptos, misma forma de medir.

Sumado a lo anterior, se le agregaron las metas convenidas en los compromisos de gestión. Finalmente, los indicadores 100% exigibles fueron flexibilizados dentro del BSC, incorporando tablas de sensibilidad que miden progresión y proximidad.

Es así que la nueva versión del instrumento de evaluación, mantiene 48 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos estratégicos que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

Dichos indicadores, dan cuenta de todas las estrategias que se desean impulsar en estos hospitales: (1) Sustentabilidad financiera, (2) Eficiencia operacional, (3) Gestión clínica y (4) Excelencia de la atención. De esta manera, el instrumento representa a la organización y cobra sentido para los actores involucrados, quienes podrán proponer y ejecutar iniciativas, en pos del logro de sus metas.

Es importante mencionar, que según los criterios de evaluación, la aplicación del instrumento contempla mediciones mensuales y una evaluación anual, a fin de favorecer intervenciones correctoras de manera oportuna, en caso de detectarse déficit en los valores presentados por los indicadores.

**Tabla 10 Número de Indicadores según Ámbito de Control y Perspectiva**

BSC	Tema Estratégico				Total general
	Perspectiva	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Clínica	
Perspectiva Usuarios	3	2	2	4	11
Perspectiva Financiera	3	4	2	1	10
Perspectiva Procesos Internos	2	13	1	2	18
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	4	3	1	1	9
Total general	12	22	6	8	48

Fuente: Elaboración Instrumentos de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red (2013).  
Subsecretaría de Redes Asistenciales.  
Ministerio de Salud

Al 1 de Julio de 2014, sólo 40 establecimientos entre clínicas y hospitales del país que atienden patologías más complejas del AUGÉ, cumplieron su proceso de EAR. Según el registro de la Superintendencia de Salud, sólo un 38% de los establecimientos asistenciales que debió acreditar pasó el proceso.

Y si bien la acreditación de prestadores institucionales es voluntaria, cuando entre en vigencia la Garantía Explícita de Calidad de las prestaciones garantizadas por el GES/AUGE, el prestador que quiera otorgar estas prestaciones deberá estar obligatoriamente acreditado para entregar esa prestación. Escenario poco auspicioso para los hospitales públicos que reciben presupuestación capitada en función de aquellas PPV comprometidas como GES.

#### 4.4 Gobierno Electrónico

La Estrategia Digital en salud o Plan de Salud-e tiene como misión contribuir a mejorar la salud de la población a través de una gestión oportuna, eficiente y confiable de información estandarizada. Este plan busca apoyar y permitir la consecución de los objetivos sanitarios del sector a través del uso inteligente de las tecnologías de la información. En otras palabras, su desarrollo es condición necesaria para asegurar el cuidado de la salud de los pacientes, la prevención de las enfermedades y la gestión eficiente de los recursos, en un entorno sanitario cada vez más complejo.

Una de las estrategias en este marco es SIDRA, "Sistemas de Información de la Red Asistencial" y su propósito es impulsar una estrategia y un plan de acción para digitalizar los establecimientos que conforman la red asistencial de salud. La estrategia SIDRA fue creada el año 2008, momento a partir del cual ha tenido un creciente desarrollo e impacto en la red asistencial. SIDRA (2013).

La formulación de la estrategia SIDRA parte del diagnóstico que existía desde los años 90, caracterizado por un incipiente e incompleto proceso de informatización de establecimientos de salud, sin mirada de red asistencial, que fue avanzando en forma desigual. Así, la estrategia reconoce la existencia de desarrollos propios en los establecimientos, irregularmente implementados por propia iniciativa de algunos establecimientos o por instrucción de los servicios de salud, cada uno de ellos con mayor o menor grado de avance. La estrategia SIDRA tuvo en consideración la posibilidad de aprovechar en parte estas soluciones ya instaladas en la red asistencial.

Para darle sustentabilidad a la estrategia y con el objetivo de facilitar la incorporación masiva de tecnologías en el sector, en diciembre de 2008 se licitó el Convenio Marco<sup>49</sup> CM-06-2008 de Software de Salud y Servicios Informáticos Asociados, destinado a apoyar procesos básicos de informatización, en particular aquellos que apuntaban a la integración de las redes asistenciales. En esa oportunidad, fueron priorizados los siguientes componentes, tanto para el mundo hospitalario como para la APS:

- Agenda
- Referencia y Contra referencia
- Registro de Población en Control
- Dispensación de Fármacos
- Urgencia

En el convenio calificaron tres empresas, todas ellas postularon con soluciones hospitalarias (HIS) desarrolladas en el exterior. En cambio, en el ámbito de las soluciones para la atención primaria, hubo una mezcla de software desarrollado en Chile con soluciones HIS extranjeras adaptadas para APS.

La estrategia SIDRA consistía en que los Servicios de Salud que se plegaran a ella, podían contar con financiamiento provisto por el Ministerio para adquirir e implementar alguna solución disponible en convenio marco o bien alterativamente, podían acreditar sus propias aplicaciones. El proceso de acreditación consistía en una revisión funcional y técnica de las soluciones propietarias.

Se definieron dos modalidades de implementación: una “full”, que incluía los cinco componentes, y una “light” que incluía sólo dos componentes (agenda y referencia). Así surgieron las siguientes posibilidades de implementación para los Servicios de Salud.

En el año 2011, 29 servicios de salud se encontraron incorporados al proyecto con diferentes grados de implementación y alcance de componentes:

**Tabla 11 Número de Componentes por SS incorporados según Convenio Marco**

Componentes	Convenio Marco 5 Componentes	Convenio Marco 2 Componente	Desarrollo Propios Acreditados
Agenda			
Referencia y Contra referencia			
Registro de Población en Control			
Dispensación de Fármacos			
Urgencia			

Fuente: Elaboración propia en base a SIDRA (2013)  
Informe Público de Avances

<sup>49</sup> “Procedimiento de contratación realizado por la DCCP, para procurar el suministro directo de bienes y/o servicios a las Entidades, en la forma, plazo y demás condiciones establecidas en dicho convenio” Art. 2 N° 14 Ley 19.886 de Compras Públicas

En el caso de la APS, la situación era un poco más compleja, debido a la dependencia mayoritariamente municipal de ésta. Los Municipios son entes autónomos, y algunos se plegaron a la estrategia SIDRA pero otros optaron por mantener su autonomía. En este segundo caso, la integración sigue siendo un tema pendiente.

Además de lo anterior, algunos SS negociaron con los diferentes proveedores del convenio marco la incorporación de funcionalidades adicionales. Por lo tanto, en todo este período, la estrategia se centró en la implementación de componentes, con un énfasis en agenda y referencia, los que se han estado implementando en la mayor parte de los establecimientos de la red asistencial a excepción de las postas rurales.

Se le dio un segundo impulso, una vez avanzados los componentes iniciales, al registro de población bajo control (que posteriormente se convirtió en registro clínico electrónico), urgencia y dispensación de fármacos. A fines del 2011, se decidió agregar a los componentes anteriores, los siguientes: Gestión de Pabellones, Gestión de Medios de Diagnóstico, Gestión de Camas y Archivo (enlace entre ficha electrónica y en papel de un mismo paciente).

**Figura 9 Cobertura a Nivel Nacional SIDRA 2012**



Fuente: Proyectos Estratégicos, MINSAL (2012)  
Departamento Gestión Sectorial TIC

Otras de las estrategias para establecer la coordinación sistémica en y entre los distintos dispositivos de la red y sus equipos para mejorar la atención y derivación de los pacientes, recayeron en la constitución de la Oficina Central de Proyectos.

En febrero del año 2011 se constituye la Oficina Central de Proyectos TI (OCP) con el objetivo de velar por el desarrollo de la estrategia inicial SIDRA y siendo sus objetivos al inicio: Apoyar a los Servicios de Salud en el desarrollo del proyecto; asegurar el cumplimiento de los compromisos de avance, en especial los asociados a los compromisos de gestión y de los contratos; autorizar la transferencia de fondos para los servicios de salud por hito cumplido, asociados al proyecto y; coordinar y controlar a los proveedores en función de los servicios establecidos por contrato, con una mirada sectorial.

Es decir, su orientación inicial es marcadamente al apoyo a los Servicios de Salud en: la gestión de proyectos TI y como contraparte de empresas proveedoras (en el caso de las soluciones comerciales). Posteriormente, se ha ido involucrando en otros temas tales como la estandarización de procesos, interoperabilidad, definición de estándares entre otras cosas.

**Inicio de la Estandarización de los Procesos Clínicos Asistenciales:** Una de las grandes dificultades detectadas por los responsables del proyecto SIDRA, fue la falta de estandarización de los procesos (tanto clínicos asistenciales como administrativos) en los establecimientos; es decir, cada establecimiento intentaba implementar un sistema que se adaptara a su particular forma de trabajar. Esta situación hizo muy complejas las implementaciones y complicó muy seriamente a los proveedores, que se vieron obligados a realizar numerosas adaptaciones y versiones de su solución. En algún punto del proceso, esto se hizo crítico y no tenía sustento; es entonces cuando la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, a través de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) decidió iniciar un proyecto de estandarización de los principales procesos clínicos asistenciales de los establecimientos de la red de salud pública. Este proyecto culminó exitosamente una primera etapa que consideraba 11 procesos, a mediados del año 2012.

**Etapas 2 Implementación por Procesos Clínicos Asistenciales (de inicios de 2012 a la fecha):** A partir de febrero de 2012 el enfoque de las implementaciones en los ámbitos de la atención secundaria y terciaria varió hacia un enfoque de automatización de los procesos clínicos asistenciales, de punta a punta. En APS en cambio, el modelo por componentes no cambió sustancialmente, más bien se extendió a nuevos componentes, particularmente al registro clínico electrónico de todas las atenciones realizadas al paciente.

Al mismo tiempo, se redefinieron los objetivos de la estrategia, hacia habilitar el registro clínico electrónico en toda la red asistencial pública del país, desde hospitales de alta complejidad hasta los establecimientos de la APS, haciendo énfasis en la integración de los componentes de la red asistencial de salud. Teniendo como meta disponer de información:

- Para el paciente, en el lugar y en la oportunidad que la requiera.
- Para la gestión, en el ámbito local.
- Para la gestión, en el ámbito de los Servicios de Salud.
- Para la gestión, desde el nivel central disponiendo de los niveles de agregación que requiera a través de repositorios nacionales.

Para dar cuenta del objetivo general previamente especificado SIDRA se planteó para este segundo período las siguientes metas:

- Agilizar el proceso de atención del usuario en su tránsito por la red asistencial, mejorando la calidad de la misma, así como también la satisfacción usuaria.
- Modernizar los procesos de registro clínico, avanzando decididamente en establecer el RCE, aumentando así, la seguridad y disponibilidad de la información.
- Contar con una fuente única, segura, estandarizada e integrada de información
- Disminuir la duplicidad (multiplicidad) de registros. Esto es, asegurar la interoperabilidad de los distintos sistemas de información del sector.
- Implementar los principios de gestión del cambio para mejorar y hacer más eficientes los procesos de adopción usuaria, tanto en sistemas comerciales, como de desarrollo local.
- Asegurar la calidad de la información registrada en la red asistencial, resolviendo los actuales problemas, entre los cuales uno de los más importantes es el relacionado con la codificación de los diagnósticos clínicos.

Pese a los esfuerzos por reformular e implementar la nueva estrategia, SIDRA ha enfrentado otras dificultades, siendo las principales:



- Falta de estandarización de los procesos clínicos principalmente en los hospitales. En efecto, los estándares propuestos por el Ministerio no han sido acogidos por algunos establecimientos. Esto dificulta seriamente la digitalización, especialmente de los hospitales de mayor complejidad.
- Algunos proveedores en el convenio marco, han tenido serias dificultades en implementar su solución debido a la falta de experiencia y competencias de sus profesionales en el país, y a los escasos recursos asignados a la gestión del cambio.
- Falta de estándares de información adecuados al propósito de contar con un registro clínico nacional. El camino de la estandarización en Chile ha sido largo y complejo, y su foco ha estado puesto en la estadística y no en lo clínico.
- En parte derivado de lo anterior, problemas en la calidad de la información registrada.

A raíz de lo anterior, SIDRA inicia nuevas líneas de trabajo. Consecuentemente con lo señalado más arriba y para comenzar a dar cuenta de los principales problemas encontrados, a partir de 2012 se han impulsado nuevos proyectos entre los que se destacan:

- Potenciar una mesa sectorial de estándares, con el propósito de definir los estándares que la estrategia de digitalización que la red requiere. En particular, se enfatizan los estándares de Terminologías Clínicas (diagnósticos clínicos, procedimientos, fármacos entre otros).
- Implementar algunas piezas claves de la arquitectura de un Registro Clínico Nacional. Entre ellas: (Índice Maestro de Personas, Índice Maestro de Lugares Físicos, Índice Maestro de Profesiones y Especialidades, Índice Maestro de Roles y Funciones, Índice Maestro de Aseguradores).
- Iniciar la implementación de un Servidor de Terminologías que contribuya a resolver el problema de la codificación de entidades clínicas y que preste servicios a todos los establecimientos de la red asistencial.
- Construir un Repositorio Nacional de Atenciones que consolide y ponga a disposición de quienes la requieran, la gran cantidad de información registrada en las diferentes sistemas informáticos presentes actualmente en la red asistencial. Esta información es de extraordinario valor para el diseño de políticas públicas en salud, para diseñar formas más adecuadas para el financiamiento del sistema.

En definitiva, el equipo a cargo del proyecto, reconoce conscientemente de que la solución más estructural al problema de la interoperabilidad es de largo aliento y pasa por construir un entorno tecnológico favorable así como definiciones que van a tomar tiempo consensuar, no obstante aquello, ha sido necesario desde SIDRA abordar el problema de interoperabilidad entre los componentes que se han implementado y también para atender requerimientos del nivel central, priorizándose los siguientes dominios:

- Registro Nacional de Inmunizaciones.
- Registro Nacional de Lista de Espera.
- Referencia.
- Contra Referencia.
- Certificador previsional Fonasa.
- Sistema de Gestión de Garantías – SIGGES

## V. Propuesta de Modelo a la luz de los Actores

### 5.1 Trabajo de Campo y Metodología

Tal como señalamos en el enfoque metodológico de este estudio, la perspectiva cualitativa es esencial para el desarrollo de teorías y para la conceptualización de los fenómenos, asuntos o cosas que se desean investigar minuciosamente. Su prioridad es la descripción, análisis y explicación de lo interesado de forma “holística” y lo más natural posible. La descripción y explicación debe ser detallada y profunda, por eso es imperativo el uso de cuestionarios que contengan preguntas “abiertas”, que recojan el profundo sentir de los entrevistados. El análisis de los datos recogidos por la observación o por cuestionarios debe ser uno subjetivo, donde el investigador usa su preparación y su modo de ver las cosas para analizarlas. Esa subjetividad es necesaria y promulgada por los que aplican el enfoque cualitativo a sus investigaciones formales.

Sin ir más lejos, la investigación cualitativa, epistemológicamente se preocupa por la construcción de conocimiento sobre la realidad social y cultural desde el punto de vista de quienes la producen y la viven. Metodológicamente tal postura implica asumir un carácter dialógico en las creencias, las mentalidades, los mitos, los prejuicios y los sentimientos, los cuales son aceptados como elementos de análisis para producir conocimiento sobre la realidad humana. En efecto, problemas como descubrir el sentido, la lógica y la dinámica de las acciones humanas concretas, se convierten en una constante de las diversas perspectivas cualitativas. Asumir una perspectiva de tipo cualitativo comporta un esfuerzo de comprensión, entendido éste como la captación a través de la interpretación y el diálogo, del sentido de lo que el otro o los otros quieren decir con sus palabras o sus silencios, con sus acciones o con sus inmovilidades BERG (2006).

#### Trabajo de Campo

Por ello, a partir de la visión de actores relevantes en la materia, la segunda etapa de esta investigación aborda las preguntas de investigación integrando herramientas de tipo cualitativo. Para ello, inicialmente se realizaron entrevistas a cuatro expertos y trece técnicos en temáticas de salud (representantes del Estado en sus distintos niveles y de la Sociedad Civil).

Partiendo de la base del objetivo central de esta investigación –proponer un modelo-, la selección transversal de estos agentes de conocimiento se fundamentó en su participación en temas de salud y su experiencia o cercanía en el ejercicio de la gestión clínica al interior de alguno de los dispositivos de la red. Luego para la clasificación en calidad de experto se definieron criterios de agrupación a partir de su participación en materias de instalación<sup>50</sup> de una política de salud según el grado responsabilidad, influencia, cercanía, dependencia o participación en dicho proceso. Finalmente, se escogió al grupo de técnicos siguiendo la misma lógica de atributos pero ejercidos en un nivel inferior (II Nivel Jerárquico).

Asimismo, se intentó recoger desde la percepción de los actores la madurez institucional de los dispositivos de salud a partir del grado de instalación de la Reforma en sus dos niveles (sustancial e institucional); la capacidad de innovación y aprendizaje desde de la transferencia de modelos en base a la Gestión del Conocimiento y; las características, elementos y funcionalidad del Modelo preliminar de Gestión de Pacientes.

Previamente enmarcadas en las dimensiones de la Gestión en Salud identificadas a la luz de la revisión documental, las entrevistas se movilizaron por tres categorías de preguntas (Anexo 7.3); las relativas a las inquietudes teóricas (A y B1) y las relativas a la experiencia (B1 y B2). Adicionalmente, se indagó sobre las

---

<sup>50</sup> Para este caso, entenderemos por instalación de una política de salud aquella norma u orientación de carácter institucional que involucra las fases del diseño, implementación, acompañamiento y evaluación. Comprendiendo en primera instancia que este proceso se desarrolla en el nivel superior del aparato estatal, es decir a Nivel Ministerial y/o I Nivel Jerárquico.

dimensiones y los componentes susceptibles a mejorar o en su defecto generar al interior de la política de salud institucional, para garantizar el bienestar del paciente según el enfoque de derecho asociado a la calidad en su atención.

Para otorgar un cierto grado de objetividad al análisis del discurso y siguiendo las recomendaciones de Fernández (2006) se trabajó además en direccionarlo a partir del tipo de respuesta y el grado de observaciones que nos permitirían obtener (Descripciones, Interpretaciones o Inferencias). Finalmente, se construyó un código por cada tipo de respuesta facilitando la obtención de la información a través de diez categorías (Ambiente/Contexto, Proceso, Actividades, Eventos, Definición de la situación, Perspectivas, Maneras de Pensar, Estrategias, Relaciones y Estructura Social y Métodos).

Como resultado de este primer sondeo se reconocieron tanto características generales del Modelo de Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario como componentes y sub-componentes específicos enmarcados en las dimensiones analizadas y que como denominador común, a juicio de los informantes, contribuyen en mayor o menor medida a mejorar la atención de un paciente en el marco de la política de salud integral.

### Alcances de la Metodología

Es importante señalar que si bien las entrevistas aportaron información valiosa respecto al foco de esta investigación, existen algunas limitaciones referidas a la naturaleza de los análisis cualitativos. En primer lugar, para algunos autores resulta imposible hacer extensibles los hallazgos obtenidos, puesto que, a diferencia del trabajo con técnicas cuantitativas, los resultados de corte cualitativo no son generalizables.

En este sentido, nuestro análisis rescata la percepción de agentes desde una lógica de la gestión del conocimiento y si bien, reconocemos que sus percepciones no conforman un análisis de tipo representativo tal como sucede en la técnicas cuantitativas, desde el criterio de investigador experto hemos elaborado una Matriz de análisis a partir de la operacionalización de variables y las recomendaciones para el análisis de tipo cualitativo explicado en los puntos anteriores, buscando recoger los patrones de respuesta común para establecer resultados objetivos por medio método de codificación de información de los hallazgos obtenidos y por cada dimensión estudiada.

Por otra parte, al tratarse de una investigación de carácter exploratorio, el trabajo de campo sólo contó con la visión de fuentes de la Región Metropolitana, limitando por razones de tiempo y recursos la pesquisa de información; por ende, una segunda dificultad propia de los alcances de esta investigación radicó en que el análisis es acotado omitiendo las realidades regionales.

**Tabla 12 Matriz de Operacionalización de Variables y Pauta Entrevista a partir del Tipo de Código**

Dimensión	Variables	Indicadores	Pauta Entrevista	Categoría Pregunta	Tipo de Código	Código
<b>A. Madurez Institucional</b>	Claridad respecto al principio de autogestión de la reforma	Percepción común de la política	¿Cuál es tu visión del servicio público?	A1	IT2	IT2A1
		Conocimiento general de los principios de la reforma	¿Cuál es el rol de la salud pública Chilena?	A2	IT3	IT3A2
		Prioridades claras y comunes respecto a la instalación de un Proceso de Gestión de Pacientes	¿Hacia dónde crees que está orientada hoy la salud pública?	A3	IT2	IT2A3
	Adaptación de la organización en	Capacidad de reacción del establecimiento	¿Estás orientaciones hacen sentido en tu organización?	B1 2	IT1	IT1B1 2

	estados de contingencia	respecto a los cambios del perfil de la demanda –diaria o estacional- generando situaciones críticas				
	Legitimidad Institucional	Percepción de la instalación de la política	¿Debiera existir una orientación técnica y formal desde el Gobierno Central respecto a la Gestión de Pacientes?	A6	IT1	IT1A6
		Percepción de la capacidad de la autoridad competente para la instalación de la política	¿De quién depende el éxito, funcionamiento, etc. de la Gestión de pacientes?	A7	IT3	IT3A7
		Percepción de la figura del Estado como garante	¿Existe agregación de valor público en la salud pública chilena? ¿Cuál es? Según tu opinión ¿Cuál sería?	B1 3	IT1	IT1B1 3
<b>B. Innovación y Aprendizaje Institucional</b>	Desarrollo de las competencias necesarias al interior de las organizaciones	Conocimiento y comprensión de las características del sector público de salud	¿Cuánto tiempo te desempeñas en el sector público?	B2 1	D1	D1B2 1
		Elementos del sector privado en la salud como empresa pública	¿Tienes experiencia en el sector privado?	B2 2	D1	D1B2 2
		Reconocimiento de líderes que lideren la empresa –en el sentido social de ésta-	¿Qué motivó tu inserción al sistema público?	B1 1	IT2	IT2B1 1
		Reconocimiento de fuentes de Conocimiento Externas	¿Conoces qué es la Gestión de Pacientes/Gestión de Demanda/Gestión de Casos?	A4	IT2	IT2A4
		Reconocimiento de fuentes de Conocimiento Internas	¿La cultura organizacional incide en alguna medida en la Gestión de Pacientes? Según tu opinión ¿Por qué?	B1 8	IT3	IT3B1 8
			En relación a los problemas que presenta la GP ¿De quién dependen las soluciones? ¿Existe algún responsable de ello?	B1 7	IT3	IT3B1 7
<b>C. Estructura Funcional de la Gestión de Pacientes</b>	Diseño del Modelo de Gestión de Pacientes	Nuevos ámbitos de la Gestión en Salud	¿Has oído hablar de la Gestión de Pacientes?	A5	IT2	IT2A5
			¿Cómo la definirías la Gestión de Pacientes?	B1 4	IT1	IT1B1 4
			¿Qué orientación posee o hacia dónde está orientada?	B1 5	IT2	IT2B1 5
	Estructura de la Gestión de Pacientes	Estructura Funcional	¿Existe Formalmente en tu organización?	B2 3	D3 IT1	D3B2 3 IT1B2 3

			¿Existe alguna intención o discurso de integrarla? Si existe, ¿Funciona actualmente en tu organización?		IT2	IT2B2 3
			¿Qué elementos importantes debe contener la GP? ¿Cómo se estructura?	B1 9	IT4	IT4B1 9
		Efectividad en la coordinación interna	¿Existen actores de este proceso? ¿Están definidos y/o formalizados institucionalmente? Si es no ¿Están definidos a nivel central?	B2 4	D3 D2 D1	D3B2 4 D2B2 4 D1B2 4
			¿Todos tienen el mismo grado de responsabilidad en el proceso de GP?	B1 6	D2	D2B1 6
	Costos de Transacción en la instalación del Modelo	Cantidad de trámites u otras situaciones que limitan o entorpecen la gestión	Según tu experiencia ¿Existen problemas en el proceso de GP? ¿Cuáles?	B2 5	IT1	IT1B2 5
		Capacidad de resolución y respaldo institucional ante dificultades	¿Ves alguna ruta de salida al o los problemas? Estas soluciones ¿Se encuentran al alcance?	B2 6	IT3 IT4	IT3B2 6 IT4B2 6

Fuente: Elaboración propia en base a la fusión de las recomendaciones de Martín, María Pía (2012)<sup>51</sup>; Barzelay M. y Cortázar J. (2004)<sup>52</sup> y Bogdan y Biklen (1992) en Fernández L. (2006)<sup>53</sup>

## 5.2 Dimensiones Observadas desde la visión de los Actores

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se escogieron diferentes categorías atendiendo las tres dimensiones planteadas en esta investigación: Madurez Institucional, Innovación y Aprendizaje Institucional y Estructura Funcional de la Gestión de Pacientes. En cada dimensión se discriminaron una serie de variables respondiendo a indicadores –aportados por los distintos actores seleccionados de antemano– vinculados directamente a los tipos de preguntas previamente categorizadas las que finalmente se traducen en información codificada y manejable que alimenta las preguntas centrales de este estudio, permitiéndonos deducir, inferir o rescatar aquellos elementos principales de gestión contenidos traducidos en nuestro modelo propuesto.

