

# DISEÑO DE UN MODELO DE GESTIÓN PARA UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO

## DESIGN OF A MANAGEMENT MODEL FOR A HOSPITAL ESTABLISHMENT

**Víctor Andrés Silva Bastías<sup>1</sup>, Leticia Galleguillos Peralta<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Ingeniería Industrial, Facultad de Ingeniería, Universidad del Bío Bío Concepción – Chile

### RESUMEN

Uno de los principales cambios impulsados por la Reforma de Salud en Chile, se refleja principalmente en la forma de gestionar los recursos que tendrán los Hospitales Públicos, y por la entrega de ciertas libertades o atribuciones a sus Directores, que hasta ahora solo tenían los Servicios de Salud y las instituciones privadas. En este contexto, la implementación de Centros de Responsabilidad en los Hospitales de mayor complejidad permitirá descentralizar el presupuesto y decisiones antes centralizadas en los Servicios mencionados y, además, mejorar la calidad de la atención a través de los diferentes mecanismos de control y evaluación externos e internos que se han creado, y otros que los propios Establecimientos deben diseñar.

Por esta razón, el principal objetivo de este Proyecto fue proponer al Hospital de Lota un Modelo de Gestión considerando su situación actual, principales restricciones y los requerimientos y condiciones de la Reforma al sector Salud, entre ellas la Estrategia de Centros de Responsabilidad.

En una primera instancia se identificaron los principales problemas que afectan al Hospital, los que básicamente se resumen en falta y mala definición de funciones, de mecanismos de control y gestión de calidad, y otros relacionados con la cultura y comportamiento organizacional. La cuantificación de algunos problemas señala que el Establecimiento ha tenido pérdidas de al menos \$70 millones durante el año 2007.

Se sentaron las bases teóricas para el desarrollo de la propuesta, analizando principalmente lo que propone la estrategia de Centros de Responsabilidad del Ministerio de Salud y, en general, todo lo relacionado con modelos de gestión hospitalaria y estructura organizacional.

Basados en la evidencia y marco teórico precedentes, se lograron identificar los 25 principales procesos que intervienen en el funcionamiento del Hospital, distribuidos en el nivel de negocio, nivel funcional y nivel estratégico. Considerando estos procesos y las Unidades funcionales que componen el Establecimiento, se definieron nueve Centros de Responsabilidad bajo la clasificación de centros de producción final, de apoyo clínico y terapéutico, y de apoyo administrativo. De esta forma, se logró la propuesta de un Modelo de Gestión Clínico-Administrativo para el Hospital. Las principales características de este modelo, además de las anteriores, son:

- (1) el cambio del rol de Supervisor de Enfermería a Coordinador de Enfermería;
- (2) la creación de un nuevo nivel jerárquico llamado Encargado de Centro de Responsabilidad;
- (3) la creación de una unidad interdisciplinaria llamada Unidad de Auditoría y Gestión (UAG);
- (4) la definición de mecanismos de coordinación, y
- (5) la integración de los nuevos entes del Modelo al Proceso Presupuestario;

---

Autor para correspondencia: lgalleguillos@ubiobio.cl

Recibido: 15.01. 2009 Aceptado: 09.04. 2009

La implementación de la nueva estructura organizacional no supera los \$17 millones anuales, los que corresponden a los dos nuevos puestos propuestos, Encargado de Capacitación y Encargado de Soporte Informático, que pertenecen a la UAG.

Por otra parte, es posible observar que los principales problemas que enfrenta el Hospital, relacionados con la resistencia al cambio, vienen dados por la escasez de información en los niveles más bajos, falta de capacitación en los niveles intermedios (dirección y habilidades interpersonales), y al poco involucramiento y compromiso observado del personal en los cambios que el Hospital desea realizar. Las tres razones involucran necesariamente una mayor intervención y control de la Dirección, la que debe ser la cara visible del cambio.

**Palabras Clave:** Centros de Responsabilidad, estructura organizacional, gestión hospitalaria, modelo de gestión.

## ABSTRACT

One of the major changes driven by the Health Reform in Chile, it is observed mainly in the form that will manage resources the Public Hospitals, and the delivery of certain liberties or functions to the Directors that hitherto only the Health Services had and private institutions. In this context, the Implementation of Responsibility Centers in the Hospital of big complexity will decentralize the budget and decisions centralized before in the Services mentioned, and also, to upgrade the quality of attention through the different control mechanisms and evaluation external and internal that have been created and others that the own establishments must device.

For this reason, the main objective of this project was to propose to Hospital of Lota a Management Model considering their present situation, major restrictions, and requirements and conditions of reform to health sector, for example, the strategy of Responsibility Centers.

In a first instance the main problems affecting to the hospital were identified, which basically are summarized in absence and poor definition of functions, of control mechanisms and quality management, and other related with the culture and organizational behaviour. Quantifying some problems indicate that the Establishment had lost approximately \$ 70 million during 2007.

Were established the theoretical foundation for the development of the proposal, analyzing mainly the strategy of Responsibility Centers of the Ministry of Health, and in general, everything that is related with models of hospitable management and organizational structure.