### Resumen de las Dimensiones y Variables observadas

Con la finalidad de facilitar la comprensión de los hallazgos obtenidos por medio del estudio de contenido de los actores claves, se presentan tres cuadros –uno por cada dimensión– que resumen el análisis a fin de introducir al lector en la materia. A su vez para una revisión en detalle se elaboró un cuadro que reúne la definición de cada código obtenido por medio de la interpretación del discurso de las fuentes consultadas. (Anexo 7.6)

<sup>51</sup> “Taller de Tesis II”. Magíster en Gestión y Políticas Públicas; Departamento de Ingeniería Industrial; Universidad de Chile.

<sup>52</sup> “Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencial social”. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D. C.

<sup>53</sup> “Ficha para investigadores ¿Cómo analizar datos cualitativos?”. Universitat de Barcelona Institut de Ciències de l'Educació Secció de Recerca

**Cuadro 2 Resumen Dimensión Madurez Institucional**

<b>Código</b>	<b>Tipo de Análisis</b>	<b>Descripción de la Dimensión</b>
<b>IT2A1</b> <b>IT2A3</b> <b>IT2A6</b> <b>IT2A7</b> <b>IT3A2</b>	Interpretación de los temas expuestos en función a inquietudes teóricas definidas por perspectivas y maneras de pensar de las fuentes.	<p>Estado Garante que debe responder por mandato las necesidades de la población a través de servicios eficientes y de calidad. Para ello, debe proteger, promover y fomentar la salud de las personas en función a los distintos niveles de atención. En sentido los Gestores Públicos deben poner al servicio de la población todas las herramientas técnicas a fin de resolver las necesidades de manera integral. Y si bien, prevalece lo curativo pese a que énfasis está en lo preventivo y promocional, la orientación está dirigida a la satisfacción usuaria de pacientes cada vez más activos, con derechos y expectativas claras.</p> <p>Para esto podemos señalar que en el contexto actual las orientaciones de la salud pública están presentes en todos los niveles de la acción pública claro si con los matices propios al área de desempeño. Dichas orientaciones se traducen en la estrategia nacional de salud para la década, los planes de calidad y potenciamiento de la gestión interna. Condiciones que se traducen en el Valor Agregado que no es otra cosa que el compromiso social y espíritu de servicio de quiénes hoy trabajan en los dispositivos públicos de salud. La calidad técnica del profesional público que se transforma en un gestor de conocimiento, que lo pone a favor de la atención progresiva y a facilitar el acceso oportuno a la salud. Características que nos hacen comparables con otros países de mayor desarrollo.</p> <p>En este sentido y con el fin de potenciar la atención integral en favor de la población y la solución de su problemática de salud es que a partir de la función de Rectoría el Ministerio de Salud debe levantar, diseñar y modelar las orientaciones técnicas pertinentes para la instalación de un Modelo de Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario que contribuya a dicha misión. Finalmente para el éxito de esta estrategia debe considerarse la responsabilidad compartida según el ámbito de acción de cada nivel. Debe estar fundado en el trabajo en equipo. Ser instalado a partir de un proceso participativo y de carácter institucional, que delimite la responsabilidad por cada actor según los distintos niveles del proceso.</p>
<b>IT1B1 2</b> <b>IT1B1 3</b>	Interpretación de situaciones definidas a partir de las explicaciones aportadas por las fuentes en función a sus inquietudes teórica o experiencias.	

Fuente: Elaboración propia en función a Tipo de Pregunta y Tipo de Código

**Cuadro 3 Resumen Dimensión Innovación y Aprendizaje Institucional**

<b>Código</b>	<b>Tipo de Análisis</b>	<b>Descripción de la Dimensión</b>
<b>D1B2 1</b> <b>D1B2 2</b>	Descripción del ambiente y contexto en función a la experiencia remita por las fuentes.	<p>Las percepciones y opiniones de las fuentes arrastran un alto nivel de conocimiento y comprensión de las características del sector público que se traducen en la experiencia rescatada por más de 10 años. El grado de aportación de elementos privados hacia el público, aunque estos sean mínimos se da sólo a nivel jerárquico superior; es más pareciera ser que mientras más años en sector público menos años en el privado.</p> <p>Pese a ello, el sistema se caracteriza por contar con profesionales convencidos de la figura del deber ser, posición que da cuenta del compromiso social, la convicción y la vocación de servicio que motivan la acción hacia estados de mayor calidad y eficiencia en favor de los pacientes.</p> <p>En cuanto a las transferencias de conocimiento para la innovación y aprendizaje institucional, se observa que existe sólo un vago conocimiento del término Gestión de Pacientes, sin embargo, hay propuestas para el marco de referencia. El resto de los modelos es desconocido, por lo que no se reconoce el uso de fuentes externas de conocimiento.</p> <p>Finalmente, la complejidad de las organizaciones asociadas la salud está determinada principalmente por la cultura de las personas que la integran. La resistencia al cambio está condicionada principalmente por la figura del burócrata detrás de un escritorio que hace todo lo posible por impedir nuevas prácticas, personas que arrastran paradigmas que las alejan del fin central de la empresa de la salud y que demás imposibilitan cualquier iniciativa o atisbo de desarrollo.</p>
<b>IT2A4</b> <b>IT2B1 1</b> <b>IT3B1 7</b> <b>IT3B1 8</b>	Interpretación de temas expuestos en función a las inquietudes teóricas o experiencias explicadas según perspectivas y maneras de pensar de las fuentes.	<p>En este sentido, podríamos concluir que permanentemente se potencia la gestión del conocimiento al interior de las organizaciones aunque éstas se vean mermadas por algunos atípicos que todavía permanecen en el sistema y esto se sustenta en que existe una visión integrada de la red para la solución de problemáticas asociadas a la gestión de pacientes. Reconociendo como principal motor y responsable a la figura del Gestor de Redes, aunque se enfatiza un trabajo conjunto y en equipo.</p>

Fuente: Elaboración propia en función a Tipo de Pregunta y Tipo de Código

**Cuadro 4 Resumen Dimensión Estructura Funcional de la Gestión de Pacientes**

Código	Tipo de Análisis	Descripción de la Dimensión
<p><b>D1B2 4</b>  <b>D2B1 6</b>  <b>D2B2 4</b>  <b>D3B2 3</b>  <b>D3B2 4</b></p>	<p>Descripción del Ambiente y Contexto del proceso y actividades en función a las inquietudes teóricas explicadas y descritas por la experiencia de las fuentes.</p>	<p>En el escenario actual, se desprende que al interior de la salud los agentes reconocen la gestión de pacientes como tema que está presente, no necesariamente como un modelo, pero sí como una necesidad o una acción propia del quehacer que debe implementarse. La definición del objetivo no debe perder de vista la continuidad, integralidad, coordinación, priorización, resolución del problema de salud del paciente a lo largo de su proceso de atención. Para esto, tiene que contemplar el uso eficiente de recursos que deben gerenciarse de manera óptima.</p> <p>El centro del modelo sigue siendo el paciente y la orientación es resolver su problemática a lo largo de la red pública de manera continua e integral.</p> <p>A nivel local no está formalizado como un modelo de gestión, sin embargo, las prácticas están orientadas hacia allá. En el plano superior, se está trabajando en las orientaciones que formalicen este proceso a nivel hospitalario.</p> <p>Las autoridades tanto del nivel central como a nivel local, reconocen que la gestión de pacientes es una estrategia necesaria para fortalecer la gestión hospitalaria en una primera instancia y que puede ser replicada a nivel de red.</p> <p>En algunos dispositivos nació espontáneamente a partir de las necesidades y exigencias del período. Funciona a partir de reglas y relaciones informales que han ido tomando cuerpo con el correr del tiempo.</p> <p>Por esto y para el diseño del Modelo debe considerarse elementos constitutivos desde el punto de vista de procesos (Gestión Clínica, de Camas, de Calidad, Hospitalización Domiciliaria). Establecer dos ámbitos de acción uno estratégico y otro operativo o funcional. Dentro de las recomendaciones salta a la luz la Gestión del Cambio y recurso humano escogido bajo un sistema meritocrático (competencia v/s incentivo económico).</p> <p>A su vez se reconocen actores a lo largo de los distintos niveles de atención de la red pública. Entre ellos, el gestor de redes, el director, el subdirector de gestión clínica, encargado de unidad y su equipo. Pero más allá de ello, se enfatiza que todos quienes son parte del proceso de atención de un paciente entran en este modelo.</p>
<p><b>IT1B1 4</b>  <b>IT1B2 3</b>  <b>IT1B2 5</b>  <b>IT2A5</b>  <b>IT2B2 3</b>  <b>IT3B2 6</b>  <b>IT4B1 9</b>  <b>IT4B2 6</b></p>	<p>Interpretación de situaciones, perspectivas, maneras de pensar y estrategias; explicadas y descritas a partir de las inquietudes teóricas y experiencias aportadas por las fuentes.</p>	<p>En algunos de los casos está formalizado, sin embargo en la mayoría, la gestión de pacientes ha surgido de manera espontánea y que con el paso del tiempo ha sido reconocida y apoyada a nivel directivo. Desde las aportaciones de las fuentes se declara que no existe una orientación formal desde el nivel central al respecto. Sin embargo, se está trabajando en ello y se reconoce que desde allí deben surgir dichas orientaciones.</p> <p>Según las fuentes es la comunidad hospitalaria la responsable de la gestión de pacientes. No está muy claro si ésta es uniforme o gradual dependiendo del cargo, función o distribución jerárquica que se ocupe. Pese a ello a nivel superior se toca nuevamente la figura del gestor de redes como aquel con mayor responsabilidad en este proceso.</p>



		<p>Dentro de las dificultades con mayor repercusión es la resistencia al cambio que existe al interior de las organizaciones de salud. Instituciones complejas que enfrentan altos grados de insularidad, compromiso ausente de las autoridades y comunicación inefectiva entre quienes la integran. Sin ir más lejos, estas condiciones son totalmente contrarias al principio fundamental del modelo de atención integral en red; un supuesto crítico a la hora de intentar implementar un Modelo que depende fuertemente de las personas.</p> <p>Por último, se plantea abiertamente que hay soluciones, sin embargo, pocas fuentes aportan ejemplos concretos. Pese a ello, las principales resoluciones radican en la gestión del cambio y del conocimiento, las buenas prácticas y el benchmarking. A su vez potenciar en el ámbito del respaldo institucional la capacidad que se traduce en el trabajo conjunto, colaborativo, coordinado y cohesionado a partir de la instalación de buenas políticas, empoderamiento institucional y liderazgo horizontal.</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración propia en función a Tipo de Pregunta y Tipo de Código

Posteriormente cada una de las dimensiones se analizó en función a sus variables, se revisaron los dichos las fuentes de información en su calidad de Expertos<sup>54</sup> (E N°) y de Técnicos (T N°) rescatando los discursos representativos bajo el criterio del investigador. Para ello y sólo en los casos de consenso se describirá una pregunta integrada<sup>55</sup> por cada tipo de actor.

### Dimensión Madurez Institucional

En el caso de la Dimensión Madurez Institucional la variable central busca observar **la claridad respecto al principio de autogestión de la reforma**. Para ello, la primera aproximación radicó en revisar la visión de servicio público, el rol de la salud pública y las orientaciones de la salud chilena actual.

En este sentido tanto expertos como técnicos poseen una mirada compartida respecto a la figura del Estado como un garante cuyo rol es el de asegurar servicios eficientes y de calidad a fin de responder las necesidades de la población. A su vez se deduce existe un conocimiento generalizado sobre las directrices en materias de salud y como estas se traducen en la estrategia nacional de la década, los planes de calidad y en el potenciamiento de la gestión interna

**Visión de Servicio Público:** En general rescatamos a partir de la pregunta ¿Cuál es tu visión del Servicio Público? La percepción común de la política pública. Entre las respuestas tanto de expertos como técnicos existe consenso a la hora de describir dicha visión:

*“Yo creo que debemos aunar esfuerzos, invitar a la gente a trabajar en grupo, generar espacios de involucramiento y participación de manera que las personas que están a cargo de uno den el máximo”.* (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

*“Para mí el Servicio Público es el Estado, como garante de dar servicios de calidad a la gente de acuerdo a los recursos”.* (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

<sup>54</sup> Es importante agregar que todas las fuentes o informantes en calidad de Expertos pertenecen al Gobierno Central; es decir, ocupan algún puesto en los mandos medios, donde principalmente se establecen las orientaciones técnicas o normas que rigen operativamente la acción pública de la salud a nivel local.

<sup>55</sup> Es importante destacar que el concepto de respuesta integrada responde a los patrones comunes y de consenso observados en los dichos de los agentes expertos como técnicos.

*“Existe una pequeña estrategia o gesto de darle solución a la gente, darle lo que necesita (un gesto una acogida), hoy existe otro espíritu el responder con calidad y eficacia”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *Visión de Estado Garante que se esfuerza por solucionar a partir de los recursos que dispone los problemas de población de manera eficiente y con calidad.*

*“Yo creo que el sector público está mandado a cubrir las necesidades de la gente, que en el fondo es el rol del estado en todos los ámbitos del servicio público y en eso creo que los funcionarios que trabajamos en el servicio público no podemos perder de vista que nuestro foco son las personas”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“El estado debe garantizar seguros de calidad con el fin de resguardar a la población”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *El Servicio Público está mandado a responder las necesidades de la población con los recursos que se dispone; y si bien el este es un campo de batallas políticas, quienes trabajan el sistema no deben olvidar que el foco está en las personas. Para ello, debemos entender que es nuestra responsabilidad es garantizar servicios eficientes y de calidad por medio de un sistema coordinado.*

**El rol de la Salud Pública:** Desde la pregunta ¿Cuál es el rol de la salud pública chilena? Se recogió el conocimiento general respecto a los principios inspiradores de la Reforma (Acceso, oportunidad, calidad y equidad) que se traducen en el Modelo de Atención Integral.

Existe un claro énfasis en fomentar lo promocional y preventivo de la salud. A su vez existe consenso en la importancia de contar con gestores públicos capaces de responder las necesidades de la población de manera integral.

*“Otorgar las oportunidades adecuadas, haber un trabajo en Red. Una unión perfecta entre la atención primaria, secundaria y terciaria... Ahora la atención primaria debería depender del Ministerio de Salud y no de las municipalidades, ya que tienen otros predicamentos otros objetos y que muchas veces son personales del Alcalde”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“Resguardar la salud de la población, poniendo al servicio todas las herramientas técnicas, como de servicios, las financieras”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Proteger, promover, fomentar la salud de las personas”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Proteger, llevar prevención, bienestar y solucionar los problemas de la gente”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *Proteger, promover y fomentar la salud de las personas; poniendo al servicio todas las herramientas técnicas. Una unión perfecta entre la atención primaria, secundaria y terciaria. Para ello, la salud primaria debería des municipalizarse.*

*“El primer concepto que nosotros tenemos que aprender, que hoy en día la salud no alcanza para todos, y tenemos que trabajar en base a eso, equivocadamente se pensó que se podía dar mayor funcionamiento a la salud entregándole la salud primaria a los municipios pero cuando tú le entregas la salud primaria a los municipios le entregas el recurso, donde la mayoría de los municipios están quebrados, por lo tanto cualquier recurso sirve para otras cosas menos para la salud”. (T1 Director Hospital San José)*

*“Yo creo que es fundamental la salud pública piensa que atiende a la mayor población posible...por lo tanto los índices y todas las estadísticas se mantiene gracias a la salud pública, a lo que logra, a las coberturas que logra, a la atención de la gente”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“Para mí claramente es darle atención de salud a la mayor cantidad de gente posible, atender sus necesidades, con el tema de una salud integral”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)*

*“El rol de los gestores públicos, es que deben hacer lineamientos a nivel del país”. (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)*

*“Con los recursos que hay en el sector público tenemos usarlos eficientemente para mejorar la calidad de atención que tenemos”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *El rol de los gestores públicos es darle atención de salud a la mayor cantidad de gente posible, atender sus necesidades de manera integral; usando eficientemente los recursos disponibles para mejorar la calidad de atención de la población*

**Orientación de la salud actual:** En este punto la interrogante ¿Hacia dónde crees que está orientada hoy la salud pública? Direccionó las respuestas hacia rescatar prioridades claras y comunes respecto a la instalación de un Proceso de Gestión de Pacientes. Esto debido a que la base de esta la orientación radica en que el foco es el paciente, ya no como un individuo aislado sino como uno sujeto que forma parte de un entorno familiar y social, que debe ser satisfecho a los largo de los distintos niveles de atención y de manera integral. Para ello, lo central es lo preventivo y lo promocional.

Tanto expertos como técnicos concuerdan en que si bien existe un discurso hacia lo preventivo y promocional de la salud, en la acción prevalece lo curativo. Pese a ello, el centro es el paciente y su satisfacción.

*“Mejorar la calidad de vida de las personas y que la gente tenga una participación más activa en esta materia”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Sigue hacia lo curativo, pues falta educar a la población en este sentido. Al mismo tiempo también se ve que además está orientada principalmente hacia el paciente (satisfacción usuaria) en donde se encuentran ciudadanos con derechos (Derechos fundamentales)”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Todavía no está orientada completamente al paciente, pero si ha habido un giro en ese sentido”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *Si bien el énfasis está en lo preventivo y promocional hoy prevalece lo curativo. Pese a ello, la orientación está dirigida a la satisfacción usuaria, pacientes más activos con derechos y expectativas.*

*“Independientemente el gobierno que este de turno de izquierda derecha arriba abajo, si no forma una política desde un principio, y políticas duras de cambio de las reformas de desprivatizar la salud, en definitiva si hoy día vemos, dicen se quiere privatizar la salud, la salud se privatizó hace rato y se privatizó con el AUGE. El AUGE fue el primer paso a la privatización de la salud, los famosos POA, o sea es que yo tengo un médico desde las ocho de la mañana hasta las doce del día que me haga una sola cirugía y desde las cinco de la tarde hasta las ocho de la noche me hace ocho y esas me las cobra adicional eso ya fue la privatización de la salud”. (T1 Director Hospital San José)*

*“Tenemos mucho el discurso de la promoción y en lo prevenible hacemos muy poco, yo creo que hay ahí que enfocarse mucho, porque naturalmente claro tenemos carencia de recursos una alta demanda, pero podemos tener menos demanda si nos hacemos cargo de los temas promocionales y preventivos”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)*

*“O sea satisfacer a los usuarios de todas maneras, a dar mayor cobertura mejor salud siempre”. (T3 Subdirector de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“Como te mencioné en la pregunta anterior, hoy está orientada principalmente a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes que consultan en cada uno de los centros que componen la salud pública (la red)”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Hoy en día está orientada hacia otros problemas que no son esenciales, está orientada a lo que es el tratamiento de las enfermedades. Estamos atrapados en el tratamiento y hay una deuda tremenda con la prevención y la rehabilitación”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *Existe un discurso en lo preventivo y promocional, sin embargo, la acción prosigue en lo curativo. Es decir, resolverle los problemas a la población tratando enfermedades.*

**Organizaciones adaptativas según las nuevas orientaciones:** Otros de las variables que ayudaron a comprender y definir la dimensión es la **Adaptación de la Organización en estados de contingencia**, para ello, se utilizó la pregunta *¿Estás orientaciones hacen sentido en tu organización?* Cuyo objetivo apuntó a rescatar la capacidad de reacción del establecimiento respecto a los cambios de perfil de la demanda –diaria o estacional- que genera situaciones críticas.

Si bien, ningún actor describió características específicas de cómo su organización en particular ha sobre llevado el proceso de adaptación ante el nuevo modelo de atención, ni tampoco hubo alusión a hechos concretos de cómo la institución ha enfrentado situaciones críticas que los han obligado a adaptarse y generar cambio, las organizaciones desarrollan este proceso adaptativo según cada circunstancia. Además hay un claro acento en que el cambio de mayor envergadura radica en la concepción central de la política “el paciente es el centro”.

Este nuevo enfoque ha obligado a cambiar la visión al interior de las organizaciones, direccionando el quehacer indistintamente el nivel o ámbito de acción, hacia lograr la satisfacción del paciente.

*“Sí, se ha retomado la satisfacción usuaria, se ve en las líneas temáticas y en los modelos (diseños) de procesos que dan muestra que estamos en función del usuario”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Sí y se debe tener presente que el paciente es el cliente final”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *Las instituciones, temáticas y esfuerzos están orientados a la satisfacción usuaria, viendo al paciente como el cliente final.*

*“Yo creo que eso se refleja mucho en los resultados que hemos tenido este último periodo”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)*

*“Están en el ADN de las personas que trabajan aquí”. (T3 Subdirector de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“Si absolutamente, es lo que llevamos trabajando hace un tiempo y sobre todo en temas de calidad”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)*

*“Si en el fondo acá se operacionaliza la política pública, las políticas públicas están en función de un lineamiento a nivel central”. (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)*

*“Si, hay una herramienta que direcciona los esfuerzos sanitarios que es la estrategia nacional de salud que en la década anterior fue el objetivo sanitario que se cumplió menos de la mitad, y ahora la década 2011, 2020 está la estrategia nacional de salud que defina que queremos para el 2020 eso es lo que nos guía en todo los ámbitos también prevención, recuperación, rehabilitación etc.” (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Existe una declaración que da muestra de la necesidad integral de los pacientes. Es poner al centro al paciente desde la cúpula hasta la base. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

*“Aunque falta gestión interna, hay un camino que va hacia él. Busca calidad”. (T11 Jefe Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** Las orientaciones en salud son una declaración sobre poner al paciente al centro. Un sentir que es parte del ADN de las personas que trabajan en el sistema público. En el fondo, estas orientaciones radican en la estrategia nacional para la década, que es una manera de operacionalizar la política pública.

La última variable que nos propusimos evaluar dentro de la Dimensión de la Madurez Institucional, es el Concepto de **Legitimidad Institucional**. En este caso revisamos tres indicadores la percepción de los actores ante la instalación de la política actual, la capacidad con la que hoy cuentan las autoridades y el reconocimiento de la figura del Estado como un garante del bienestar de la población.

**Percepción de la instalación de la Política:** Desde la pregunta ¿Debiera existir una orientación técnica y formal emanada desde el Gobierno Central respecto a la Gestión de Pacientes? Quisimos conocer la percepción de la instalación de la Gestión de Pacientes como política y quién recae la responsabilidad de esta instalación.

*“Sí absolutamente, por supuesto con el mismo mecanismo de participación y coordinación, escuchando principalmente a los actores locales que podrían diferir del modelo propuesto”.* (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

*“Como función el Ministerio debe entregar orientaciones técnicas (formalizar) previo debe existir un levantamiento creado de forma participativa”.* (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

*“Sí, por supuesto es la tarea del ministerio”.* (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

*“Sí, pero es importante considerar los recursos, dependemos de estos para desarrollarlo”.* (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** Todas las fuentes están absolutamente de acuerdo que debe diseñarse desde el nivel central (Ministerio) una orientación técnica formal respecto a la Gestión de Pacientes desde el punto de vista de Política Pública. Y que para el diseño deben existir mecanismos de participación, coordinación de los actores locales.

*“Absolutamente, de eso depende también el éxito de la Gestión de Pacientes”.* (T2 Director Hospital Félix Bulnes)

*“Debiera ser levantada desde el Gobierno Central”.* (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)

*“Sí, siempre la orientación técnica te ayuda a ordenarte y así para que todos los hospitales vayan en la misma línea.”* (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

*“Sí absolutamente. Es el ministerio en su función de rectoría la que debe levantar políticas o normas que rijan nuestra acción”.* (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)

*“Es necesario, bueno dijimos que tenía que estar aquí instituida desde el director y el equipo directivo manejar esto, pero tiene que venir una política desde el lugar central”.* (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

*“Sí, sin embargo, por lo que te decía yo creo que el rol del servicio de salud también en este tema debe relevarse un poco más y hemos estado siendo solo espectadores del proceso. Ahora debemos ser actores protagónicos en esta materia de Gestión”.* (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)

*“Está asumido el concepto y de una u otra forma tenemos que trabajarlo. Es importante tener el apoyo central”.* (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)

*“Sin duda”.* (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)

*“Sí, es necesario una resolución que se le otorgue a cada unidad”.* (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)

“Sí, levantada desde la participación”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)

**Respuesta Integrada Técnicos:** *En el caso de los informantes técnicos<sup>56</sup> 11 de 13 declaran abiertamente que la Gestión de Pacientes debe emanar como política desde el nivel central, no perdiendo el foco en lo participativo y protagónico de las bases en el diseño e instalación del modelo.*

Finalmente, podemos concluir que los expertos se reconocen a sí mismos como plenos responsables del diseño, difusión de las orientaciones que den cuerpo al proceso de gestión de pacientes, a su vez comprenden la importancia de la etapa de acompañamiento. Los técnicos por otra parte, concuerdan absolutamente en que es el Gobierno Central quién debe liderar este proceso en todos sus niveles.

**Capacidad de la autoridad Competente para la instalación de la política:** Para recoger las aproximaciones iniciales respecto a los actores del proceso de Gestión de Pacientes introdujimos la discusión por medio de la interrogante ¿De quién depende el éxito, funcionamiento, etc. de la Gestión de Pacientes? Las respuestas nos orientaron sobre la percepción de los actores ante la capacidad de la autoridad competente para la instalación de la política y algunas consideraciones generales al momento de la implementación.

Entre los hallazgos de mayor relevancia salta a la luz la figura de la red coordinada; es decir tanto expertos como técnicos convienen en un Modelo de Gestión en el que existen responsables a todo nivel. Por tanto, creemos pertinente destacar que el Modelo de Gestión de Pacientes debe ser concebido como un sistema de gestión replicable en cada uno de los niveles de atención de la salud pública.

*“De una buena organización de la cúpula MINSAL hasta el nivel local de la gestión del servicio. En la medida que todos participemos y tengan la opción de dar sus ideas la cosa va a funcionar. Empoderando a los actores”.* (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

*“En todos los niveles hay un responsable. A nivel central que envíen las orientaciones y los flujos que estén claros. A nivel intermedio en los servicios de salud debiera existir alguien que conecte el sistema hospitalario con los otros centros de salud, pues la Gestión de Pacientes puede estar en todo los niveles. Y a nivel local los directores de hospital son los que tienen a cargo el éxito de los procesos, los directivos y que ellos deleguen algún tipo de función, pero que la cosa funcione o no depende del equipo directivo”.* (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

*“De todos los Actores”.* (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** *En todos los niveles hay un responsable. Desde la cabeza a nivel ministerial hasta la gestión local. Es una tarea de todos los actores.*

*“Depende el éxito de la Dirección del hospital, del equipo directivo, si el equipo directivo no está consciente de que sea una buena herramienta...Depende de las manos y compromiso de cada funcionario, desde el tipo que hace al aseo hasta el medico jefe del servicio”.* (T1 Director Hospital San José)

*“Como equipo directivo y la unidad”.* (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)

*“De (...) nivel central, con el servicio de salud, el ministerio, la atención primaria, y del mismo hospital, de la labor que desempeñamos acá”.* (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

*“En su raíz del MINSAL y equipo directivo”.* (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

*“Para mí es obvio que tiene que ser un proceso institucionalizado si la institución está aprendiendo que más allá de un proceso de gestión de camas además dejar el director un poco de lado en este caso el subdirector es tan válido como el*

---

<sup>56</sup> Esto equivale a un 85% de adhesión, sin embargo, es importante rescatar que uno de informantes, ajeno a esta medida no expresa directamente su negativa sino más bien enfatiza que en su institución dicha práctica o modelo de gestión surgió espontáneamente. Por lo tanto, el nivel de aprobación para que surja una orientación sobre la Gestión de Pacientes alcanza 92%.

director en el ámbito institucional por eso te digo que el rol clave del subdirector es porque esto tiene que ser institucional (...) Además el rol del servicio como el servicio de salud es institucionalizar este proceso". (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)

"Depende del concepto sobre la gestión de pacientes y a su vez de las personas que entran en el proceso y la institución desde la dirección". (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)

"Depende del trabajo en equipo". (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)

"A nivel central un responsable, un flujo. SSN coordinación. Local/directivos delegar funciones". (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)

**Respuesta Integrada Técnicos:** Si bien algunos señalan que el éxito depende la participación de todos los niveles, en este ámbito los técnicos ponen el énfasis en la figura local de la red, desde el SS hasta el establecimiento. Pese a ello, señalan elementos necesarios como el trabajo en equipo, participativo, institucionalizado.

**Figura del Estado como Garante:** Por último, era importante comprender si el grueso de los agentes públicos reconoce la figura del Estado como garante en cualquiera de sus ámbitos; calidad, acceso, oportunidad, atención progresiva entre otros. Para esto, direccionamos la conversación hacia la noción de agregación de valor público por medio de la pregunta ¿Existe agregación de valor público en la salud pública chilena?

Los expertos conciben la garantía de Estado en materias de salud desde la política pública, en cambio a nivel de técnicos la concepción circunda en aspectos prácticos y que tienen relación al quehacer. Pese a que no exista concordancia entre tipos de fuentes respecto a una visión de garantía uniforme, es significativo destacar que ninguno desconoce la figura del Estado Garante.

"El valor público tiene que ver con cosas más prácticas como la atención progresiva del paciente". (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

"Si tiene un valor agregado, ahora yo creo que se traduce en la mejor cobertura, se están abriendo centros en lugares más alejados. La oportunidad de que la persona tenga acceso". (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

"Sí, la calidad técnica porque con pocos recursos y deficiencias estructurales (ajuste de normas básicas) existen índices e indicadores comparables a otros países con mayor desarrollo. También existe un mejor nivel de profesionales en la salud que son autoexigentes consigo mismos y con el sistema". (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** El Valor Agregado radica en la Atención Progresiva; mejor cobertura, oportunidad y acceso. Estos principios se traducen en la calidad técnica que nos hace comparables con países de mayor desarrollo y al nivel de profesionales con los que se cuenta hoy.

"Es el compromiso de la gente que trabaja en los hospitales". (T1 Director Hospital San José)

"La población chilena tiene cobertura de enfermedad". (T2 Director Hospital Félix Bulnes)

"Para nosotros (...) es una escuela gigante, que aprendes cosas que quizá en la privada no; (...) pues el foco es el paciente. Cada uno a mi juicio le agrega valor dependiendo de su quehacer en el hospital, los funcionarios públicos son más pasivos que en la privada, pero un alto porcentaje de trabajador público saca la vuelta, hay pocas herramientas para desacerté de la gente que no sirve". (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

"Si por supuesto, todos los indicadores que tiene el país". (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)

*“Yo creo que le dan valor todas estas actividades que se hacen con respecto a la ciudadanía, todo lo que tiene que ver con estos consejos consultivos que se llaman a los usuarios para que opinan sobre la atención”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)*

*“Creo que el valor principal que tiene el sector público, al menos hasta el momento, es que genera conocimiento técnico y genera conocimiento poblacional; todo el conocimiento de normativa viene del sector público, y que la gente sabe que si tiene una enfermedad grave dice ha vamos al sector público. (...) es decir, la experiencia en la gestión del conocimiento”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Que hemos puesto nuestro compromiso personal, con el compromiso social”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)*

*“Hoy en día la agregación de valor pública tiene que estar al servicio de las personas, tratar de acercarse lo más posible a las necesidades de las personas”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

*“El espíritu de servicio”. (T11 Jefe Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Si, se traduce en la cobertura y en la oportunidad al mejor acceso”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *El valor público está dado por el compromiso de la gente, su espíritu de servicio, su compromiso en social, en ser transmisores de conocimiento en pos de las personas a fin de otorgarle cobertura y acceso oportuno a la salud.*

### **Dimensión Innovación y Aprendizaje Institucional**

La Dimensión Innovación y Aprendizaje Institucional intenta rescatar desde la Gestión del Conocimiento transferencias de modelos que aporten al de Gestión de Pacientes. Del análisis de las entrevistas se recogen las ideas, percepciones y experiencias de los actores entorno al quehacer de salud y su opinión respecto al **desarrollo de competencias necesarias al interior de las organizaciones**. Para esto se analizaron cinco ideas fuerza; conocimiento del sector de salud pública, características del sector de salud privado, la figura del gestor público y su liderazgo en el sector y la transmisión de conocimientos de fuentes internas como externas.

**Características del Sector Público de Salud:** A partir de la pregunta ¿Cuánto tiempo te desempeñas en el sector público? Intentamos establecer un parámetro comparativo respecto al conocimiento y comprensión de los cambios que ha experimentado el sector de salud público; a partir de la práctica traducida en años que dan cuenta de una mayor o menor grado de experiencia de las fuentes en esta materia. Es decir, podríamos suponer que a < años en el sector más conocimiento y mientras a > años menor conocimiento del sector, su quehacer y particularidades.

En el caso de las fuentes de expertos consultadas se observa que el 75% de ellas se ha mantenido en promedio en la salud pública por más de 37 años y el otro 25% no menos de cinco años. En cuanto a los técnicos se aprecia que el 23% de ellos lleva entre 1 a 10 años en el sector, el otro 23% lleva en 11 a 20 años y un 54% restante lleva más de 21 años. Cabe destacar que en este último caso un 38% de las fuentes lleva más 26 años en el sector.

A raíz de lo anterior, podemos suponer que las opiniones, experiencias, percepciones y expectativas vertidas por las fuentes consultadas a lo largo de este estudio son reflejo del conocimiento que poseen del sector dado los años que llevan insertos en él.

*“40 Años, estuve 4 años y medio en el sur como General de Zona y mi servicio era orientado a la población”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*



*“Desde 1978 como Médico General de Zona, después hice la beca y me fui de residente hasta llegar a ser Jefe de Unidad. Por último, llegué a ser Subdirector y Director de Hospital y me encuentro en la DIGERA” (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“5 a 6 años, estuve en el Servicio de Salud Oriente en el Hospital Luis Tizné y actualmente llevo 3 años en MINSAL”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Desde el año 1977, 36 años aproximadamente”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *experiencia y conocimiento aportado por más de 34 años de trayectoria en el sector público.*

*“Dos años y medio, desde agosto del año 2010”. (T1 Director Hospital San José)*

*“Como 15 años trabajando en distintos lugares, y aquí en el hospital 3 años y medio”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)*

*“35 años voy a cumplir y en el hospital 24 años”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“Cuatro años y medio”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)*

*“Tengo trece años en el sector público”. (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)*

*“Desde 1987 a la fecha, como 26 años”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)*

*“22 años, desde que egresé siempre en el sistema público”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Desde 1990, 22 años”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)*

*“Desde que me recibí hace 30 años”. (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)*

*“Cerca de 30 años”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

*“Desde 2011 a la fecha” (T11 Jefe Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“31 años”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Desde el año 1997, o sea 15 a 16 años. Empecé en el hospital de Chillán en la UCI adultos, después me fui de enfermera de Pediatría y en la unidad de Neonatología. Finalmente estuve 4 años en el SAMU y después me vine para acá a la DIVAP a la Unidad Respiratoria”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *Experiencia y conocimiento aportado en tres niveles; alta aportación (22 a 35 años), media aportación (13 a 17 años) y baja aportación (1 a 5 años).*

**Elementos del Sector Privado:** La experiencia es un medio que canaliza el conocimiento, permitiendo transmitir buenas o malas prácticas que se han adquirido al correr los años. En este sentido, vimos como una aportación apreciar por medio de la interrogante ¿Tienes experiencia en el sector privado? Aquellos elementos propios del quehacer del sector privado hacia el sector público.

Manteniendo el mismo criterio del punto anterior concluimos que en este caso los resultados son indirectamente proporcionales. Las fuentes consultadas en su mayoría no tienen o muy poca experiencia en el sector privado.

*“Sí, trabajé paralelamente 17 años en el privado y de esos fui 10 años Jefe de UCI” (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“Desde 1987 sólo consulta privada” (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Sí, tres años en la FACH”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Si, ayude a instalar como enfermera Jefe, la clínica de los Maitenes en Melipilla. Participé los dos primeros años de funcionamiento de la clínica. Estuve dos años y medio ahí haciéndome cargo de las compras, logística, incorporación del personal, normas, etc... En total fueron 4 años y medio”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *La experiencia es de bajo nivel no superando en la mayoría de los casos los 5 años. Pese a ello, la aportación puede estar presente incluso manteniendo un año de experiencia.*

“Comencé trabajando mientras estudiaba, ya fuertemente titulado con la carrera, a contar del año 1999, que llegue a Consorcio”. (T1 Director Hospital San José)

“No, no tengo experiencia”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)

“12 años en el privado”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

“Tengo 7 años en el sector privado”. (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)

“Privados, privados, no. Semi privados como las mutuales de seguridad”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

“No nunca me interesó”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)

“No”. (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)

“2 años”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)

“No”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)

“Sí, reemplazo en la ACHS. Docencia en privadas esporádicas”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)

**Respuesta Integrada Técnicos:** En general los técnicos no poseen experiencia en el sector privado; por lo tanto la aportación de elementos desde este sector al público es casi nula

**Líderes que dirijan la organización:** En el marco de la nueva gestión aparece la figura del gestor con un rol protagónico en el desarrollo de políticas y estrategias que contribuyan al sector. En este sentido, es importante comprender referencialmente las principales motivaciones de los actores para insertarse en el área pública, para ello conducimos la conversación al plantear ¿Qué motivó tu inserción al sistema público?

“Siempre pensé que el médico debía trabajar en el sistema público, siempre. Entregar toda la información que se generó gracias al Estado de manera de ir donde sea necesario para cumplir una labor de atención al paciente que no tiene recursos”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

“Al momento de optar por trabajo, elegí el sector público con el fin de retribuir lo dado” (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

“Creo que en salud pública todavía se pueden hacer cosas para mejorar y porque además es mi vocación”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

“Siempre me ha gustado trabajar en este sistema. Personalmente me da lo mismo si el sistema es público y privado mientras siempre los objetivos estén claros, que la tarea este motivadora para mí, que el sueldo me sirva como yo quiero”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** Debía trabajar, retribuir lo dado, es mi vocación, siempre me ha gustado son algunas de los motivaciones centrales que caracterizan al grupo de expertos.

“Llegue a salud principalmente por la convicción de que la instalación del nuevo gobierno con las ideas que tenía podía ayudar hacer algunos cambio, y dije yo soy partidario de él y por lo tanto tengo que aportar y aquí estoy”. (T1 Director Hospital San José)

“Siempre quise trabajar en el sector público desde que estaba estudiando nunca dude que trabajaría en el sector público, después mantenerse aquí es fácil porque uno se enamora de la pega”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)

“No habían más posibilidades era o entraba al servicio público sí o sí (...) la verdad es que siempre me ha gustado (...) me gusta entregar”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)

“Entre porque es lo que me gustaba, tuve que esperar 12 años para ingresar al servicio público (...) por una formación profesional, lo podría llamar compromiso social”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

“Me invitaron al hospital el pino”. (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)

*“No me gustan los sistemas privados de salud (...) los médicos se ven en los servicios privados sujetos a las decisiones de una empresa, por ejemplo; todos a tomarse exámenes, opérenme al paciente independiente si es tan realmente enfermo o requieren esos exámenes”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)*

*“No pensé en otra alternativa, siempre enfocado en trabajar, y la primera posibilidad que tuve fue trabajar en hospital público y de ahí me encanto y no he tenido la necesidad de evaluar otras alternativas privadas”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Convicciones personales entender porque más del 70% de la población se atiende en el sistema público, entonces el compromiso pasa por eso; (...) uno puede ayudar a mejorar las cosas y por eso entregar mejor atención a estos pacientes que no tiene más recursos. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)*

*“Siento que fue por personalidad, por mi forma de ser, por mi origen humilde, no me siento a gusto trabajar para otro sector. Me siento mucho más cómodo y siento que puedo hacer más cosas acá”. (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)*

*“Motivación, vocación de servicio”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

*“Generar un cambio en el sistema”. (T11 Jefe Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Vocación de servicio”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Por servicio, no me imagino trabajando en el privado. La relación paciente es distinta en el privado”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** En general las motivaciones centrales radican en querer trabajar en el sistema, compromiso social; única alternativa, convicciones personales, vocación de servicio, para entregar mejor atención.

**Fuentes Externas de Conocimiento:** A partir de la revisión de la literatura, se llegó a dos modelos de gestión extranjeros asociados a la salud. Si bien en su forma el objetivo de cada uno es distinto al concebido para el Modelo de Gestión de Pacientes, resultó enriquecedor conocer su mecanismo, elementos y resultados. En esta línea, era importante sondear a partir de ¿Conoces qué es la Gestión de Pacientes, Gestión de la Demanda y la Gestión de Casos? si referencialmente el grueso de los actores poseía algún vago conocimiento respecto a otros modelos de gestión en salud para desde allí **reconocer fuentes externas de conocimiento.**

Si bien el grueso de los actores declaró abiertamente conocer cada uno de los modelos de salud expuestos, sólo un técnico pudo realizar una comparación real entre los modelos recogidos y la gestión de pacientes.

*“Sí, y logro entender la diferencia entre cada uno”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“Sí, en eso estamos trabajando”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Sí”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Sí, a nivel general”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** Todos declaran conocimiento a nivel general. La respuesta sería sí; aunque ninguno tratara de aproximar alguna definición al respecto

*“No”. (T1 Director Hospital San José)*

*“Si por supuesto, ahora estaba haciendo un diplomado en donde se habla mucho de la gestión del proceso (...) se llamaba gestión de camas (...) después pasó a llamarse unidad de gestión de paciente porque no es solo la cama, sino que también gestionamos exámenes, intervenciones, todo lo que es la atención. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“Como gestión de casos no lo había escuchado, de pacientes sí. (...) Aunque no conozco mucho de la gestión de paciente (...) Para mí sería todo el movimiento de lo que debo hacer con el paciente desde que ingresa hasta darlo de alta, y la*

mejora de la comunicación de los servicios por donde pasa el paciente, el tema de la comunicación de los equipos de un lugar a otro es fundamental. La gestión debe estar orientada al paciente. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

“Si absolutamente y es más yo creo que la gestión de pacientes es la manera actual y relativamente moderna de manejar un centro hospitalario”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

“Si me hace sentido (...) la mirada que le está dando el ministerio si no que no es una cama es como mover a un paciente que necesita ciertos recursos que están instalados en un hospital yo creo que está bien orientada siento que está bien el concepto”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)

“Más o menos”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)

“Sí”. (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)

“Si, he escuchado cómo funcionan en cada hospital y que cada uno lo llama de diversa manera y va enfocado en diferentes cosas”. (T11 Jefe Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)

“Sólo gestión de pacientes”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)

“La Gestión de Casos, están relacionados a los grupos por diagnósticos la carga por enfermedad como se trabajar los ACG y de acuerdo a la carga por enfermedad por lo menos en APS tú vas viendo como lo resuelves de acuerdo a la particularidad del caso y le das el valor del coste de las acciones que vas a realizar o no. La Gestión de la demanda no la conozco mucho, pero me imagino que es lo que se hace en las urgencias. La Gestión de Pacientes es el similar a la gestión del cuidado, que es el velar por la buena administración de los recursos en pro del paciente. Entiendo que la Gestión de Pacientes va muy parecido a lo que es la Gestión de Casos”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)

**Respuesta Integrada Técnicos:** No existe mucha claridad respecto a la diferencia entre cada modelo, si bien la mayoría declara conocerlos, sólo dos fuentes se aproximan a definirlos por separado.

**Fuentes Internas de Conocimiento:** En este punto se indagó en el uso de **fuentes internas de conocimiento**, un medio que contribuye a la instalación de buenas prácticas al interior de las organizaciones generando así un sentido de trabajo en red. Entre diversos autores existe consenso respecto al reconocimiento de la cultura organizacional como un factor clave a la hora de introducir cambios al interior de cualquier empresa.

A partir de lo anterior se conoció el nivel de incidencia de la cultura organizacional la hora de gestionar pacientes al interior de los hospitales. Al mismo tiempo y en la relación a los problemas que existen a la hora de gestionar pacientes al interior de los hospitales se verificó a partir de los actores quién recae la responsabilidad de solucionar estas dificultades.

“Sí, la gente primero tiene que reconocer su objetivo, segundo que haga un análisis introspectivo de lo que está haciendo, si lo está haciendo bien, como puede mejorar”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

“Si, genera algún grado de dificultad. Pues la estructura está diseñada como estanco y al interior de las organizaciones tampoco se ha logrado permearlas en este sentido”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

“Si, cuando se quiere implementar ciertas estrategias debes mostrarlas a la organización. Debes derribar las barreras para ello”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

“Absolutamente, la cultura del paciente es del médico, por ende, cualquier opinión al respecto recae en resistencia”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** La cultura organizacional es una barrera, una dificultad. Para implementar estrategias se debe trabajar para el reconocimiento del objetivo a fin de derribar dichas barreras.

*“La cultura organizacional es esencial, es un concepto interno por el cual debemos ver al paciente igual que un cliente. Y tal como señalé anteriormente aún nos quedan algunos feudos que derrocar y trabajar en cohesión y como equipo, aunque existe alguna resistencia a la modernización estamos trabajando en ello”. (T1 Director Hospital San José)*

*“La cultura al interior de los hospitales es difícil y esto dificulta el trabajo”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)*

*“Dentro de la salud la gente se resiste a los cambios, por ello quizá la cultura es uno de los problemas que más nos ha tocado trabajar al interior del hospital”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“Sí, para bien o para mal, una cultura mediocre afecta al paciente, en los errores, se ven negligencias”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)*

*“Absolutamente, te lo dije en el principio, la cultura organizacional, la cultura en un hospital, de cómo está hecho y en qué campo de batalla se desarrolla, efectivamente hace esto, este hospital tiene un síndrome niño golpeado, en que el director se cambiaba cada nueve meses, que política se podría seguir si se cambia cada nueve meses un director, ninguna”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)*

*“En ese sentido las empresas de servicio están basadas en las personas; tanto las personas que prestan el servicio como las que reciben el servicio, y si tenemos personas que prestan el servicio no alineadas con la estrategia institucional probablemente las personas que reciben el servicio lo noten, muchas veces lo notan y se van insatisfechas”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Absolutamente, estamos como tres pasos más atrás del desarrollo actual de la sociedad, o sea es súper difícil cambiar la cultura y es necesario. Hay que trabajar en eso, yo hablo de que entre el equipo puede estar hasta un psicólogo, porque la resistencia al cambio, con todo lo que hay que lidiar para cambiar una cultura”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)*

*“Sí, absolutamente”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

*“Sí, está puede limitar cualquier desarrollo al interior de una institución por el sólo hecho de la resistencia al cambio”. (T11 Jefe Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Las personas tienen paradigmas que limitan”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Sí, la organización de salud es compleja. La figura del burócrata del escritorio que marcar el paso siempre está presente”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *La organización de salud es una empresa compleja. Por ello, la cultura al interior de los hospitales es difícil y esto dificulta el trabajo. En ese sentido las empresas de servicio están basadas en las personas y las personas tienen paradigmas que limitan”.*

En cuanto a la cultura organizacional que caracteriza a la salud pública existe consenso absoluto en que incide fuertemente a la hora de implementar cambios al interior de las organizaciones. Tanto para expertos como técnicos la salud es una organización compleja que puede limitar o incluso minar una estrategia cuando se desconoce no se está de acuerdo con ella. Por ende, una de las recomendaciones que resaltan a partir de este análisis es como primera medida de instalación de cualquier modelo o estrategia, motivar e integrar a líderes de opinión en estos cambios a fin de posibilitar avances seguros y sin riesgo al momento de implementar tales cambios.

*“De los Gestores de Red, que tienen que estar alineados hoy en día en las macro regionales, donde se exponen problemas y polos de desarrollo en lo técnico y en lo financiero”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“De todos pero principalmente del Gestor de Redes en el Modelo Actual”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

“Si, de la dirección de los establecimientos”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** El responsable de responder a la problemática y de acuerdo al modelo actual es el principalmente del Gestor de Redes.

“Hay que integrarlos a todos”. (T1 Director Hospital San José)

“Yo creo que empoderando la unidad y bajando la información a todos los involucrados y los servicios clínicos en general, diciéndoles esto es así, y así tiene que funcionar”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)

“Yo creo que empoderando la unidad de Gestión de Pacientes”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)

“Primero depende de la autoridad superior, la red del servicio de salud, tiene un rol súper importante, y luego viene el ministerio, depende también de la articulación de la atención primaria, después del servicio, también depende de los funcionarios”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

“Uno depende del equipo directivo, que se dé cuenta que es el gran mecanismo para mejorar los sistemas dentro de los hospitales y mejorar la oportunidad de atención, de camas, oportunidad. En general, eso es parte del equipo directivo, dentro de éste también está el trabajo de convencimiento”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

“Depende de todos nosotros, de la organización, y depende de quien dirige la organización y depende de saber que las cosas tienen sus tiempos”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)

“La decisión depende de la institucionalidad (dirección). Para lograrlo hay que tener voluntad para aplicar la política pues esta no toma decisiones clínicas, sin embargo debe ir en relación a la toma de decisión”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)

“Depende de las voluntades, todo pasa a las personas”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)

“De toda a la red. Es un trabajo conjunto”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)

**Respuesta Integrada Técnicos:** Depende primero de la autoridad superior, del servicio de salud, del equipo directivo del hospital, del ministerio, de todos nosotros, de toda la red. Es un trabajo conjunto que depende de las voluntades de las personas.

Finalmente, las fuentes consultadas reconocen la figura del gestor de redes como principal responsable a la hora de solucionar problemas que dificultan la gestión de un paciente. También resalta la necesidad de contar con líderes empoderados de su rol, se enfatiza a los directivos de nivel zonal y local. Pero a su vez se reconoce abiertamente que resolver aquellas situaciones estancas que circundan entorno al flujo expedito de un paciente a lo largo de la red, radica en el trabajo articulado y conjunto de todos los agentes de la salud.

### **Dimensión Estructura de la Gestión de Pacientes**

La última dimensión a revisar es la **estructura funcional** del modelo de gestión de pacientes. Se sondearon elementos de gestión insertos en la salud que contribuirán a la propuesta final del modelo como otras características enriquecidas desde la experiencia de los actores.

En esta línea se exploró sobre actores, condiciones, alcances y elementos que a la luz de las fuentes son mínimamente necesarios para la construcción de un modelo pertinente y que contribuya a la gestión local.

**Nuevos ámbitos de la gestión en salud:** Para el diseño inicial del Modelo nos propusimos conocer someramente si existe algún grado de conocimiento sobre el tema, lograr alguna primera aproximación del objetivo y definir claramente el tipo de orientación que tendrá. En esta línea, además vimos como necesario

observar desde las percepciones y/u opiniones de los actores el conocimiento acerca de los **ámbitos de la nueva gestión en salud** que ha sido definidos en el modelo de atención integral en red.

Para ello, planteamos tres preguntas base: ¿Has oído hablar de la gestión de pacientes? ¿Cómo la definirías? ¿Cuál es su orientación?

“Sí, claro”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

“Sí, absolutamente”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

“Sí, claro”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

“Sí”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** *Se declara absolutamente haber oído sobre la gestión de pacientes.*

“No” (T1 Director Hospital San José)

Desde la fuente T2 a la T4 declaran “sí” haber oído de ella

“Solo de la gestión de la demanda” (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)

Desde la fuente T6 a la T9 declaran “sí, absolutamente” haber oído de ella

“Como gestión de camas” (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)

Desde la fuente T11 a la T13 declaran “sí” haber oído de ella

**Respuesta Integrada Técnicos:** *A nivel general se declara haber oído absolutamente sobre la gestión de pacientes.*

Es importante señalar que en la siguiente revisión se recogieron los dichos más representativos de las fuentes y aquellos que aportaron algún elemento nuevo que contribuye a la definición del modelo. En cuanto al tema de gestión de pacientes existe una apuesta unificada en la que todas las fuentes señalan haber escuchado del tema, sin embargo; ninguno hace alguna aclaración respecto a su objetivo

“Es la atención directa a la necesidad del paciente y lo identifico bien, principalmente en la parte hospitalaria en los flujos del paciente y la velocidad de atención en tiempos que deben ser mínimos. Asociados al acceso y oportunidad de atención de los pacientes. En otros niveles la Gestión de Pacientes tiene otros objetivos sin embargo, si se mantiene el cómo atender bien a ese paciente a nivel primario y cómo tiene acceso al nivel que sigue (...) y que hay ciertas cosas que mejorar para lograr eso”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

“Fin, resolver el problema de salud de una persona de forma integral”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

“Proceso operativo clave dentro de la hospitalización que se encarga de dar respuesta al flujo expedito de ingreso y egreso del paciente, (articula) la ruta transversal a la atención integral podríamos alcanzar la transversalidad de la atención”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

“Un proceso en el cual se instala un flujo del paciente en un lugar determinado, atendiendo sus necesidades en el menor tiempo posible y con la calidad que requiere”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** *La definición involucra conceptos tales como flujo expedito de pacientes, niveles de gestión, resolución del problema de forma integral, proceso operativo clave, transversalidad de la atención, menor tiempo, con la calidad que se requiere.*

“La gestión de pacientes tiene que ser una estructura de tres o cuatro tips para entregárselas a los establecimientos de manera que la autoridad superior, pueda organizarla, articularla y escribirla de manera liberada internamente”. (T1 Director Hospital San José)

*“Darle continuidad al paciente en su proceso de atención desde que tenemos un primer contacto con ellos, derivados desde la atención primaria o derivado del servicio de urgencia, hasta que sale de alta del hospital”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)*

*“Coordinación desde que el paciente ingresa al hospital hasta que sale, a través de diferentes vías”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“como organizo la seguridad del paciente, como transita dentro de la organización, en forma eficiente, sin largas esperas, con satisfacción”. (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)*

*“La gestión de pacientes es la gerencia más importante dentro del hospital (...) es la que va a determinar según los lineamientos de la dirección como se priorizaran los pacientes, hacia donde vamos a orientar nuestro trabajo día a día”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)*

*“En el fondo es movilizar y administrar algunos recursos en ese sentido uno no moviliza el paciente como recursos si no que los recursos se ponen a disposición del paciente para producir un efecto beneficioso (...) gestionar pacientes puedes verlo como se mueve en la red y la gestión de pacientes puede empezar y terminar fuera del hospital porque es un continuo, entonces puedes ir abordándolo por ámbitos”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Tratar de utilizar los recursos de la mejor forma posible para dar solución a los problemas de los pacientes de la mejor forma y con calidad.” (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)*

*“Atender a las necesidades de los pacientes de manera integral, desde una perspectiva humanizada y humanizante”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

*“El paciente es el protagonista, se dirige al paciente”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Cuidando al paciente a partir de su particularidad y la red familiar con el fin de dar continuidad”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *En este caso los conceptos claves radican en otorgar continuidad al paciente en su proceso de atención, gerenciando, coordinando, priorizando pacientes de manera integral y recursos de forma eficiente, resolver el problema de salud.*

Se mantiene el principio central de la reforma; pues “el foco es el paciente en la red”. Con esta premisa se defiende el criterio central de la propuesta, dado que el modelo aquí discutido es una estrategia que contribuye a la gestión y articulación de red y al interior de los dispositivos que la componen, por ende, resulta un sistema replicable y ajustable al quehacer de salud pública distintamente su nivel de acción.

*“Hacer más eficiente la atención en pos del paciente identificando sus necesidades, sus demandas y satisfacerlas (...) que exista comunicación adecuada entre los agentes de salud (RED). Referencia y Contrarreferencia práctica. Es decir, que exista una Red Pública de Atención en Salud”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“Orientado hacia el paciente en la red”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Al usuario de la atención cerrada”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Hacia el paciente”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *El paciente en la red es el foco principal. Un paciente que es resuelto de referencial y contrarreferencialmente.*

*“Centrada en el usuario no en la institución”. (T1 Director Hospital San José)*

*“Ha resolverle los problemas al usuario y darle respuesta a lo que ellos vienen a buscar”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes) Desde la fuente T4 a la T6 declaran que está orientado “Hacia el Paciente”.*



**T7** “Un continuo en la atención”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)  
Desde la fuente **T8** a la **T13** declaran que está orientado “Hacia el Paciente”.

**Respuesta Integrada Técnicos:** En este caso también el foco central el paciente pero al que se le resuelve su problemática a partir de la continuidad de la atención.

**Estructura y Funcionalidad:** Para diseñar un modelo preliminar es necesario rescatar aquellas prácticas que se han levantado en algún dispositivo de la red pública de atención. Siguiendo esta línea, fue extraído desde las experiencias de nuestras fuentes algunos elementos constitutivos para diseñar la estructura funcionalmente y aquellos aportes que contribuyan a las recomendaciones finales de este estudio.

Utilizando preguntas como ¿Existe formalmente en tu organización? ¿Funciona actualmente en tu organización? ¿Existe alguna intención o discurso de integrar la gestión de pacientes como una estrategia que contribuya a la gestión local? Dirigimos la conversación hacia los puntos de interés. Y para recoger los elementos específicos nos valimos de ¿Qué elementos importantes debe contener la gestión de pacientes? ¿Cómo se estructura?

Desde los actores del Gobierno central existe un discurso unificado sobre la importancia de instalar la gestión de pacientes como una estrategia de contribución a la gestión actual. En el caso de los técnicos no existe consenso respecto a la existencia o intencionalidad de implementar una estrategia de gestión para gestionar pacientes; sin embargo, independientemente de los motivos todos están seguros de que en la actualidad es una necesidad que demanda el sistema hospitalario.

“Si absolutamente, es importante la gestión de pacientes en especial cuando está relacionado con el hospital que es donde tenemos más problemas a la vista. Porque el paciente que está hospitalizado y no tiene la cama, es un problema mayor. Regularmente estos problemas se difunden en la prensa y generan comunicaciones erróneas (genera ruido) y eso hace que la gente desconfíe de su centro de atención”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

“Sí, aunque acá en la sub de redes están muy presionados. El sub departamento de procesos lidera el tema en algún grado cambiando el foco pero del ámbito hospitalario”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

“Sí claro, nos hemos planteado levantar la gestión de pacientes pues nuestro foco es dar respuesta al paciente, desde la reforma la gestión de pacientes le da operatividad”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

“Si porque se diagnosticó el problema y se instaló como una necesidad, con cierta estructura para que los establecimientos de salud puedan crear una figura de manera de instalar la gestión de pacientes dentro de ellos”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** El sub departamento de procesos lidera el tema. Se detectó una necesidad de levantar la gestión de pacientes al interior de los hospitales.

“El modelo de gestión que nosotros armamos, yo no quiero ni llamarlo gestión de pacientes ni de camas, si tú vas a mover solo las camas te perdiste, si vas a mover solo los pacientes también perdiste, tú tienes que mover la institución y porque, porque no solamente ir a pedirle al jefe de cirugía que te de camas para sacar gente de urgencia, sino que tiene que integrar, que tengo una lista de espera en cirugía, y tengo una urgencia con un paciente acostado en cirugía, que es lo que tengo que hacer, esta cosa de abrir pabellón 24 horas”. (T1 Director Hospital San José)

Desde la fuente **T2** a la **T3** “si, por supuesto, depende justamente de la subdirección de gestión del cuidado, sin estar en el organigrama, está constituida formalmente”.

“Aquí en el hospital existe un discurso de Atención Integral y de calidad, aunque faltan herramientas y metodologías para concretar aquello. Pero vamos hacia allá”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

*“Existe un proceso aunque no hemos hecho una definición de este proceso, no hemos definido un proceso como tal, quienes interactúan, quienes van a interactuar”.* (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)

*“Absolutamente lo que pasa es que, como te dije antes, nosotros estamos levantándonos después de mil años de oscuridad y ha sido una batalla muy intensa (...) actualmente estamos en la etapa de aceptación de la gente; la que está aceptando que existe, aceptando que se maneje pacientes”.* (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

*“Yo estoy inquieto porque no conozco muy bien el proceso, me invité mañana a la reunión de gestión de camas para involucrarme en el proceso, no me siento capacitado a responder a plenitud, pero sí creo que en el establecimiento está instalado. Yo creo que se está instalando esa mirada primero de reconocer que el hospital tiene varios ámbitos de acción no solamente los servicios clínicos sino que también el CDT y urgencia, la generación de figuras que hacen movilizar los recursos igual el apoyo que es reciente también de una estructura que se fortalece un poquito más en el ámbito de la gestión de camas que puede ser orientado a la gestión de pacientes se está instalando este modelamiento”.* (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)

*Desde la fuente T8 a la T13 declaran que “no estamos especializados en gestión de pacientes pero todos los días vamos para allá”.*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *En algunos casos está institucionalizado, tiene un enfoque y actuar a partir de la gestión del cuidado. En otros, funciona a través de la Gestión de Camas. Se le considera un modelo de gestión que está en etapa de aceptación. Si bien no se está especializado los esfuerzos van en esa dirección.*

Para cerrar este punto apuntamos una condición central del modelo y que se deduce de las respuestas de las fuentes consultadas. El diseño del modelo debe considerar la gestión de pacientes como un “proceso transversal”.

*“Voluntad, compromiso, competencias y empoderamiento de los equipos y directivos”.* (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

*“Diseñar estrategias para educar a la organización (...) gestión del cambio”.* (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

*“Formularlo, estructurarlo en equipo, estrategias de instalación de los cambios culturales, rol disciplinario, personas capacitadas y compromiso médico”.* (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** *Dentro de los elementos para la estructura resaltan diseño de estrategias, estructura formal. Entre las recomendaciones voluntad, compromiso, competencias y empoderamiento de quienes lideren el proceso de instalación del modelo.*

*“Coordinación institucional, negociación, empoderamiento, confianza, comunicación, integración, figura de equipo y compromiso institucional”.* (T1 Director Hospital San José)

*“Recursos, empoderamiento, recursos financieros, equipo, capacidad conciliadora, proactividad, negociación”.* (T2 Director Hospital Félix Bulnes)

*“Personal con competencia técnica (...) condiciones contractuales que respalden e incentiven el compromiso”.* (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)

*“Como proceso la información”.* (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

*“Las competencias y habilidades de la gente que trabaja en esto tiene que ser muy bien definidas, tiene que ser gente ágil dispuesta a generar cambios con capacidad de trabajo de equipo (...) Incentivo económico”.* (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)

*“Gestión de camas, apoyo agregado, atención domiciliaria, camas LET, grupo de contención, apoyo jurídico, lugar para derivar pacientes. Compromiso, incentivo, apoyo, empatía”. (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)*

*“Transversal a la gestión clínica, gestión de calidad (recursos humanos, financiero, estructurales). Integralidad, base organizacional, valores, compromiso”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *Resaltan elementos estratégicos como coordinación, negociación, empoderamiento, conciliación, proactividad. En lo operativo destaca, trabajo en equipo, asignación de recursos, definición de funciones. Para la estructura resalta la gestión clínica, de calidad, de recursos. Finalmente, dentro de los alcances surge la condición contractual como un incentivo a ejercer dicha función.*

**Coordinación Interna:** Para definir la efectividad en la coordinación interna se plantearon preguntas relativas a precisar responsables, niveles de responsabilidad y actores a lo largo del proceso. ¿Existen actores de este proceso? ¿Están definidos y/o formalizados institucionalmente? ¿Están definidos a nivel central? ¿Todos tienen el mismo grado de responsabilidad en el proceso de GP?

*“Una especie de organización con una cabeza visible, Gestor de la Red que es el Director de Servicio (una persona con competencias y poder de comunicación a todo nivel y que sea claro en sus ideas, que se preocupe de todos los niveles, que le exija a los directores de los centros de salud ciertas responsabilidades) Si es a nivel hospitalario un equipo multidisciplinario que aporte con menor días camas. A nivel primario, que se preocupen de tener el personal capacitado que atienda en un horario adecuado a las necesidades de la población y no según las necesidades del funcionario (...) En otras palabras el Gestor de la Red tiene que tener la capacidad técnica, la voluntad, el compromiso el deseo de mejorar la atención, sino tiene ninguna de esas características no va a funcionar nada”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“El equipo de salud en su conjunto según la función que cada uno cumple en él. Debe existir una instancia previa en donde se haga un levantamiento donde no exista protagonismo del nivel central; sin embargo debe ser una construcción participativa. Si tú lo levantas sólo a nivel central como las realidades son disímiles no estarás dando respuesta al global de esas realidades”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Hay que formalizar estos actores desde la autoridad ministerial (subsecretaria). Estos actores son directivos de los establecimientos: la subdirección de Gestión de cuidado, gestión asistencial, médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares, kinesiólogos, otros profesionales para la actividad operativa. En resumen todos los funcionarios que integran un centro”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“Si, es un grupo que hace nexo entre el paciente y sus requerimientos y la solución. Debieran ser definidos por los directores de los establecimientos”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *Organización con una cabeza visible, liderado por el Gestor de Redes a nivel de la red local, el Director o Subdirector de Gestión Clínica a nivel local. Un grupo que sea el nexo entre el paciente y la solución a su problemática. En resumen todos los funcionarios que integran un establecimiento de salud.*

*“Efectivamente es que si no parte de la cabeza de la dirección de las instituciones no sirve porque no te creen, porque si no te ven en los pasillos, si tú no te integras con la gente, la gente no se viene a integrar contigo, si el director no baja, la gente no sube (...) oficializado y difundido”. (T1 Director Hospital San José)*

*“La jefatura de la Unidad de Gestión de Pacientes y los actores con los que se relacionan ellos principalmente son los jefes de servicio las enfermeras supervisoras de los servicios clínicos, y a través de ellos se coordina todo”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)*

*“Es una unidad que tiene una jefa, que es una enfermera, que tiene cuarto turno, que está conformado con matrona y enfermera”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“La Dirección y Subdirección y jefaturas de servicio deben estar involucrados, los administrativos, lo clínico, todo el servicio del hospital (...) los grandes ejes deben venir de nivel central, los grandes objetivos estratégicos, deben venir de lo central, el ministerio debe fiscalizar todo esto”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)*

*“De alguna u otra manera interviene desde el guardia hasta todos, todos tenemos que tener clara la obligación de esta gestión de paciente. Esto debe ser institucional, el ministerio envió un formato pero eso debe adecuarse a las realidades locales”. (T5 Subdirectora de Gestión del Cuidado Hospital San José)*

*“Institucionalmente si, aquí están definidos quienes ocupan los cargos (...) requiere un equipo humano no menor. El equipo está formado por un médico que está a cargo de la gestión de camas y un grupo de enfermeras que son las que movilizan y recolectan la información para que el médico tome las decisiones con respecto a lo que se hace dentro de la institución (...) una persona que este encargada de la gestión es decir que reciba los insumos y los procese y los entregue como insumo para el trabajo del gestor (...) y alguien que haga de secretaria si en esto se necesita mucho información en cuanto a papeles estadísticas cosas escritas”.(T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)*

*“El rol del sub director médico en este ámbito es fundamental (...) necesitas validación entonces eso tiene que tener una política institucional de atrás. Yo creo que si queremos instalar tiene que ser el gobierno central”. (T7 Subdirector de Gestión Asistencial SSMN)*

*“Todos somos parte del proceso si el paciente es nuestro objetivo, pero para eso tenemos que estar todos, quienes son los actores, todos los que trabajamos en el servicio público, la comunidad completa, los administrativos, los porteros, o sea todos cumplimos un rol súper importante. No, es algo que se ha levantado espontáneamente”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)*

Desde la fuente T9 a la T13 señalar “todo el conjunto hospitalario y en función al concepto familia-paciente”.

Las características de mayor consenso entre expertos y técnicos, radica en que toda la red es parte del proceso de gestión de pacientes, sin embargo se enfatiza la figura del gestor de redes (a nivel de servicio de salud) y del subdirector de gestión clínica (al interior de los hospitales).

**Respuesta Integrada Técnicos:** *Debe ser formalizado institucionalmente y definido a nivel central. Debe estar involucrado todo el conjunto hospitalario y en función al concepto familia-paciente. Un equipo dirigido por un médico y acompañado por una enfermera, un profesional a cargo de la gestión y un administrativo.*

Dentro de los expertos la mitad considera que la responsabilidad es jerárquica, mientras que el otro 50 considera que todos tienen el mismo grado de responsabilidad. Respecto a los técnicos ocurre algo similar, las opiniones son divididas a la hora de especificar responsables y el grado de responsabilidad a lo largo del proceso. Pese a ello, nuevamente surge la figura del gestor de redes como un actor protagónico del proceso.

*“No, la responsabilidad va de acuerdo la responsabilidad jerárquica, el Gestor de Redes es el principal. Sin embargo, en la práctica la responsabilidad debe ser al unísono, todos deben cumplir con su responsabilidad a todo nivel”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“Cada uno es responsable al nivel en que se desempeña, por lo que no es necesario graduarla. Por ende todos tienen el mismo grado de responsabilidad”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Todos tienen el mismo grado de responsabilidad pues el proceso es de todos. Todos los que están involucrados son responsables”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

*“El grado de responsabilidad es igual pero las funciones son distintas para que sea expedito”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** Todos deben cumplir con su responsabilidad según el nivel, aunque en la práctica la responsabilidad debe ser al unísono. Todos tienen el mismo grado de responsabilidad aunque distintas funciones.

“Todos tienen el mismo grado de responsabilidad”. (T1 Director Hospital San José)

“La jefatura de la Unidad de Gestión de Pacientes y los actores con los que se relacionan ellos principalmente son los jefes de servicio las enfermeras supervisoras de los servicios clínicos, y a través de ellos se coordina todo”. (T2 Director Hospital Félix Bulnes)

“No, claro que esto no es una cosa de alguna manera piramidal. Todos tienen el mismo grado de responsabilidad porque la gestión de pacientes depende mucho de su buen funcionamiento, en que cada uno de los actores ya sea esta aporta camas, quitando camas, aportando pacientes, dando de alta, tiene su grado de responsabilidad”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)

“Todos tienen responsabilidad aunque no todos en el mismo grado”. (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)  
Desde la fuente T10 a la T13 plantean que la responsabilidad “Es distinta según jerarquía o pertinencia en función a la problemática de la gestión. En función al cargo en la unidad”.

**Respuesta Integrada Técnicos:** Algunos señalan que la responsabilidad es de todos a un mismo nivel, no es piramidal. Otros, que es distinta según jerarquía o pertinencia, en función a la problemática de la gestión, según cargo.

Para cerrar el análisis de esta dimensión vimos como necesario tantear **los costos de transacción asociados en la instalación del Modelo**. Para ello, fue necesario revisar la cantidad de trámites u otras situaciones que limitan o entorpecen ejecutar una gestión; es decir, ¿Existen problemas en el proceso de gestión de pacientes? Finalmente nos planteamos sondear la capacidad de resolución y respaldo institucional a partir de la pregunta ¿Ves alguna ruta de salida al o los problemas detectados?

**Limitantes de la Gestión:** En este punto se relevó las dificultades cotidianas en el proceso de atención de pacientes. Estas experiencias fueron traducidas enriqueciendo el diseño de la propuesta final contenida en este estudio, hacia un proceso orientado a responder las demandas tanto de pacientes como las exigidas por los agentes insertos al interior del proceso.

Significativamente resalta la resistencia al cambio, la insularidad y falta de voluntad que caracteriza a los sistemas de salud. Otras fuentes poseen una visión operativa apuntando las dificultades en el acceso a recursos como cama, presupuestales entre otros.

“Demanda del Recurso Cama. La dependencia de las personas (los actores) que si no tienen liderazgo las cosas no funcionan. El que no existe compromiso desde las autoridades”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))

“La resistencia al cambio ya que la organizaciones de salud son organizaciones complejas porque en ellas hay personas, que tienen funciones que se cruzan. Es más en muchas organizaciones hospitalarias tampoco están claros y definidos los procesos”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)

“Si, uno de los principales es el cambio cultural. Gestión del cambio, los encargados de los servicios son lo que más se resisten”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)

“Si, la cultura de los establecimientos donde el médico y el servicio son dueños de los pacientes”. (E4 Referente nacional en Producción Quirúrgica DIGERA)

**Respuesta Integrada Expertos:** La resistencia al cambio y la cultura organizacional. Las organizaciones de salud son complejas, los encargados de los servicios son los que más se resisten.

*“Todavía persiste un poco el tema de la cultura organizacional hay que estar moderando, hay aun doctores que se creen diostores, entonces no aceptan que les digan no si esto se puede hacer y esto no”. (T3 Subdirectora de Gestión Clínica Hospital Félix Bulnes)*

*“Si existen problemas en el modelo que se plantea, como la insularidad, eso entorpece, hay temas que tiene que ver con el número de gremios”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)*

*“Los problemas están dados por la resistencia, la falta de personas que trabajen en esto, el complementar los tiempos que faltan”. (T6 Subdirector de Gestión Clínica Hospital San José)*

*“Muchos, son cosas que tiene que ver con la mala administración y la falta de recursos”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)*

*“Existen nudos críticos, uno de los principales es la calidad de la atención de los pacientes, unidades de apoyo, derivación de pacientes crónicos, cambio de cultura de la gente”. (T9 Jefe Unidad de Medicina Hospital San José)*

*“Presupuestarios, núcleos de resistencia médica, por lo que representa la unidad y por la figura de quien lo lidera”. (T10 Jefa Unidad de Gestión de Pacientes Hospital Félix Bulnes)*

*“Falta de comunicación en la unidad”. (T12 Encargada Unidad de Gestión de Pacientes Hospital San José)*

*“Resistencia al cambio, hospitales son organizaciones complejas”. (T13 Presidenta Colegio Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *Resistencia al cambio, hospitales son organizaciones complejas. La insularidad y la falta de comunicación. Dificultades presupuestarias, mala administración y falta de recursos.*

**Capacidad de Resolución:** Por último, dentro de la cotidianeidad que engloba a los sistemas de salud podemos señalar la teoría del caos y entropía. Condiciones que invitan permanentemente a los tomadores de decisiones a reformularlas en pos de los resultados. En este sentido, se destaca la gestión del cambio y el trabajo conjunto colaborativo, coordinado y cohesionado.

*“La salida es la coordinación, gente que participe que se sienta involucrada y que muestre a otros el camino. Otro aspecto es invertir, cuando quieres mejorar la gestión debes hacerlo, mejorar los recursos, mejorar las camas, inyectar recursos (teleradiología, teleasistencia, telemedicina) es decir innovar. Poner en práctica la Gestión del Cambio y la Gestión del Conocimiento, replicar las buenas prácticas. El Benchmarking”. (E1 Jefe División General de Redes Asistenciales (DIGERA))*

*“Si, la salida está dada por las comunicaciones y hacer entender el rol y responsables del proceso”. (E2 Jefe Departamento Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales)*

*“Si, la gestión del cambio, aclarar los términos, empoderar a los equipos”. (E3 Referente nacional de la Red de Urgencia DIGERA)*

**Respuesta Integrada Expertos:** *Coordinación, gestión del cambio, gestión del conocimiento, empoderamiento, comunicación, buenas prácticas, benchmarking son algunas de las salidas propuesta para resolver la problemática de la gestión de pacientes.*

*“Son solucionables con buenas políticas, con liderazgo”. (T4 Jefa Unidad de Calidad Hospital San José)*

*“El trabajo conjunto, colaborativo”. (T8 Jefe Unidad de Pabellones y Anestesia Hospital San José)*

*“El trabajo coordinado y cohesionado”. (T13 Presidenta Colegio de Enfermeras)*

**Respuesta Integrada Técnicos:** *La solución es buenas políticas, liderazgo, trabajo conjunto, colaborativo, coordinado y cohesionado.*

### 5.3 Propuesta del Modelo de Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario

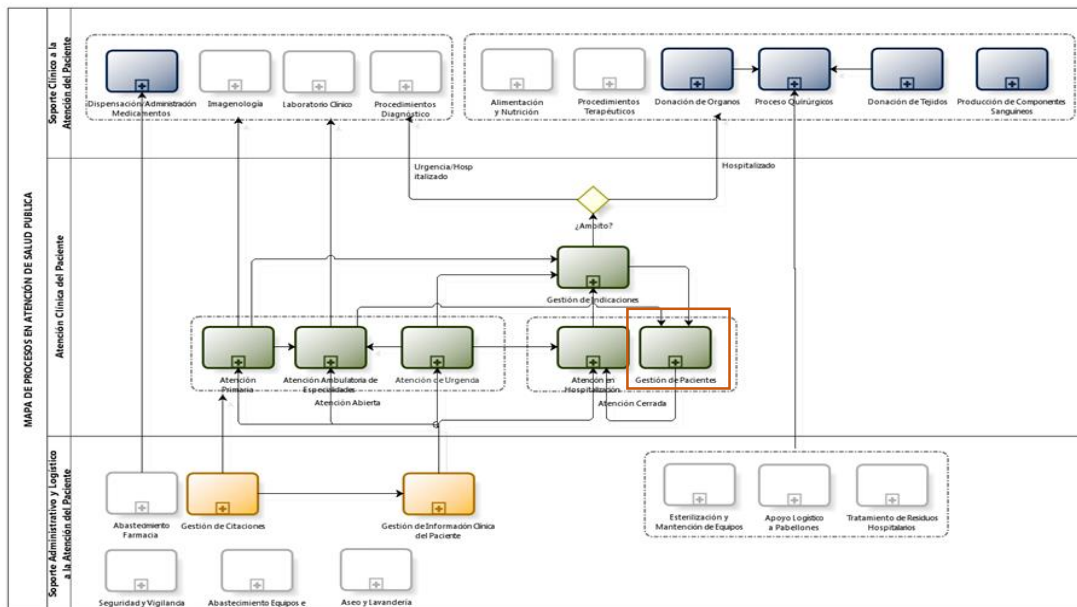
La estructura organizacional permite al Ministerio de Salud ejecutar, eficaz y eficientemente, los procesos necesarios para cumplir con las funciones de rectoría de la producción social de la salud, de provisión de servicios de salud y de gestión institucional.

Así como actualmente se trabaja en un sistema integrado (SIDRA<sup>57</sup>) que tiene por misión agrupar la red asistencial a través de la compartición de información asociada al usuario que consulta en cualquiera de los niveles de atención, la importancia de un Modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes radica en ser un sistema que permitirá integrar operativamente la red en el marco de la atención progresiva –referencia y contrarreferencia- requerido a partir de la Reforma impulsada en 2004.

Bajo esta lógica, los establecimientos de salud que conforman la Red Asistencial (...) ya sea los establecimientos de mayor, mediana y menor Complejidad DEBEN establecer una coordinación adecuada, y para ello; requiere articular eficientemente las estructuras de trabajo, con una gestión clínica integral, manteniendo la consistencia, articulación y cohesión frente a la problemática de sus usuarios.

Por ello y con la finalidad de determinar entre los agentes de salud los niveles de responsabilidad y de acción en los distintos horizontes del proceso, en el año 2012 la División General de Redes Asistenciales levanta prioritadamente un conjunto de procesos poniendo –y según nuestro análisis- en un nivel de interacción inferior<sup>58</sup> –para nosotros Sistema de Gestión- al Proceso de Gestión Hospitalaria de Pacientes (Figura 10).

**Figura 10 Modelo General de Procesos según Estándar Ministerial**



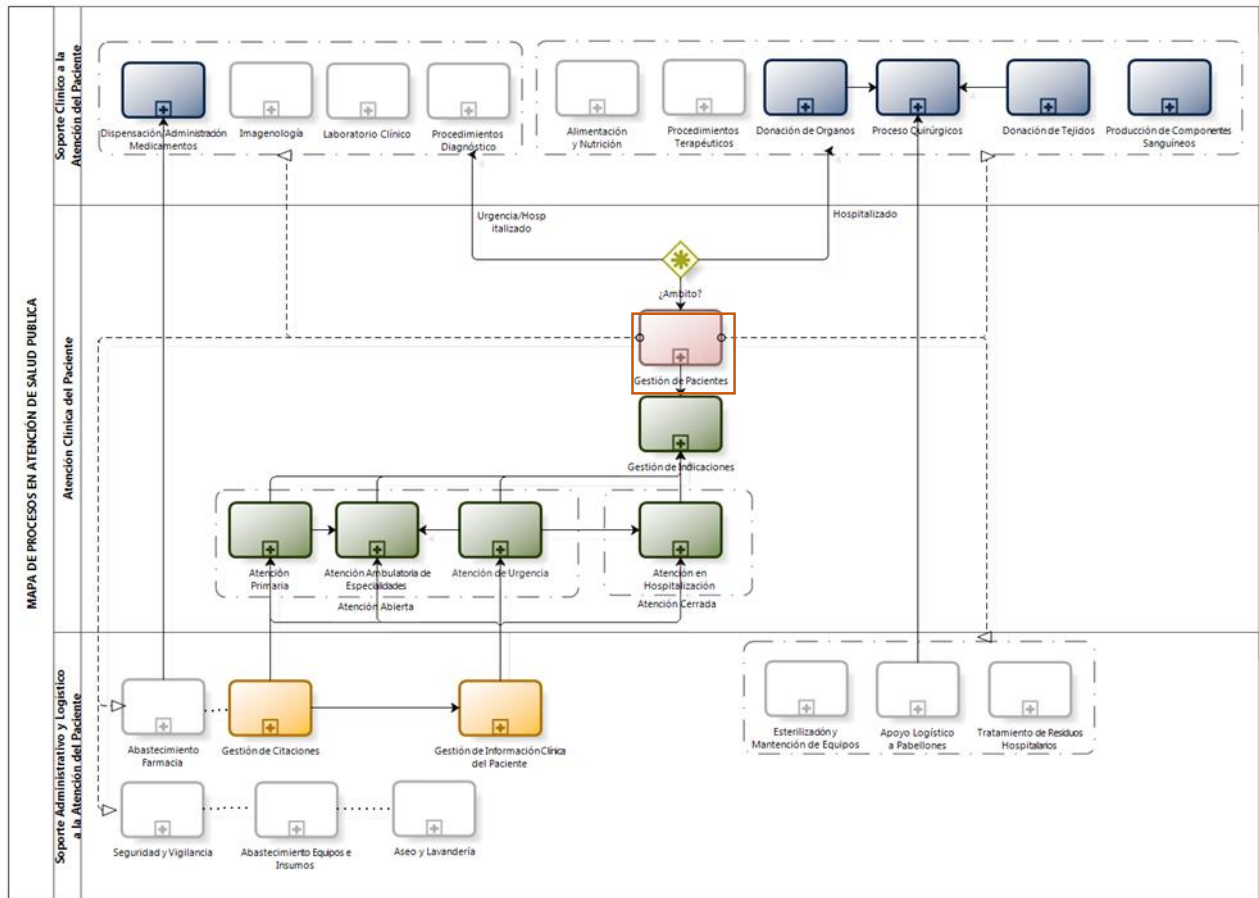
Fuente: Mapa de Proceso de Atención de Salud DIGERA, 2012

<sup>57</sup> Implementación en el 100% de los establecimientos proyectada al 2020.

<sup>58</sup> La Gestión de Pacientes concebida a partir de la mirada ministerial, fue establecida en el marco del diseño de procesos en un nivel puramente operativo inserto al interior de la acción hospitalaria y a la par con la gestión de camas. Según nuestra experiencia y por la visión recogida desde los actores inmersos en este estudio, la Gestión Hospitalaria de Pacientes concebida como sistema de gestión resulta ser un articulador a nivel operativo de la red –El gestor de Redes tiene por misión articular y coordinar la red pero de un enfoque normativo y de control-, por ende; este modelo debe ser pensado a una altura de interacción mayor tal como se aprecia en la Figura 20.

Considerando que el modelo debe ser un articulador; un facilitador de la comunicación, coordinación y relaciones -en este caso- al interior de la institución debe mantener para ello una mirada global de servicio hacia el paciente más allá de indicadores puntuales desagregados por unidades particulares, a fin de asegurar la trazabilidad de su atención a lo largo del proceso. Por esto es que nuestra primera propuesta radica en modificar la posición del Proceso de Gestión de Pacientes contemplada inicialmente por la División para dar fuerza a esta primera característica a un plano en el que radique clara y visualmente su función de articulación –como Sistema de Gestión- (Figura 11).

**Figura 11 Mapa relacional entre el Modelo de Gestión de Paciente Hospitalaria y el Modelo General de Procesos**



Fuente: Elaboración propia en función de Mapa de Proceso de Atención de Salud DIGERA, 2012

Así mismo, y dado que el Sistema de Gestión de Pacientes Hospitalario se define como un articulador, una especie de conector que facilita no sólo la comunicación limpia entre los actores y agentes de la salud, también se establece como un Sistema que permite tomar decisiones de manera asertiva tras alimentarse permanentemente de aquella información que da cuenta de los estados –críticos, de buen funcionamiento, de oferta y demanda- de la organización. Es decir, este sistema levanta un mapeo global de información de la cual se alimenta, pesquisando requerimientos y potenciando la capacidad de respuesta que una vez sistematizada permite ofrecer distintas alternativas de solución previamente priorizadas, canales y niveles de organización y coordinación respectivos.

En el marco de la gestión por procesos y según el modelo propuesto a nivel ministerial, creemos que una de las figuras necesarias para alcanzar este primer objetivo es potenciar el proceso Gestión de Indicaciones,



pues si bien su fin radica en el análisis, planificación y ejecución de las indicaciones médicas prescritas por un profesional médico a cargo de un paciente; para el Sistema de Gestión de Pacientes su importancia converge en la emisión y envío de información crítica que alimentará el modelo para la operatoria contingente.

Para ello, por ejemplo una propuesta de corto aliento que podría integrarse a la dinámica hospitalaria con el objeto de lograr la relación entre el Sistema de Gestión Hospitalaria de Pacientes y la Gestión de Indicaciones, es la emisión de un reporte acotado de información que dé cuenta de aquellas indicaciones no ejecutadas pese a las gestiones realizadas; ya sea por falta de oferta interna o fallas en la misma. Al mismo tiempo, esta instancia permitirá informar aquellos casos clínico críticos o con flujo hospitalario estanco.

El o la responsable de dicho reporte será la enfermera o enfermero jefe de turno por cada unidad funcional, quién lo emitirá y enviará según estime la institución por mail, impreso o verbal –lo ideal y que se ajusta a la lógica del sistema sería por mail para agilizar y mantener un respaldo de la información- a la jefatura de servicio que la presentará en la reunión de entrega de turno hospitalaria, a la jefatura del turno entrante quien continuará gestionando las indicaciones faltantes y los casos críticos, a la supervisión o coordinación que tendrá por tarea monitorear y/o gestionar –si fuese necesario- se concreten las indicaciones faltantes y a la Unidad, Departamento o Centro de Responsabilidad de Gestión Hospitalaria de Pacientes que la sistematizará para coordinar las acciones que requieren resolución institucional a nivel global.

Aquellos servicios o unidades de apoyo, también podrán desarrollar esta tarea o actividad, la que no restará valor al proceso de gestión de pacientes hospitalaria, es más será un aporte que alimentará en mayor medida el sistema de información por el cual se llega a la toma de decisiones. Esta dinámica enfatiza uno de los principios de la economía “Los individuos nos enfrentamos a disyuntivas” y para la mejor elección es necesario disminuir el grado de incertidumbre pues la información nunca es completa.

### **Del Modelo como Sistema de Gestión**

Lo estratégico es lo central de este modelo, por eso en primera instancia se presenta un mapa de procesos que dan cuenta de ello y del soporte a futuro del mismo. (Figura 12). Como se observa este Sistema o Modelo se compone de cuatro niveles; el primero de índole puramente estratégico y que es la razón de ser del sistema; el segundo radica en el nivel operativo y que da cuenta de la articulación al interior de la organización; el tercer nivel engloba las directrices de calidad y soporta lo estratégico y finalmente el cuarto nivel que apoya lo operativo y entrega el soporte para su buen funcionamiento (apoyo y soporte).

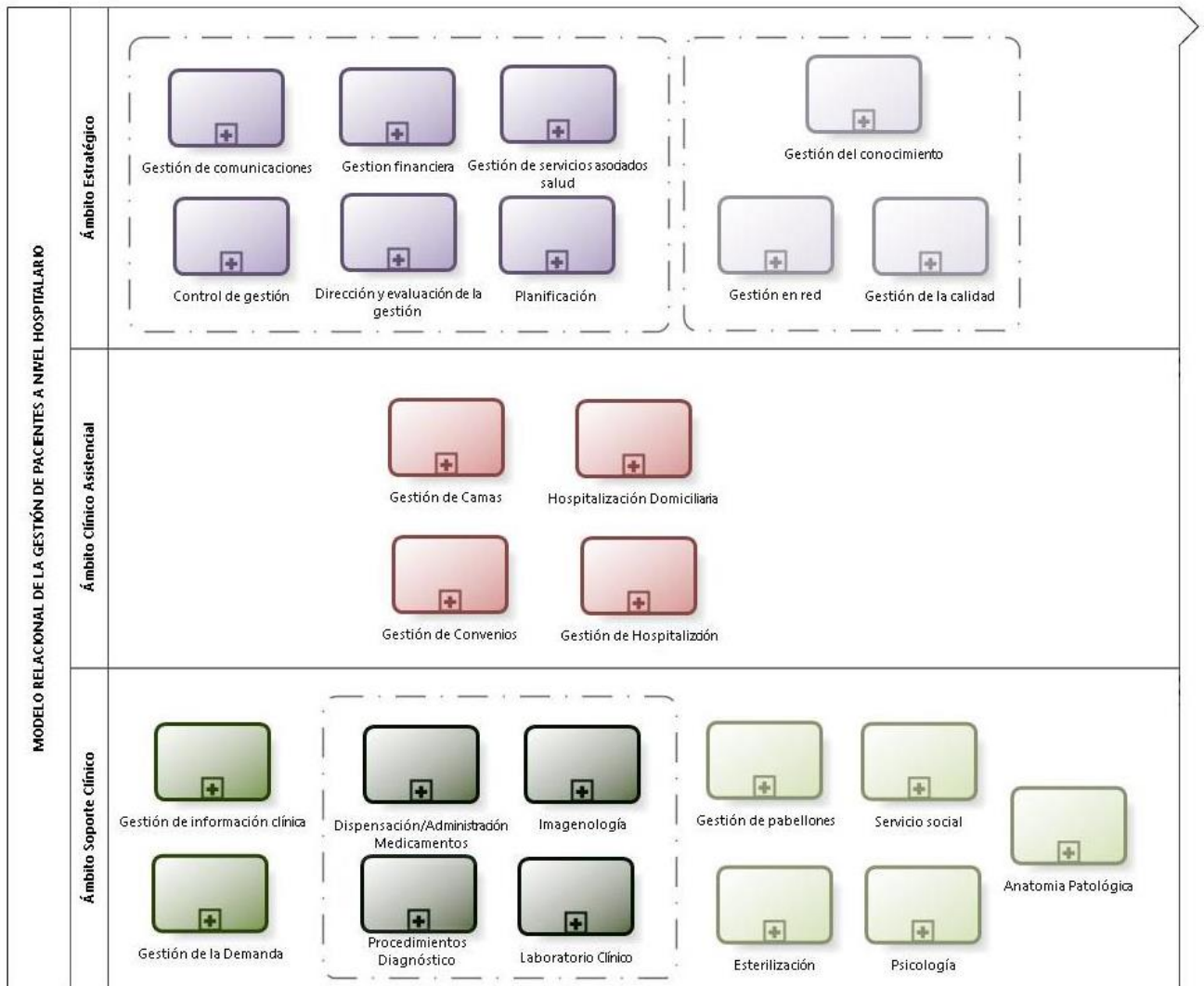
La profundización del nivel estratégico se observa en la desagregación por procesos desarrollada más adelante; sin embargo y respecto a las figuras o estructuras relevantes de este mapa quisiéramos detenernos en el proceso de seguimiento que aparece en el tercer nivel de calidad y control.

En esta línea, apostamos las fichas a levantar una figura al interior de los establecimientos que realice un monitoreo y control del negocio. La Unidad de seguimiento contribuirá a la estructura organizacional y dará cuerpo a la institucionalidad del Sistema de Gestión de Pacientes. En otras palabras la Unidad de Seguimiento tendrá por fin realizar una evaluación ex – post de la gestión realizada durante el proceso de atención hospitalario y levantar aquellas mediciones de impacto según los resultados obtenidos del período. En otras palabras, realizará un seguimiento general –a través de los casos ya egresados del sistema- recogiendo las expectativas de los pacientes, el grado de resolución de estas y los factores condicionantes de las mismas. A su vez, cruzará aquellos indicadores globales provistos por el resto de las unidades a cargo en la materia con los resultados que arrojen las mediciones de impacto.

Para ello, es necesario concebir dicha a unidad como un área de investigación que analiza los índices de salud con factores de impacto desde el punto de vista empresarial (satisfacción de clientes, función de marca y

eficiencia organizacional). Por ende, para dar cuerpo a esta estructura se requiere de un equipo pequeño pero multidisciplinario de preferencia compuesto por profesionales de la sociología, estadísticas e ingeniería.

**Figura 12 Modelo de Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario como Sistema de Gestión**



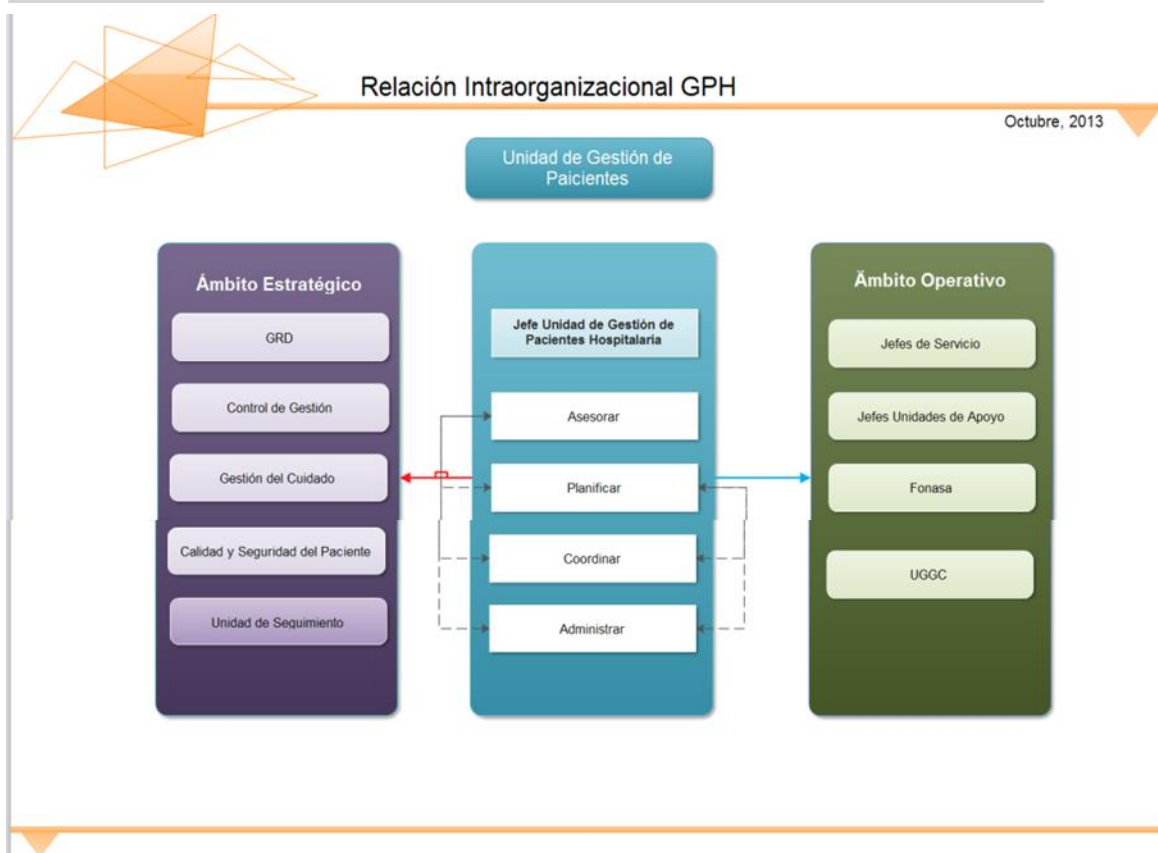
Fuente: Elaboración propia

Finalmente es importante señalar que el nivel operativo se verá alimentado por aquellos procesos del ámbito hospitalario que se vayan desarrollando con y en la institución.

### De la Relación Intraorganizacional

Si bien el modelo es concebido como un sistema de gestión que enfatiza lo estratégico debe aclararse que principalmente funciona en lo operativo. A su vez, tal como se aprecia en la figura 13 existe una interrelación inherente entre los dos ámbitos y que traduce en el ámbito intraorganizacional y en su capacidad para posibilitar y potenciar la trazabilidad de la atención a lo largo del proceso hospitalario.

**Figura 13 Relación Intraorganizacional del Modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes**



Fuente: Elaboración propia

### De la Estructura

La institucionalidad puede ser entendida como la delegación de poder que emana de otros el ejercicio de actos que alcancen el bien común. Para la puesta en práctica la institucionalidad o arte de Gobernar, requiere de una estructura para el desempeño del poder delegado, en nuestro caso dicha figura se traduce en la Unidad, Departamento o Centro de Responsabilidad de Gestión de Pacientes pues el modelo funciona principalmente en lo operativo.

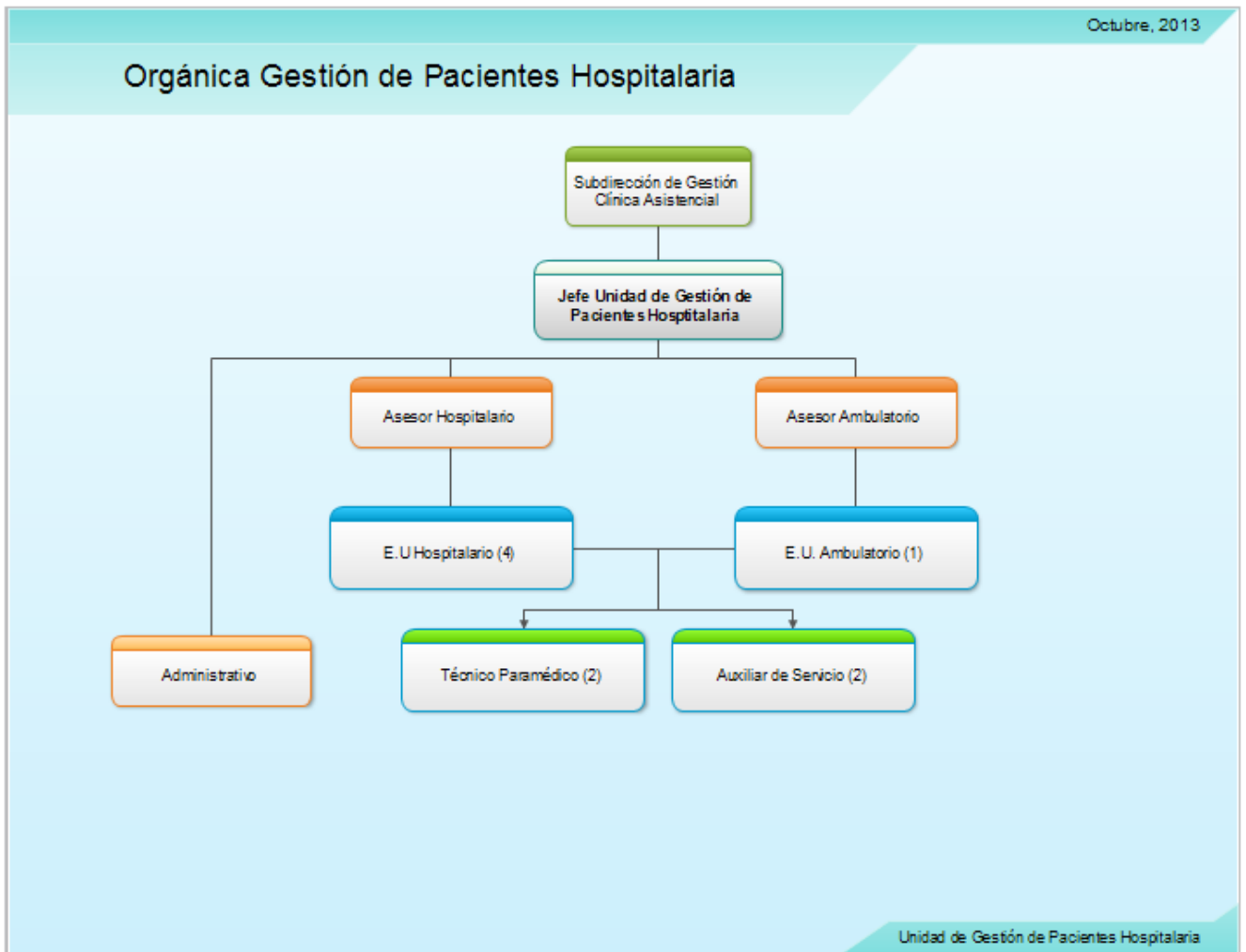
En la figura 14 se aprecia una orgánica liderada por el gestor de pacientes, un profesional cuyo liderazgo radica en análisis, depuración y sistematización de información con la finalidad de aislar riesgo y proponer alternativas asertivas para la toma de decisiones, en otras palabras es un apoyo para la toma de decisiones a nivel estratégico. Por ende, otra de las recomendaciones para la factibilidad de implementación del Modelo de Gestión de Pacientes es contar con un profesional del área de la administración o ingeniería cuyo expertis radica en estos ámbitos.

Para el soporte técnico del negocio (prestaciones de salud de calidad y oportunas) dicho Gestor de Pacientes se respaldará de la experiencia y conocimientos de los profesionales competentes que lo asesorarán en esta materia. Es decir, se apoyará de dos profesionales médicos quienes tendrán por responsabilidad las áreas –por separado- hospitalaria y ambulatoria de especialidad propias a cada establecimiento.

Para el ámbito operativo, la unidad dispondrá de tres o cuatro enfermeras –según estime la institución- para coordinar las acciones y tareas priorizadas y programadas por los asesores. Este grupo de profesionales también se distribuirá bajo la lógica hospitalaria y ambulatoria de especialidad.

Para el soporte, la unidad contará con personal para el apoyo clínico (Técnico en Salud y Auxiliar de salud) y para el apoyo administrativo se propone a un administrativo con mención en análisis de datos.

**Figura 14 Orgánica del Equipo a Cargo del Modelo**



Fuente: Elaboración propia

Otro de los aspectos esenciales de cualquier sistema de calidad es el proceso de evaluación y control, como ya se mencionó en puntos anteriores dentro de los elementos estratégicos de este sistema se halla control y monitoreo y evaluación. A fin de dar cuerpo a la corresponsabilidad institucional se presenta en la tabla 13 la ficha General del Proceso de Gestión de Pacientes y sus alcances como estructura al interior de la orgánica.

**Tabla 13 Ficha Proceso General de Gestión Hospitalaria de Pacientes**















DIGERA		GESTIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES		Equipo Colaborador DIGERA
<b>PROCESO: GESTIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES</b>			<b>RESPONSABLE: SUBDIRECTOR DE GESTIÓN CLÍNICA</b>	
<b>OBJETIVO:</b> Diagnosticar, Planificar, Coordinar, Controlar, Monitorear y Evaluar el Proceso de Atención de Pacientes al Interior del Establecimiento de Salud			<b>DOCUMENTACIÓN</b> Reporte GI, Informe de Indicaciones	
<b>ALCANCE</b>	<p>* <b>Empieza:</b> En cada ciclo de evaluación institucional y continuamente con la generación de demanda usuaria</p> <p>* <b>Incluye:</b> Todos los componentes de la Gestión. En este caso particular: cartera de prestaciones y servicios institucionales, evaluación y diagnóstico de capacidades, planificación de actividades y coordinación de actores locales, priorización y asignación de recursos y evaluación y seguimiento.</p> <p>* <b>Termina:</b> Proceso de mejora continua que en términos de servicio finaliza cuando el usuario egresa del sistema hospitalario</p>			
<b>ENTRADAS</b>	Lineamientos Institucionales y demanda usuaria, evaluación del cumplimiento del programa del periodo anterior y evaluación de indicadores de unidades de calidad y control.			
<b>PROVEEDORES</b>	<b>Internos:</b> Todo el sistema hospitalario			
	<b>Externos:</b> FONASA, UGCC, Servicio de Salud, Subdirector de Gestión Clínica, Subdirector de Gestión Financiera, Sub Dirección de Gestión			
<b>SALIDAS</b>	Programas de acciones y recursos coordinados coherentes con las demandas priorizadas Evaluación de cumplimiento de metas de periodo			
<b>CLIENTES</b>	Dirección y Subdirección de Gestión Clínica y usuarios			
<b>INSPECCIONES</b>			<b>REGISTROS</b>	
Diarias, mensuales y al final de cada periodo			GRD, CG, Calidad, y los propios a la Unidad de GPH	
<b>VARIABLES DE CONTROL</b>			<b>INDICADORES</b>	
Casos Críticos Capacidad de respuesta Reportes y sistemas de información Lineamientos Institucionales			<b>GLOBALES</b> Estancia media según GRD Índice de Reingreso de pacientes según GRD Tiempo de Permanencia de pacientes en la UEH % de Cumplimiento del agendamiento médico <b>INTERNOS GPH</b> % de casos críticos resueltos con oferta externa % de cumplimiento del programa de actividades del periodo	

Fuente: Elaboración propia

### Del Diseño del Modelo desagregado por Procesos

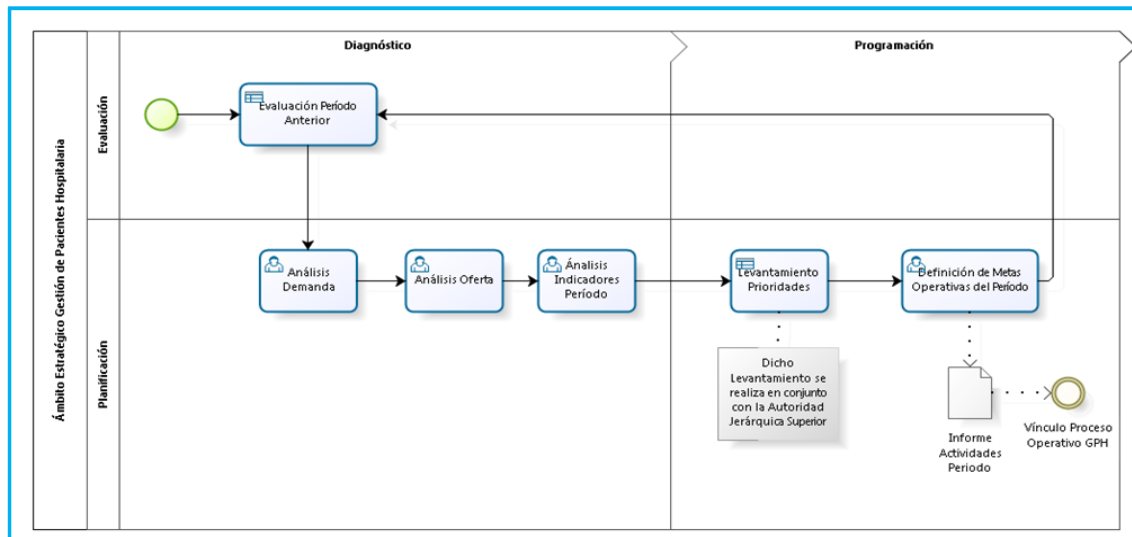
En función a lo descrito en el Marco Metodológico y en el Mapa General del Modelo de Gestión de Pacientes, finalmente corresponde presentar el Modelo Desagregado por Procesos a fin de contribuir a su lógica operativa. Para ello, se utilizó el lenguaje BPMN del Freeware BizAgi.

**Tabla 14 Desglose de Términos Generales del BPMN**

	<b>Evento de Inicio:</b> Indica el comienzo del proceso o sub-proceso.
	<b>Tarea de Usuario:</b> Corresponde a las tareas que requieren la intervención de un usuario, las cuales son apoyadas por algún tipo de sistema o aplicación.
	<b>Tarea de Sistema:</b> Corresponde a las tareas que se ejecutan en forma automática, es decir, sin la intervención de un usuario.
	<b>Tarea Manual:</b> Corresponde a las tareas que el usuario realiza en forma manual, es decir, no se utiliza ningún tipo de sistema o aplicación.
	<b>Sub-Proceso:</b> Corresponde a un proceso llamado dentro otro proceso, es decir, un conjunto de tareas que se ejecutan dentro del contexto del proceso principal.
	<b>Sub-Proceso en Color Degradado:</b> Corresponde a un proceso llamado dentro otro proceso que no está modelado, es decir, hace referencia a un conjunto de tareas descritas fuera del alcance de este documento.
	<b>Compuerta exclusiva:</b> Corresponde a las decisiones que determinan la corriente del flujo.
	<b>Compuerta paralela:</b> Indica que la corriente del flujo continuará por cada una de las salidas de la compuerta.
	<b>Compuerta inclusiva:</b> Indica que la corriente del flujo continuará por al menos una de las salidas de la compuerta.
	<b>Compuerta basada en eventos:</b> Indica que la corriente del flujo continuará por una de las salidas de la compuerta, según la primera actividad que se ejecute en este punto del proceso.
	<b>Evento de Temporización:</b> Indica tiempo de demora en el proceso.
	<b>Evento de Término:</b> Indica el fin del proceso o sub-proceso.
	<b>Transición Color Verde:</b> Indica el flujo normal de eventos.
	<b>Transición Color Rojo:</b> Indica el flujo excepcional de eventos.

Fuente: Elaboración propia basado en el Desglose de Término BizAgi (BPMN)

**Figura 15 Proceso de Gestión de Pacientes Hospitalaria Ámbito Estratégico**



Fuente: Elaboración propia

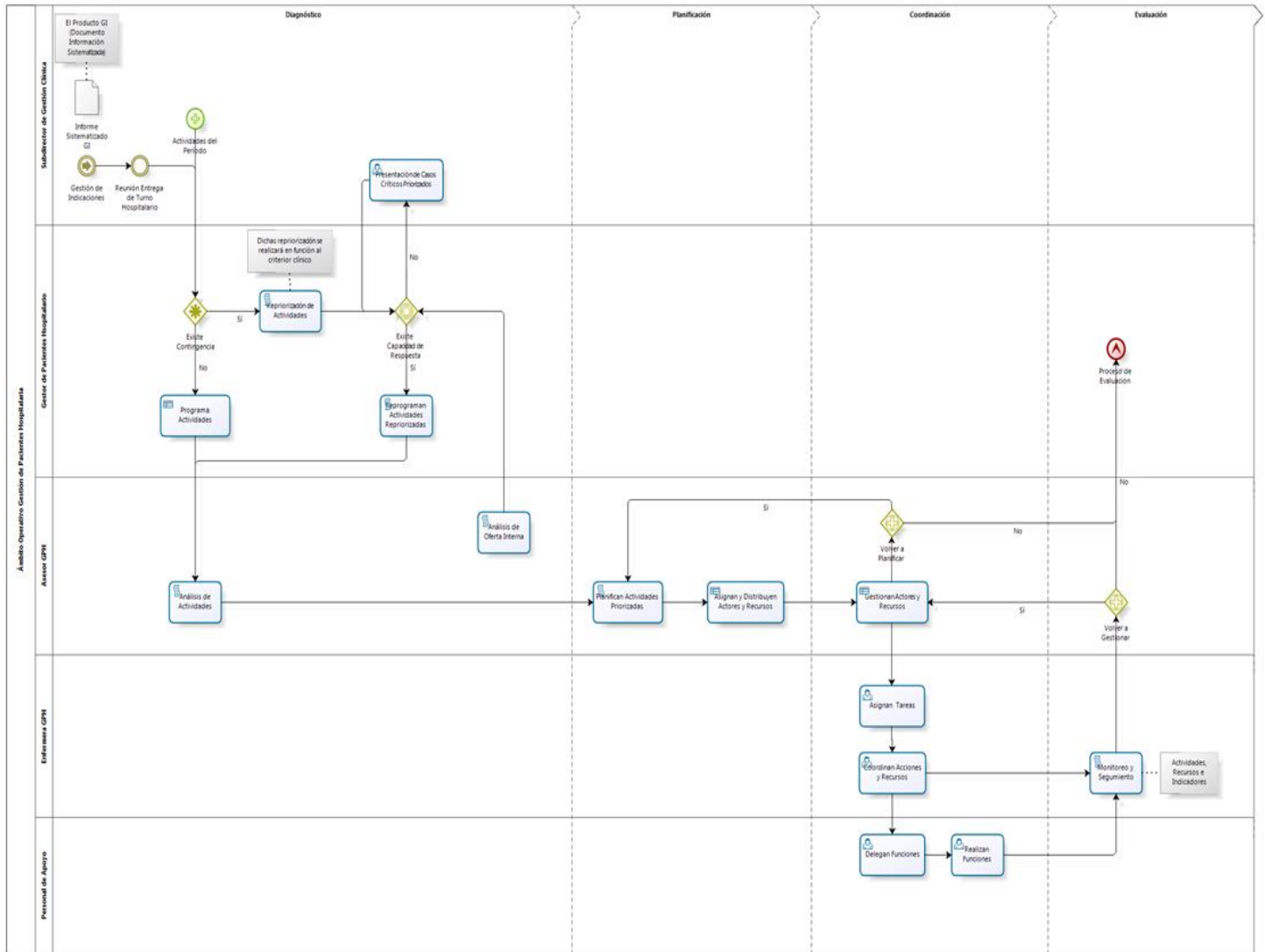
**Tabla 15 Ficha Proceso General de Gestión Hospitalaria de Pacientes Ámbito Estratégico**

FICHA DE PROCESO			
PROCESO DE GESTIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIO (Ámbito Estratégico)	Versión	Fecha	Autor
		1.1	18-11-2013
<b>Responsable</b>	Gestor de Pacientes		
<b>Objetivo</b>	Programar el trabajo coordinado y participativo entre los distintos actores involucrados en el cumplimiento de las metas que han sido establecidas en función de las necesidades de atención a los pacientes		
<b>Entradas</b>	Evaluación de Metas del Período Anterior y Reportes de unidades de calidad y control		
<b>Salidas</b>	Informe de Metas Operativas del Período		
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Gestión de Pacientes</li> <li>• Equipo Directivo</li> <li>• Unidades de Calidad y Control</li> </ul>		
<b>Actividades</b>	Tarea	Descripción	
	Evaluación Periodo Anterior	Actividad que recoge el nivel de cumplimiento de las metas operativas trazadas para el periodo recién finalizado. Se consideran los factores tanto externos como internos que incidieron en el logro de los objetivos. El resultado de esta actividad es un detalle con las acciones pendientes que deberán ser consideradas en el siguiente proceso de planificación	
	Análisis de demanda	Análisis detallado de la demanda de prestaciones de salud para el periodo y de requerimientos institucionales de recursos críticos en función de la demanda y de las tasas de ocupación (personal, equipos, insumos, etc.)	
	Análisis de Oferta	Levantamiento de recursos y capacidades disponibles. Esta actividad se alimenta de la información provista por las unidades clínicas y las unidades apoyo	
	Análisis indicadores periodo	Recopilación y análisis de los indicadores del periodo recién pasado. Se considerarán indicadores manejados por la unidad de control de gestión, GRD, Unidad de Seguimiento, unidad de calidad y seguridad del paciente y estadística.	
	Levantamiento de Prioridades	Reunión técnica donde participa el cuerpo Directivo (Dirección y Subdirecciones existentes) y la unidad de gestión de pacientes donde, en base al análisis de requerimientos y capacidades se definen directrices y la priorización de metas institucionales del periodo. En definitiva se dispone de criterios específicos para definir acciones.	
Definición Metas Operativas del Periodo	En base a las directrices y metas priorizadas para el periodo, se operacionalizan las actividades y tareas dando como resultado un programa de trabajo		

		coordinado y participativo entre los distintos actores involucrados en el cumplimiento de las metas
	<b>Subproceso</b>	<b>Descripción</b>
	Gestión de Indicaciones	Conjunto de actividades de coordinación que tiene como objetivo el análisis, planificación y ejecución de las indicaciones médicas prescritas por un profesional médico a cargo de un paciente.

Fuente: Elaboración propia

**Figura 16 Proceso de Gestión de Pacientes Hospitalaria Ámbito Operativo**



Fuente: Elaboración propia



**Tabla 16 Ficha Proceso General de Gestión Hospitalaria de Pacientes Ámbito Operativo**

FICHA DE PROCESO			
PROCESO DE GESTIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIO (Ámbito Operativo)	Versión	Fecha	Autor
		1.1	18-11-2013
<b>Responsable</b>	Gestor de Pacientes		
<b>Objetivo</b>	Programar y/o reprogramar el trabajo coordinado y participativo entre los distintos actores involucrados en el proceso; según la programación de metas operativas del período y/o en función de los eventos contingentes sucedidos en el corto plazo (necesidades de atención crítica de pacientes y de recursos no disponibles).		
<b>Entradas</b>	Informe de Metas Operativas del Período Reporte Gestión de Indicaciones Reporte Entrega de Turno		
<b>Salidas</b>	Necesidades Resueltas y/o Irresueltas Evaluación del período		
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Gestión de Pacientes</li> <li>• Equipo Directivo</li> <li>• Actores del Proceso Hospitalario</li> </ul>		
<b>Actividades</b>	<b>Tarea</b>	<b>Descripción</b>	
	Programa de Actividades	Programa de trabajo coordinado y participativo entre los distintos actores involucrados en el cumplimiento de las metas, en base a las directrices y metas priorizadas para el período.	
	Repriorización de Actividades	Actividades condicionadas por algún evento o situación contingente del corto plazo. A partir de esta acción y en base al Programa de Actividades del período se realiza una reprogramación de las mismas en función a criterios clínicos y de beneficio principalmente para los pacientes y a su vez del sistema hospitalario en su conjunto.	
	Análisis de Oferta	Levantamiento de recursos y capacidades disponibles. Esta actividad se alimenta de la información provista por las unidades clínicas y las unidades apoyo	
	Presentación de Casos Críticos Priorizados	Actividad condicionada en base a la capacidad de respuesta interna levantada en el análisis de oferta. En caso de limitación o incapacidad se presentarán aquellos casos previamente priorizados a las autoridades superiores (según dependencia jerárquica). Dicha actividad finaliza una vez que se otorgan alternativas externas o reasignación de recursos internos como solución.	
	Reprogramación de Actividades Repriorizadas	Reunión técnica donde participa el equipo Directivo de Gestión de Pacientes en el cual y en base al análisis de oferta interna y a las alternativas otorgadas por las autoridades superiores se reorganizan las actividades para el cumplimiento priorizado de necesidades. Importante es que siempre prima el criterio clínico para la priorización y reprogramación. Resultado Plan acotado de actividades repriorizadas y reprogramadas.	
	Análisis de Actividades	En base al Plan acotado de actividades repriorizadas y reprogramadas los Asesores de la Unidad realizan un análisis de dicho plan a fin de separar las actividades según cada competencia y las que les corresponden en conjunto.	

	Planificación Actividades Priorizadas	Actividad realizada por los asesores de la Unidad y que en base al análisis de actividades culmina con un plan acotado de acciones priorizadas y organizadas al corto plazo y de manera estratégica.
	Asigna y Distribuyen Actores y Recursos	Asignación y Distribución de Actores y Recursos según el plan acotado de acciones priorizadas y organizadas previamente.
	Gestionar Actores y Recursos	Actividad que tiene por finalidad gestionar ya sea actores o recursos o ambos en función del plan de acciones levantado.
	Asignan Tareas	Actividad que tiene por fin asignar tareas al equipo operativo de la Unidad en función al plan de acciones y la gestión de actores y recursos previamente realizados. Esta Actividad es una acción de coordinación y organización hospitalaria.
	Coordinan Actores y Recursos	Actividad operativa que tiene por fin organizar y movilizar las acciones y recursos dispuestos para el cumplimiento de las actividades establecidas en el plan de acciones. El fin principal de esta actividad es ser una especie de conector del sistema en su conjunto.
	Delegan Funciones	Actividad condicionada en base a la capacidad de acción y ocupación del equipo operativo. En caso que amerite ya sea por falta de cobertura del plan o a fin de agilizarlo, se delegarán algunas acciones específicas y acotadas al personal de la apoyo de la unidad.
	Ejecutan Funciones	Realización de las acciones delegadas.
	Monitoreo y Seguimiento	Monitoreo y seguimiento de las acciones emprendidas, recursos desplegados e indicadores comprometidos.
	Evaluación de la Programación de Actividades	Actividad que recoge el nivel de cumplimiento de las actividades programadas según las metas operativas trazadas para el periodo recién finalizado y las situaciones contingentes. El resultado de esta actividad es un detalle con las acciones pendientes que deberán ser consideradas en el siguiente proceso de planificación.
	<b>Subproceso</b>	
	Gestión de Indicaciones	Conjunto de actividades de coordinación que tiene como objetivo el análisis, planificación y ejecución de las indicaciones médicas prescritas por un profesional médico a cargo de un paciente. El producto de este proceso –sólo si amerita- es un reporte diario acotado y sistematizado donde se describen aquellas indicaciones no ejecutadas y pese a las gestiones realizadas; ya sea por falta de oferta interna o fallas en la misma. Al mismo tiempo, se informarán aquellos casos clínico críticos o con flujo hospitalario estanco.
	Entrega de Turno	Proceso que tiene por finalidad conocer y ordenar la dinámica hospitalaria en función de la información provista por los jefes de servicio clínico –y a nuestro parecer-, más los de apoyo y el reporte sistematizado de la GI

Fuente: Elaboración propia

#### **5.4 Desafíos futuros: implementación de la propuesta e investigaciones pendientes**

En relación a las recomendaciones generales contenidas en cada uno de los puntos desarrollados a lo largo de este documento; resulta importante recalcar que el Modelo descrito es una propuesta que se construyó sin recoger la visión de fuentes regionales.

Tampoco se realizó un proceso de validación del objetivo del Modelo, lo que necesariamente implica desarrollar este proceso previamente ante cualquier aplicación piloto.

No debemos olvidar que dentro de las aportaciones generales, el Modelo de Gestión de Pacientes es una estrategia necesaria para fortalecer la gestión hospitalaria y que debe surgir como política de pública emanada, direccionada e instalada desde la autoridad competente.

Otra propuesta y bajo criterios técnicos y de factibilidad metodológica, es requisito mínimo depurar aquellos desperdicios que restan valor al proceso global y/o desagregado por medio de una aplicación piloto, pues sólo de esa manera estaríamos estableciendo un modelo estandarizado.

Considerando que esta investigación de tipo exploratoria es sólo un marco de referencia, se recomienda proseguir este estudio realizando la implementación del modelo de Gestión Hospitalaria de Pacientes en dos establecimientos de alta complejidad simultáneamente (una organización de gestión mejorable y una organización de gestión potenciable) a fin de verificar en el campo –manteniendo como línea base otro establecimiento de alta complejidad sin el modelo-, y a partir del seguimiento respectivo durante el proceso implementación, el impacto que aporta el Modelo mediante el control de indicadores de desempeño previamente establecidos, aquellas áreas o elementos mejorables y sustituibles que alejan el nivel de riesgo asociado a cualquier sistema de gestión que pretenda instalarse.

Por otra parte, se sugiere el acompañamiento permanente y constante del órgano competente – Departamento de Procesos Clínicos Integrados- durante la etapa de implantación piloto, por medio de un equipo técnico y asesor que lidere y dirija el proyecto y sus acciones para no afectar los resultados finales.

Finalmente y tras evaluar los resultados, se propone –sólo si estos son favorables- dar forma y figura a este Modelo por medio de una norma que respalde y cimiente el proceso a nivel hospitalario. Gestionando recursos, integrando agentes y motivando autoridades para fortalecer el cambio institucional en el corto plazo.

## VI. Bibliografía

- AEDO, Cristián. (2001). *“Transformación Económica en Chile. Capítulo 14: La Reforma en la Salud en Chile”*. Chile, Santiago. Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/cep/TE14.pdf>. [Acceso: 17 de Agosto de 2012].
- ARENAS, H. (2008). *“Ejes de la Modernización del Estado en Chile”*. Políticapública. Disponible en: <http://www.politicapublica.cl/wp-content/uploads/2008/07/serie-prospect-horizont-3.pdf>. [Acceso: 3 de Enero de 2013].
- ARTAZA, O.; BARRÍA M.; FUENZALIDA, A.; NUÑEZ, K.; QUINTANA, A.; VARGAS, I; VENEGAS C. Y VIDALES, A. (2007). *“Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios”*. Serie de Cuadernos, Manual Administrativo N°9. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud.
- BACHELLET, M. (2000) *“Creación del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)”*. Exenta N° 2164 del 12 de Octubre de 2000. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/deis/vitales/pais/resoluc.htm> [Acceso: 20 de Diciembre de 2013].
- BARZLAY, M. y CORTÁZAR, J. (2004). *“Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencial social”*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D. C. Disponible en: <http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/2202.pdf>. [Acceso: 12 de Marzo de 2013].
- BELTRÁN, J. y OTROS (2010-2011). *“Guía para una Gestión Basada en Procesos”*. Instituto Andaluz de Tecnología. Depósito Legal (BI-2935-02). Disponible en: <http://www.novaproject.cl/gestor/archivos/quia%20para%20una%20gestion%20basada%20en%20procesos.pdf> [Acceso: 13 de Octubre de 2013].
- CABRERO, E; (1993). *“La Gestión Pública su Situación Actual”*. Fondo de Cultura Económica de México. Disponible en: <http://www.iapgroo.org.mx/website/biblioteca/LA%20GESTION%20PUBLICA%20SU%20SITUACION%20ACTUAL.pdf>. [Acceso: 3 de Febrero de 2013].
- CANTABRIA UNIVERSIDAD (2013). Tema 9: Enfermera Gestora de Casos. Ciencias de la Salud. Gestión de los Servicios de Enfermería (2013). Materiales. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/gestion-de-los-servicios-de-enfermeria/materiales/tema-9/tema-9.-enfermera-gestora-de-casos>. [Acceso: 7 de Febrero de 2013].
- CASEN (1998). *“Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional”*. Disponible en: [http://www.archivochile.com/Chile\\_actual/11\\_econom/chact\\_econ0013.pdf](http://www.archivochile.com/Chile_actual/11_econom/chact_econ0013.pdf). [Acceso: 28 de Febrero de 2013].
- CENSO (2002). *“Síntesis de Resultados Censo 2002”*. INE. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>. [Acceso: 28 de Febrero de 2013].
- COMISIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA (2004). Diario Oficial de la Unión Europea Extracto de la Recomendación (2003). *“Definición de Microempresas, Pequeñas y Medianas Empresas Adoptada por la Comisión”*. Artículo I. Disponible en: [http://www.naviaporcia.com/images/documentos/documento\\_14.pdf](http://www.naviaporcia.com/images/documentos/documento_14.pdf). [Acceso: 10 de Enero de 2013].

- CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2007). "Resumen de los Programa PRYME de Chile". Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/24CE2670822F266A05257C0B000CAF43/\\$FILE/Modernizacion\\_Estado.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/24CE2670822F266A05257C0B000CAF43/$FILE/Modernizacion_Estado.pdf). [Acceso: 21 de Noviembre de 2013].
- CROZIER, M. (1997). "La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública". Reforma y Democracia. Venezuela, Clad (7):7-18. Disponible en: [https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/2789/1/transici%C3%B3n\\_paradigma\\_burocratico\\_cultura.pdf](https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/2789/1/transici%C3%B3n_paradigma_burocratico_cultura.pdf). [Acceso: 3 de Enero de 2013].
- DASCAL G.; CÓRDOBA, J. y PORRAS, J. (2007) I. "Informe final de evaluación Programa de reforma y administración del Estado". Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/595/articles-31628\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/595/articles-31628_doc_pdf.pdf). [Acceso: 21 de Noviembre de 2013].
- DECRETO 38, (2005). "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor complejidad y de los Establecimientos de autogestión en red". Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-4792.html>. [Acceso: 21 de Noviembre de 2013].
- DÍAZ, D.; GÓMEZ, E.; CUERVO, J. Y DE LA SOTA, J. (2007). "Guía de Emprendedores de Base Tecnológica". Disponible en: [http://www.ucm.es/info/otri/descargas/guia\\_emprendedores\\_ebts\\_2007.pdf](http://www.ucm.es/info/otri/descargas/guia_emprendedores_ebts_2007.pdf). [Acceso: 10 de Enero de 2013].
- DIGERA, (2012). "Mapa de Procesos Priorizados". Disponible en: [www.salunet.cl](http://www.salunet.cl) Acceso: [Junio de 2013].
- DIPRES, (2012). "Proyecto de Presupuesto 2012". Disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/572/articles-76644\\_Prioridades\\_2012.pdf](http://www.dipres.gob.cl/572/articles-76644_Prioridades_2012.pdf). [Acceso: 10 de Enero de 2013].
- ECORA (2011). "La Lógica Automata del Mercado" Disponible en: <http://ecorablog.blogspot.com/2011/03/lologica-automata-del-mercado.html>. [Acceso: 9 de Septiembre de 2013].
- ECHEBARRÍA, K. (2000). "La Reivindicación de la Reforma Administrativa". Banco Interamericano de Desarrollo, División Estado y Sociedad Civil. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0038545.pdf>. [Acceso: 3 de Enero de 2013].
- ENCICLOPEDIA FINANCIERA (2011). "Estructura Organizativa". Disponible en: <http://www.encyclopediainanciera.com/organizaciondeempresas/estructura-organizacional.html>. [Acceso: 2 de Diciembre de 2013].
- ENTREGA ACCESO A INFORMACIÓN a solicitante Myriam Andrea Gutiérrez Pinto código ingreso ae004w-0000506 en virtud de lo establecido en el artículo 16 de la ley N° 20.285. 126 Resolución Exenta N° 126 (Enero 2014).
- FANTOVA, F. (2005). "Nuevos Modelos en Gestión Social: Calidad y Excelencia en las Organizaciones Sociales". Disponible en: [www.fantova.net](http://www.fantova.net). [Acceso: Septiembre de 2013].
- FERNÁNDEZ, L. (2006). "Ficha para investigadores ¿Cómo analizar datos cualitativos?". Universitat de Barcelona Institut de Ciències de l'Educació Secció de Recerca. Disponible en: [Acceso: 10 de Octubre de 2014].

- FLEURY, S. (2002). *“Reforma del Estado”*. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Disponible en: <http://app.ebape.fgv.br/comum/arg/Freury1.PDF>. [Acceso: 3 de Enero de 2013].
- FUENTES, M. (2011). *“Arquitectura para un Sistema de Alta Dirección Pública Municipal”*. Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.mgpp.cl/wp-content/uploads/2012/06/CASO118.pdf>. [Acceso: 28 de Diciembre de 2012].
- FUENZALIDA, J. (2011). *“Arquitectura para un Sistema de Alta Dirección Pública Municipal”*. Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.mgpp.cl/wp-content/uploads/2012/06/CASO118.pdf>. [Acceso: 28 de Diciembre de 2012].
- GARCÍA, MA. y CASTILLO, L. (2000). “Categorización de Usuarios: Una herramienta para evaluar cargas de trabajo de enfermería”. *Revista Médica de Chile*. v. 128. n. 2. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000200007&script=sci_arttext) [Acceso: 23 de Enero de 2013].
- GONZÁLEZ, E. (2007). *“La teoría de los Stakeholders. Un puente para el desarrollo práctico de la ética empresarial y de la responsabilidad social corporativa”*. Veritas, Universiat Jaume I España. Disponible en: <http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=richard%20freeman%20y%20los%20stakeholders&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CE4QFjAD&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2471547.pdf&ei=Hz7oUcfCCqz8iQKw0YGgDg&usq=AFQjCNEMx--P3ItEFduCvSjMfFboqtRhXA&bvm=bv.49478099.d.cGE> [Acceso: 12 de Marzo de 2013].
- LLORENS, G. (2011). *“¿Qué entendemos por Gestión? Concepto de Gestión. DEstrategia*. Disponible en: <http://controldegestion.wordpress.com/2011/07/15/%C2%BFque-entendemos-por-gestion/> [Acceso: 4 de Enero de 2013].
- LOSADA, C. (1998). *“¿De Burócratas a Gerentes? Las ciencias de la gestión aplicada a la administración del Estado”*. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://www.iadb.org/publications/book.cfm?id=928652&lang=es>. [Acceso: 4 de Enero de 2013].
- MARSHALL, J. Y WAISSBLUTH, M. (2007). *“Reforma del Estado en Chile: Una oportunidad”*. [www.mariowaisbluth.com](http://www.mariowaisbluth.com). Serie en foco N°122. Corporación Expansiva. Disponible en: [http://www.mariowaisbluth.com/descargas/reforma\\_del\\_estado.pdf](http://www.mariowaisbluth.com/descargas/reforma_del_estado.pdf). [Acceso: 4 de Enero de 2013].
- OLIVARES-TIRADO, P Y SALAZAR B., E (2006). *“Documento de Trabajo. Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: chile 2002 – 2020”*. Departamento de Investigación y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-4021\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-4021_recurso_1.pdf). [Acceso: 5 de Diciembre de 2013].
- OMS (2008). *“Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”*. Ediciones de la OMS. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf). [Acceso: 24 de Marzo de 2014].
- PAUBLO, M.; CORTÉS, V., ARAYA, E. y ESTURILLO, C. (2013). *“Instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red”*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- PEREZ, Y. YCOUTIN, A. (2005). *“Gestión del Conocimiento: Un nuevo enfoque en la Gestión Empresarial”*. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13\\_6\\_05/aci040605.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_6_05/aci040605.htm). [Acceso: 15 de Febrero 2013].

- PINTO, L. Y SIERRA, L. (2012). "Técnicas utilizadas en el Proceso de Adquisición de Conocimiento: Una revisión sistemática en el área de "Management". Disponible en: <http://www.laccei.org/LACCEI2012-Panama/StudentPapers/SP013.pdf>. [Acceso: 15 de Febrero 2013].
- SEPÚLVEDA, D. (2012). "Diseño de Servicios para la Salud". Universidad Católica de Valparaíso. Disponible en: <http://blog.estrategiasalud.cl/p/documentos.html>. [Acceso: 14 de Diciembre de 2013].
- SIDRA (2013). "Informe Público de Avance SIDRA". Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: <http://www.salud-e.cl/proyectos/sidra/>. [Acceso: 14 de Diciembre 2013].
- SMITH, A. Traducido en ORTIZ, J. (1794 – 1806) D. "Investigación de la Naturaleza y Causas de la Riqueza de las Naciones". Tomo IV, Cap. IX. Disponible en: [http://www.marxists.org/espanol/smith\\_adam/1776/riqueza/index.htm](http://www.marxists.org/espanol/smith_adam/1776/riqueza/index.htm). [Acceso: 10 de Enero de 2013].
- TEROL, E.; HAMBY, E. F.; MINUE, S. (2001) "Gestión de Enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios". Medifam, Madrid, v. 11, n. 2, feb. 2001. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000200001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000200001&lng=es&nrm=iso). [Acceso: 07 de marzo 2013]. <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682001000200001>.
- TORRES, F. (2009). GestioPolis [Internet]. "Derecho Internacional de la Empresa. La Empresa como Sujeto de Derecho del Derecho Internacional de la Empresa". Disponible en: <http://www.gestipolis.com/economia/derecho-internacional-de-la-empresa.htm>. [Acceso: 10 de Enero de 2013].
- THOMPSON, I. (2006). PromonegocioS.net. "Definición Empresa". Disponible en: <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/empresa-definicion-concepto.html>. [Acceso: 10 de Enero de 2013].
- VALVERDE, M.Y HERNÁNDEZ M. (2012). "Modelo de gestión de casos e investigación". Enferm. Glob., Murcia, v. 11, n. 26, abr. 2012. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200016&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200016&lng=es&nrm=iso). [Acceso: 07 de Marzo 2013]. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200016>.
- WAISSBLUTH, M. (2003). "La Insularidad en la Gestión Pública Latinoamericana". [www.mariowaisbluth.com](http://www.mariowaisbluth.com). Revista del CLAD, Reforma y Democracia, n° 27, pp. 75-88. Disponible en: <http://www.mariowaisbluth.com/descargas/insularidad.pdf>. [Acceso: 4 de Enero de 2013].
- WAISSBLUTH, M. (2003). "Reforma del Estado en América Latina". [www.mariowaisbluth.com](http://www.mariowaisbluth.com). Editorial Polis. Disponible en: [http://www.mariowaisbluth.com/descargas/reforma\\_en\\_america.pdf](http://www.mariowaisbluth.com/descargas/reforma_en_america.pdf). [Acceso: 4 de Enero de 2013].
- WAISSBLUTH, M. (2008). "Gestión del Cambio en el Sector Público". Curso: Introducción a la Gestión Pública. Diploma Gerencia Pública; Magíster en Gestión y Políticas Públicas; Departamento de Ingeniería Industrial; Universidad de Chile. [www.u-cursos.cl](http://www.u-cursos.cl). Disponible en: <http://www.dii.uchile.cl/~ceges/publicaciones/109%20ceges%20MW.pdf>. [Acceso: 4 de Enero de 2013].
- YIN, R. (1984). "Investigación sobre estudio de casos, Diseño y Métodos"; Inglaterra: Londres. Disponible en: <http://www.polipub.org/documentos/YIN%20ROBERT%20.pdf>. [Acceso: 20 de Septiembre de 2012].

ZARATIEGUI, J. (1999). *“La Gestión por Procesos: Su Papel e Importancia en la Empresa”*. Revista Economía Industrial N<sup>o</sup> 330 1999/ VI. Disponible en: <http://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/01121.pdf>. [Acceso: 4 de Enero de 2013].



## VII. Anexos

### 7.1 Archivo de Prensa

Fecha	Medio	Temática	Titular	Lead
27 de Agosto 2012	Canal TVN 24 horas	Nacional/Salud	Colapsa servicio de urgencia del hospital San Juan de Dios	El servicio de urgencia del Hospital San Juan de Dios colapsó durante el fin de semana. Los pacientes denuncian que hay hospitalizados en sillas y que algunas demoras han superado las 24 horas.
28 de Abril de 2010	Diario La Tercera	Nacional	Bebe nació en Maternidad del Hospital San José	En uno de los baños de la Maternidad del Hospital San José nació una bebe de sexo femenino identificada como Francisca, 39 semanas de gestación que pesó 3 kilos 700 gramos.
31 de Julio de 2007	Diario La oPiñón	Sociedad	La Indigna espera en los Hospitales y Consultorios Públicos	A pesar de la promesas, de recursos invertidos esto no cambia ¡Exigimos una atención en salud Digna!
18 de Junio de 2012	Sitio Web Cambio 21	País/Salud/Reforma a la Salud	Colapsan Hospitales Públicos por aumento de enfermedades respiratorias	El ministro de Salud, Jaime Mañalich, señaló que se deberán habilitar más camas en los hospitales y centros de atención públicos ante el colapso del sistema por las enfermedades respiratorias.
11 de Abril de 2013	Sitio Web Emol	Chile	Millonaria indemnización recibirán padres de bebé fallecido por mala atención en el parto	SANTIAGO.- La Sala Constitucional de la Corte Suprema condenó al Servicio de Salud de O'Higgins a pagar una indemnización de cien millones de pesos a los padres de un bebé que falleció 32 días después de nacido, debido a complicaciones en el parto.
23 de Marzo 2013	Diario La Tercera	País	Tres servicios de salud agrupan el 41% de casos AUGE vencidos	Cada una de las 69 enfermedades AUGE que hoy están vigentes -y que desde julio próximo se amplían a 80- tiene plazos establecidos para cada fase del tratamiento. Así lo dispone la garantía de oportunidad, que fija tiempos de espera, que van, por ejemplo, desde una atención inmediata hasta 180 días para la culminación de una terapia integral.
31 de Agosto de 2007	Sitio Web Universia	Chile / Noticias de Actualidad	Situación de la salud pública en Chile: ¿Un problema sin solución?	Que la salud pública está en problemas no es novedad. Que cada año hospitales y centros de salud primarios colapsan, tampoco. Y este 2007 no es la excepción. Si basta con revisar las informaciones de estas últimas semanas para darse cuenta que el mismo escenario se repite año tras año. ¿Ejemplos? El pasado viernes 24 de agosto, la reunión entre el Gobierno y autoridades del Colegio Médico, con el fin de evitar una movilización no se concretó, luego que los directivos no asistieran a la reunión.
25 de Abril de 2013	Radio Universidad de Chile		Crítica a sistema de concesión de nuevos hospitales	Gremios de trabajadores de la Salud solicitaron al Presidente Sebastián Piñera detener la tramitación de los hospitales clínicos de La Florida y Maipú, con la intención de dar paso a una discusión general sobre el sistema de atención pública. Esta petición se hizo con una marcada crítica al sistema de concesiones en

				la construcción de establecimientos sanitarios.
7 de Junio de 2013	Diario Uchile	Política	Colegio Médico advierte de crítica situación del sistema de salud de urgencia	Mediante un informe elaborado por un grupo de expertos en la materia, representantes del Colegio Médico advirtieron de limitaciones presupuestarias, deficiencia en especialistas y falta de camas, entre otras graves falencias de la salud pública de urgencias. La comisión de Salud de la Cámara de Diputados analizará el tema junto al ministro Jaime Mañalich, quien fue citado a la próxima sesión.
11 de Julio de 2013	Medio Hispan TV	Inicio / Reportajes	Sociedad chilena sufre falta de atención médica	Día a día los pacientes que llegan a los recintos sanitarios de la región chilena de La Araucanía sufren por la falta de atención médica y la carencia de especialistas de dicho ámbito. Diariamente, cerca de 100 personas serían rechazadas en estos recintos gestionados por los municipios. Desde la dirigencia regional de la Salud, la problemática tiene muchas aristas.
11 de Julio de 2013	Diario Uchile	En portada	Expertos dudan de impacto positivo de vacunación masiva contra la influenza	A una semana de la implementación de medidas sanitarias en la provincia de Iquique, epidemiólogos de la Universidad de Chile dudan del impacto positivo que pueda tener la vacunación masiva dispuesta por el Ministerio de Salud para enfrentar el brote del virus de la influenza que se registra en la región de Tarapacá. Ello en el contexto de la fiesta de La Tirana, que comenzó este miércoles.
17 de Julio de 2013	Sitio Web Terra	Nacional	Ex Posta Central: trabajadores amenazan con paro nacional	Los trabajadores de la ex Posta Central amenazaron con extender su movilización a nivel nacional a raíz del conflicto que mantienen hace una semana. Los funcionarios piden la salida del servicio del enfermero Héctor Araya, al que acusan de maltratos en contra de funcionarios y pacientes.
15 de Julio de 2013	CNN Chile	Nacional	Colapso hospital Roberto del Río	El sistema de emergencia del Hospital Roberto del Río colapsó, a raíz de la demanda de atención en casos pediátricos asociados a problemas respiratorios. De forma no oficial, se ha dado a conocer que una menor de 13 años falleció al interior del recinto.
16 de Marzo de 2009	Sitio Web Sección Nacional		Chile: El Colapso de la Salud Pública	Cada cierto tiempo, los medios de comunicación reportan los problemas de la salud pública...pero, en verdad, esta es una crisis permanente que enfrenta la amplia mayoría de la población. Ahí está la dura realidad de cada día: madrugar para realizar largas colas en el consultorio, si de ahí te derivan al hospital...esperar meses para ser atendido por un especialista; si es necesaria una operación...esperar meses o años para que se desocupe una cama. Ahora, si necesita ir a la posta, hay que armarse otra vez de paciencia

				esperando horas en los servicios de urgencia, frecuentemente colapsados.
18 de Junio de 2013	Canal TVN 24 horas	Nacional/Salud	Minsal reconoce colapso en hospitales por enfermedades respiratorias	El ministro de Salud, <b>Jaime Mañalich</b> , reconoció que el sistema público de salud presenta problemas ante la alta cantidad de pacientes con enfermedades respiratorias que tiene al borde del colapso al sistema asistencial.
19 de febrero de 2013	Sitio Web bibiochile	Nacional	Molestia por inusual colapso de verano en Hospital Las Higueras de Talcahuano	Las eternas esperas en la Urgencia del Hospital Las Higueras de Talcahuano motivó la denuncia de auditores a Radio BioBio. En el establecimiento de salud apuntan a la falta de atención en los consultorios y la llegada de personas que no son emergencias.
24 de Junio de 2009	Sitio Web Soitu.es	EFE	Santiago de Chile.- El Instituto de Salud Pública chileno elevó hoy a 5.186 casos la cifra de contagiados por la gripe A y afirmó que la enfermedad colapsó los servicios de urgencia de todos los hospitales públicos.	Santiago de Chile.- El Instituto de Salud Pública chileno elevó hoy a 5.186 casos la cifra de contagiados por la gripe A y afirmó que la enfermedad colapsó los servicios de urgencia de todos los hospitales públicos.

Fuente: Elaboración Propia en base a medios locales de prensa

## 7.2 Dimensiones y Subdimensiones a Observar

**Cuadro 5 Mapa de Análisis del Estudio a abordar desde la revisión documental**

Dimensión	Sub Dimensión	Variables a Observar
Alcances y Alternativas de instalación de la Reforma a la salud	Formas de evidenciar la instalación de la reforma a nivel institucional	Elementos característicos de la Gestión ya instalados Elementos propios al NPM (Nuevo Gerencialismo) observados en la orgánica
	Formas de evidenciar la instalación de la reforma a nivel sustancial	Elementos modernizadores de la figura estatal
Fortalezas y Debilidades en torno a la implementación de los aspectos que establece el Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios	Modelos de asistencia metodológica y acompañamiento técnico	Rol que asume el Estado a través de sus órganos, en torno a la asistencia metodológica y el acompañamiento técnico en la formulación y aplicación de la política.
	Modelos de transferencias económicas	Formas flexibles en la asignación y uso de transferencias (convenios de asignación directa, programas específicos)
	Modelos de Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y modalidades de aseguramiento de la calidad de la prestación de los servicios

Fuente: Elaboración Propia en base a recomendaciones del "Taller de Tesis II"  
María Pía Martín, Magíster en Gestión y Políticas Públicas;  
Departamento de Ingeniería Industrial; Universidad de Chile.

**Cuadro 6 Matriz de Operacionalización de Variables y Pauta Entrevista**

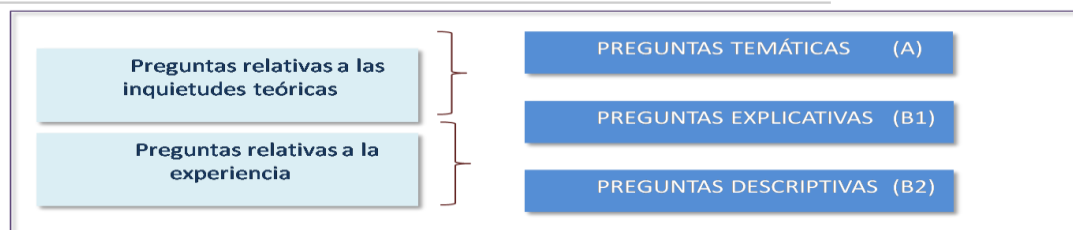
Operacionalización de Variables				Pauta Entrevista	
Dimensión	Definición operacional de la dimensión	Variables	Indicadores		
A. Madurez Institucional	Grado de instalación de la reforma a nivel sustancial en los organismos del Estado	Claridad respecto al principio de autogestión de la reforma	Percepción común de la política	¿Cuál es tu visión del servicio público?	
			Conocimiento general de los principios de la reforma	¿Cuál es el rol de la salud pública Chilena?	
			Prioridades claras y comunes respecto a la instalación de un Procesos de Gestión de Pacientes	¿Hacia dónde crees que está orientada hoy la salud pública?	
	Grado de instalación de la reforma a nivel institucional en los organismos del Estado	Legitimidad Institucional	Adaptación de la organización en estados de contingencia	Capacidad de reacción del establecimiento respecto a los cambios del perfil de la demanda –diaria o estacional- generando situaciones críticas	¿Estás orientaciones hacen sentido en tu organización?
			Percepción de la instalación de la política	Percepción de la capacidad de la autoridad competente para la instalación de la política	¿Debiera existir una orientación técnica y formal desde el Gobierno Central respecto a la Gestión de Pacientes?
				Percepción de la figura del Estado como garante	¿De quién depende el éxito, funcionamiento, etc. de la Gestión de pacientes?
B. Innovación y Aprendizaje Institucional	Transferencia de Modelos en base a la Gestión del Conocimiento	Desarrollo de las competencias necesarias al interior de las organizaciones	Conocimiento y comprensión de las características del sector público de salud	¿Cuánto tiempo te desempeñas en el sector público?	
			Elementos del sector privado en la salud como empresa pública	¿Tienes experiencia en el sector privado?	

			Reconocimiento de líderes que lideren la empresa –en el sentido social de ésta-	¿Qué motivó tu inserción al sistema público?
			Reconocimiento de fuentes de Conocimiento Externas	¿Conoces qué es la Gestión de Pacientes/Gestión de Demanda/Gestión de Casos?
			Reconocimiento de fuentes de Conocimiento Internas	¿La cultura organizacional incide en alguna medida en la Gestión de Pacientes? Según tu opinión ¿Por qué? En relación a los problemas que presenta la GP ¿De quién dependen las soluciones? ¿Existe algún responsable de ello?
C. Estructura Funcional de la Gestión de Pacientes	Verificación de los elementos del NPM y la GP en el sector salud	Diseño del Modelo de Gestión de Pacientes	Nuevos ámbitos de la Gestión en Salud	¿Has oído hablar de la Gestión de Pacientes? ¿Cómo la definirías la Gestión de Pacientes? ¿Qué orientación posee o hacia dónde está orientada?
		Estructura de la Gestión de Pacientes	Estructura Funcional	¿Existe Formalmente en tu organización? ¿Existe alguna intención o discurso de integrarla? Si existe, ¿Funciona actualmente en tu organización? ¿Qué elementos importantes debe contener la GP? ¿Cómo se estructura?
			Efectividad en la coordinación interna	¿Existen actores de este proceso? ¿Están definidos y/o formalizados institucionalmente? Si es no ¿Están definidos a nivel central? ¿Todos tienen el mismo grado de responsabilidad en el proceso de GP?
		Costos de Transacción en la instalación del Modelo	Cantidad de trámites u otras situaciones que limitan o entorpecen la gestión	Según tu experiencia ¿Existen problemas en el proceso de GP? ¿Cuáles?
			Capacidad de resolución y respaldo institucional ante dificultades	¿Ves alguna ruta de salida al o los problemas? Estas soluciones ¿Se encuentran al alcance?

Fuente: Elaboración Propia en base a recomendaciones del "Taller de Tesis II"  
 María Pía Martín, Magíster en Gestión y Políticas Públicas;  
 Departamento de Ingeniería Industrial; Universidad de Chile.

### 7.3 Alcances Metodológicos

**Cuadro 7 Tipos de Categorías para preguntas de investigación cualitativa**



**Cuadro 8 Guía entrevista en base a categoría por pregunta**

**Preguntas de Entrevista Semi Estructurada**

A 1 ¿Cuál es tú visión del servicio público?  
 A 2 ¿Cuál es el rol de la salud pública chilena?  
 A 3 ¿Hacia dónde crees que está orientada la salud pública?  
 A 4 ¿Conoces qué es la Gestión de Paciente/Gestión de Demanda/Gestión de Casos?  
 A 5 ¿Has oído hablar de ella?  
 A 6 ¿Debiera existir una orientación técnica y formal desde el Gobierno Central respecto a la GP?  
 A 7 ¿De quién depende el éxito, funcionamiento, etc. de la GP?  
 B1 1 ¿Qué motivó tú inserción al sistema público?  
 B1 2 ¿Estás orientaciones hacen sentido en tu organización?  
 B1 3 ¿Existe agregación de valor público en la salud pública chilena? ¿Cuál es? Según tu visión ¿Cuál sería?  
 B1 4 ¿Cómo lo definirías?  
 B1 5 ¿Cuál es su orientación o hacia dónde está orientada?  
 B1 6 ¿Todos tienen el mismo grado de responsabilidad en el proceso de GP?  
 B1 7 ¿Está al alcance? ¿De quién depende estas soluciones?  
 B1 8 ¿La Cultura organizacional incide en alguna medida en la GP? ¿Por qué?  
 B1 9 ¿Qué elementos importantes debe contener la GP? ¿Cómo se estructura?  
 B2 1 ¿Cuánto tiempo te desempeñas en el sector público?  
 B2 2 ¿Tienes experiencia en el sector privado?  
 B2 3 ¿Existe formalmente en tú organización? ¿Existe alguna intención o discurso de integrarlo? Si existe. ¿Funciona en tú organización?  
 B2 4 ¿Existen actores de este proceso? ¿Están definidos y formalizados institucionalmente o a nivel central?  
 B2 5 ¿Existen problemas en el proceso de GP?  
 B2 6 ¿Ves alguna ruta de salida al o los problemas?

Fuente: Elaboración Propia en base a recomendaciones de Barzelay M. y Cortázar J. (2004) "Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencial social". Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D. C.

**Tabla 17 Matriz de Análisis Entrevista en base a categoría por pregunta**

TP	PREGUNTA	EXPERTOS					TÉCNICOS										RG		
		E1	E2	E3	E4	EG	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	TG				
A 1	¿Cuál es tú visión del servicio público?																		
A 2	¿Cuál es el rol de la salud pública chilena?																		
A 3	¿Hacia dónde crees que está orientada la salud pública?																		
A 4	¿Conoces qué es la Gestión de Paciente/Gestión de Demanda/Gestión de Casos?																		
A 5	¿Has oído hablar de ella?																		
A 6	¿Debiera existir una orientación técnica y formal desde el Gobierno Central respecto a la GP?																		
A 7	¿De quién depende el éxito, funcionamiento, etc. de la GP?																		
B1 1	¿Qué motivó tú inserción al sistema público?																		



<b>Definición de la situación</b>	Cómo las personas entienden, definen o perciben el contexto o los tópicos en que se basa el estudio.	<b>IT</b>	<b>IT1</b>
<b>Perspectivas</b>	Maneras de pensar acerca del contexto que son compartidas por los informantes ("cómo se hacen las cosas aquí").		<b>IT2</b>
<b>Maneras de pensar acerca de las personas y los objetos</b>	Modo de verse a ellos mismos, a los de afuera, a los objetos en su mundo (más detalladamente que el anterior).		<b>IT3</b>
<b>Estrategias</b>	Maneras de conseguir las cosas; tácticas, métodos y técnicas que utilizan las personas para cubrir sus necesidades.		<b>IT4</b>
<b>Relaciones y estructura social</b>	Patrones no definidos oficialmente, como pandillas, coaliciones, romances, amistades, enemigos.	<b>IF</b>	<b>IF1</b>
<b>Métodos</b>	Problemas, alegrías y dilemas del proceso de investigación, a menudo en relación a los comentarios de los observadores.		<b>IF2</b>

Fuente: Elaboración Propia en base a recomendaciones de Bogdan y Biklen (1992) en Fernández L. (2006)  
 Ficha para investigadores ¿Cómo analizar datos cualitativos?  
 Universitat de Barcelona Institut de Ciències de l'Educació Secció de Recerca

#### 7.4 Categorización por Dependencia y Riesgo

Durante los años 80, producto de la competitividad que presentaban las empresas de servicios de salud, las enfermeras del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, debieron adoptar modelos de asistencia y gestión para afrontar con ventajas el futuro. Es por esto que desde el año 1983, surge la idea por parte de la Escuela de Enfermería y el Centro de Diagnóstico de la Facultad de Medicina de implementar el Modelo de Autocuidado de Dorotea Orem (García, MA., 1996).

Con el fin de identificar las características de los pacientes, se analizaron las demandas de cuidados directos, categorizándolos según grado de dependencia y nivel de riesgo, los cuidados se agruparon en universales o básicos y terapéuticos. (García, MA., Castillo, L., 2000).

El nivel de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales, donde se seleccionaron tres grupos de autocuidado, los cuales son: Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación.

El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos, donde se eligieron tres grupos de cuidados, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: Medición de Parámetros, Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería.

Los cuidados universales y terapéuticos preseleccionados, se valorizan utilizando el plan de atención como índice de valor predictivo de las demandas de cuidados, junto al instrumento de categorización, que contiene la tabla, con puntajes que identifica la dependencia y el riesgo de los usuarios. Desde 1995 hasta el año 2000 existían nueve variables de categorización, donde se excluían las categorías "D", que se incorporaron en el año 2000, éstas fueron dadas a conocer en el artículo "Categorización de Usuarios: Una Herramienta para Evaluar las Cargas de Trabajo de Enfermería".



**Tabla 20 Clasificación según Riesgo Dependencia**

	A	B	C	D
1	Máximo Riesgo Dependencia Total	Alto Riesgo Dependencia Total	Mediano Riesgo Dependencia Total	Bajo Riesgo Dependencia Total
2	Máximo Riesgo Dependencia Parcial	Alto Riesgo Dependencia Parcial	Mediano Riesgo Dependencia Parcial	Bajo Riesgo Dependencia Parcial
3	Máximo Riesgo Autonomía Parcial	Alto Riesgo Autonomía Parcial	Mediano Riesgo Autonomía Parcial	Bajo Riesgo Autonomía Parcial

Fuente: García, MA., Castillo, L. (2000). "Categorización de Usuarios: Una herramienta para evaluar cargas de trabajo de enfermería". Revista Médica de Chile. v. 128. n. 2.

### 7.5 Programa Completo Gestión de Enfermedades

#### COMPONENTES Y ACTIVIDADES DE UN PROGRAMA COMPLETO DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES

- Proceso de identificación de población
- Pautas y guías clínicas basadas en la evidencia
- Un modelo de funcionamiento basado en la cooperación para incluir a los médicos y a los proveedores de servicios de apoyo
- Identificación de riesgos y emparejamiento de intervenciones con necesidades
- Educación de autogestión / auto cuidados al paciente (puede incluir prevención primaria, programas de modificación de hábitos, y vigilancia y monitorización del cumplimiento)
- Medición de proceso y resultados, evaluación, y gestión
- Circuitos rutinarios de informes y retroalimentación (puede incluir comunicación con el paciente, médico, servicios de salud o aseguradoras y proveedores de servicios centrales y auxiliares, y perfiles de práctica clínica)
- Uso apropiado de tecnología de la información (puede incluir software especializado, registros de datos, herramientas de apoyo de decisión automatizadas, y sistemas de alerta para la revisión de procesos)

## 7.6 Definición de Indicadores a partir de los Hallazgos y por Código de Información

**Cuadro 9 Definición de Códigos por cada Indicador**

Indicadores	Código	Definición
Percepción común de la política	IT2A1	Estado Garante que debe responder por mandato las necesidades de la población a través de servicios eficientes y de calidad.
Conocimiento general de los principios de la reforma	IT3A2	Proteger, promover y fomentar la salud de las personas en función a los distintos niveles de atención. Para ello, los Gestores Públicos deben poner al servicio de la población todas las herramientas técnicas a fin de resolver las necesidades de manera integral.
Prioridades claras y comunes respecto a la instalación de un Procesos de Gestión de Pacientes	IT2A3	Prevalece lo curativo pese a que el énfasis está en lo preventivo y promocional. Pese a ello, la orientación está dirigida a la satisfacción usuaria de pacientes cada vez más activos, con derechos y expectativas claras.
Capacidad de reacción del establecimiento respecto a los cambios del perfil de la demanda –diaria o estacional- generando situaciones críticas	IT1B1 2	Las orientaciones de la salud pública están presentes en todos los niveles de la acción pública claro si con los matices propios al área de desempeño. Dichas orientaciones se traducen en la estrategia nacional de salud para la década, los planes de calidad y el fortalecimiento de la gestión interna para la satisfacción usuaria integral.
Percepción de la instalación de la política	IT1A6	A partir de la función de Rectoría el Ministerio de Salud debe levantar, diseñar y modelar las orientaciones técnicas pertinentes para la instalación del Modelo de Gestión de Pacientes a nivel Hospitalario.
Percepción de la capacidad de la autoridad competente para la instalación de la política	IT3A7	El éxito de la Gestión de Pacientes es una responsabilidad compartida y según el ámbito de acción de cada nivel. Debe estar fundado en el trabajo en equipo. Ser instalado a partir de un proceso participativo y de carácter institucional, que delimite la responsabilidad por cada actor según los distintos niveles del proceso.
Percepción de la figura del Estado como garante	IT1B1 3	El Valor Agregado se traduce en el compromiso social y espíritu de servicio de quienes hoy trabajan en los dispositivos públicos de salud. La calidad técnica del profesional público que se transforma en un gestor de conocimiento que lo pone a favor de la atención progresiva y a facilitar el acceso oportuno a la salud. Características que nos hacen comparables con otros países de mayor desarrollo.
Conocimiento y comprensión de las características del sector público de salud	D1B2 1	Las percepciones y opiniones de las fuentes arrastran un alto nivel de conocimiento y comprensión de las características del sector público que se traducen en la experiencia rescatada por más de 10 años.
Elementos del sector privado en la salud como empresa pública	D1B2 2	El grado de aportación de elementos privados hacia el público, aunque estos sean mínimos se da en el nivel superior de las fuentes. En el caso de los técnicos pareciera ser que ha mientras más años en sector público menos años en el privado.
Reconocimiento de líderes que lideren la empresa –en el sentido social de ésta-	IT2B1 1	El sistema se caracteriza por contar con profesionales convencidos de la figura del deber ser, posición que da cuenta del compromiso social, la convicción y la vocación de servicio que motivan la acción hacia estados de mayor calidad y eficiencia en favor de los pacientes.
Reconocimiento de fuentes de Conocimiento Externas	IT2A4	Se tiene sólo un vago conocimiento del término Gestión de Pacientes para el general de las fuentes, quienes además proponen algunas definiciones al respecto. El resto de los modelos es desconocido, por lo que no se reconoce el uso de fuentes externas de conocimiento.
Reconocimiento de fuentes de Conocimiento Internas	IT3B1 8	La complejidad de las organizaciones asociadas la salud está determinada principalmente por la cultura de las personas que la integran. La resistencia al cambio está determinada principalmente por la figura del burócrata detrás de un escritorio, personas que arrastran paradigmas que las alejan del fin central de la empresa de la salud. Y por demás imposibilitan cualquier iniciativa o atisbo de desarrollo.
	IT3B1 7	Existe una visión integrada de la red para la solución de problemáticas asociadas a la gestión de pacientes. Se reconoce al Gestor de Redes como el principal responsable aunque se enfatiza un trabajo conjunto y en equipo.
Nuevos ámbitos de la Gestión en Salud	IT2A5	En el escenario actual, se desprende que al interior de la salud los agentes reconocen la gestión de pacientes como tema que está presente, no necesariamente como un modelo, pero sí como una necesidad o una acción propia del quehacer.
	IT1B1 4	La definición del objetivo no debe perder de vista la continuidad, integralidad, coordinación, priorización, resolución del problema de salud del paciente a lo largo de su proceso de atención. Para esto, tiene que contemplar el uso eficiente de recursos que deben gerenciarse de manera óptima
	IT2B1 5	El centro es el paciente y la orientación es resolver su problemática a lo largo de la red pública de manera continua e integral.
Estructura Funcional	D3B2 3	A nivel local no está formalizado como un modelo de gestión, sin embargo, las prácticas están orientadas hacia allá. En el plano superior, se está trabajando en las orientaciones que formalicen este proceso a nivel hospitalario.
	IT1B2 3	Las autoridades tanto del nivel central como a nivel local, reconocen que la gestión de pacientes es una estrategia necesaria para fortalecer la gestión hospitalaria en una primera instancia y que puede ser replicada a nivel de red.

	<b>IT2B2 3</b>	Nació espontáneamente a partir de las necesidades y exigencias del período. Funciona a partir de reglas y relaciones informales que han ido tomando cuerpo con el correr del tiempo.
	<b>IT4B1 9</b>	El Modelo debe considerar elementos constitutivos desde el punto de vista de procesos (Gestión Clínica, de Camas, de Calidad, Hospitalización Domiciliaria). Se establecen dos ámbitos de acción uno estratégico y otro operativo o funcional. Dentro de las recomendaciones salta a la luz la Gestión del Cambio, recurso humano escogido bajo un sistema meritocrático (competencia v/s incentivo económico).
Efectividad en la coordinación interna	<b>D3B2 4</b>	Se reconocen actores a lo largo de los distintos niveles de atención de la red pública. Entre ellos, el gestor de redes, el director, el subdirector de gestión clínica, encargado de unidad y su equipo. Pero más allá de ello, se enfatiza que todos quienes son parte del proceso de atención de un paciente entran en este modelo.
	<b>D2B2 4</b>	En algunos de los casos está formalizado, sin embargo en la mayoría, la gestión de pacientes ha surgido de manera espontánea y que con el paso del tiempo ha sido reconocida y apoyada a nivel directivo.
	<b>D1B2 4</b>	Desde las aportaciones de las fuentes no existe una orientación formal desde el nivel central al respecto. Sin embargo, se está trabajando en ello y se reconoce que desde allí deben surgir dichas orientaciones.
	<b>D2B1 6</b>	A partir de la visión de los actores la comunidad hospitalaria es responsable de la gestión de pacientes. No está muy claro si esta es uniforme o gradual dependiendo del cargo, función o distribución jerárquica que se ocupe. Pese a ello a nivel superior se toca nuevamente la figura del gestor de redes como aquel con mayor responsabilidad en este proceso.
Cantidad de trámites u otras situaciones que limitan o entorpecen la gestión	<b>IT1B2 5</b>	La dificultad que más resalta a la luz de los actores es la resistencia al cambio que existe al interior de las organizaciones de salud. Instituciones complejas que enfrentan altos grados de insularidad, compromiso ausente de las autoridades y comunicación inefectiva entre quienes la integran. Sin ir más lejos, estas condiciones son totalmente contrarias al principio fundamental del modelo de atención integral en red; un supuesto crítico a la hora de intentar implementar un Modelo que depende fuertemente de las personas.
Capacidad de resolución y respaldo institucional ante dificultades	<b>IT3B2 6</b>	Dentro de las dificultades con mayor repercusión es la resistencia al cambio que existe al interior de las organizaciones de salud. Instituciones complejas que enfrentan altos grados de insularidad, compromiso ausente de las autoridades y comunicación inefectiva entre quienes la integran. Sin ir más lejos, estas condiciones son totalmente contrarias al principio fundamental del modelo de atención integral en red; un supuesto crítico a la hora de intentar implementar un Modelo que depende fuertemente de las personas.
	<b>IT4B2 6</b>	En general se plantea abiertamente que hay soluciones, sin embargo, pocas fuentes aportan ejemplos concretos. Pese a ello, las principales resoluciones radican en la gestión del cambio y del conocimiento, las buenas prácticas y el benchmarking. A su vez potenciar en el ámbito del respaldo institucional la capacidad se traduce en el trabajo conjunto, colaborativo, coordinado y cohesionado a partir de la instalación de buenas políticas, empoderamiento institucional y liderazgo horizontal.

Fuente: Elaboración propia