It based in the evidence and theoretical framework precedents, was identified the 25 principal processes that participate in the operation of the Hospital distributed in the Level of Business, Functional Level and Strategic Level. Considering these processes and the functional units that compose the Establishment, were defined nine Responsibility Centers under the classification of final production centers, clinical and therapeutic support centers, and administrative support centers. Of this form, was get the proposal of a Management Clinical-Administrative Model for the Hospital. The principal characteristics of this model, also of the former, are:

- (1) the change of the role of Nursing Supervisor to Nursing Coordinator;
- (2) the creation of a new hierarchic level called Manager of Responsibility Center;
- (3) the creation of an interdisciplinary unit called Audit and Management Unit;
- (4) the definition of coordination mechanisms, and
- (5) the integration of new entities of the Model to the Budgetary Process;

The implementation of the new organizational structure does not exceed \$ 17 million

annually, which correspond to the two new proposed posts, Manager of Training and Manager of Computer Support, which belong to the Audit and Management Unit.

Moreover, is possible to observe that the major problems that confront the Hospital related with the resistance to change are provided by the scarcity of information in the lower levels, lack of training in the intermediate levels (leadership and interpersonal skills) and little involvement and compromise observed of the personal in the changes that the Hospital wish to realize. The three reasons necessarily involve a big participation and control of the Direction, that it must be the visible face of the change.

**Keywords:** Responsibility centers, organizational structure, hospitable management, model management.

## INTRODUCCIÓN

Este proyecto se efectuó en el Hospital de Lota y fue presentado en conformidad a los requisitos para obtener el título de Ingeniero Civil Industrial. Muchos de los problemas planteados en este informe son comunes en los hospitales públicos, por lo que no debe concluirse a la ligera que la gestión del Establecimiento es sobremana ineficaz e ineficiente.

Aclarado lo anterior, podemos mencionar que los sistemas de salud, de algún tipo, han existido desde que las personas, hace cientos de años, intentaron deliberadamente proteger su salud y tratar las enfermedades. Sin embargo, los sistemas de salud organizados en el sentido moderno, destinados a beneficiar a la población en general, existen desde sólo unas cuantas décadas. La creciente complejidad de la atención requirió de organizar niveles de atención, generar mecanismos para dar protección contra el riesgo financiero y definir un amplio abanico de actividades en el contexto de un modelo de atención (Asenjo, 2002).

No obstante lo anterior, las organizaciones sanitarias se han caracterizado históricamente por tener una estructura vertical, es decir, una estructura organizativa basada en una visión compartimental y orientada hacia las unidades y servicios, principalmente porque su enfoque se ha centrado en sus propias funciones dejando de lado las necesidades de los usuarios. Por esta razón, la autogestión de Centros Sanitarios (Servicio Salud Concepción, 2007), forma parte de las grandes políticas sanitarias de numerosos gobiernos, sobre todo desde principios de los años 90. Se pretende modernizar los sistemas sanitarios, introduciendo modelos organizativos más flexibles e instrumentos de gestión de tipo empresarial (MINSAL, 2002).

Nuestro país no está ajeno a los cambios experimentados en el Sector Salud, y desde la década de los 90 se ha venido gestando una importante reforma sanitaria esperando llegar al bicentenario con un nuevo y modernizado modelo de gestión en salud. Pese a esto, y a que se han logrado avances en materia de salud en la población, persisten importantes problemas referidos a la eficiencia en la gestión administrativa y en el uso y rendimiento de los recursos en este sector. En efecto, el gasto por profesional promedio (médico y enfermeras) en el sector público aumenta de \$17,8 millones por año en 1991 a \$26 millones por año en 2007 (MINSAL, 2007). Sin embargo, estos aumentos salariales no vinieron acompañados por aumentos en la productividad. Por el contrario, la productividad cayó 11% durante el período 1992-2004 (Castro, 2004).

Por lo mismo, la nueva ley de autoridad sanitaria y gestión, que comenzó a regir a partir del año 2005 en Chile, introduce cambios sustanciales en la forma de hacer salud. Los principales desafíos de los Hospitales son mejorar los niveles de eficiencia, mejorar la capacidad de respuesta a los problemas de salud de la gente, reducir las listas de espera, ambulatorizar sus

procesos y mejorar los niveles de satisfacción de la población.

Lograr una gestión más eficiente y comprometida con los resultados esperados por la Reforma de Salud implica transformaciones importantes tanto en la estructura, como en el funcionamiento y en la cultura organizacional de los Establecimientos hospitalarios. Por lo anterior, el objetivo de este proyecto es el siguiente:

*“Realizando un análisis de la situación actual, los planes estratégicos del Establecimiento, los requerimientos de la Red Asistencial y requisitos de la Reforma de Salud, proponer un Modelo de Gestión Clínica-Administrativa al Hospital de Lota, basado en la Estrategia de Centros de Responsabilidad”.*

El Modelo de Gestión de este proyecto viene a dar soporte a los nuevos requerimientos del Establecimiento, considerando tanto sus macroprocesos como sus funciones, agrupando las distintas unidades del Hospital de acuerdo a las habilidades/conocimientos del personal, distintos niveles dentro de la Organización (Estratégico, Funcional, Negocio) y realizando los arreglos necesarios de acuerdo a las contingencias actuales y condiciones futuras.

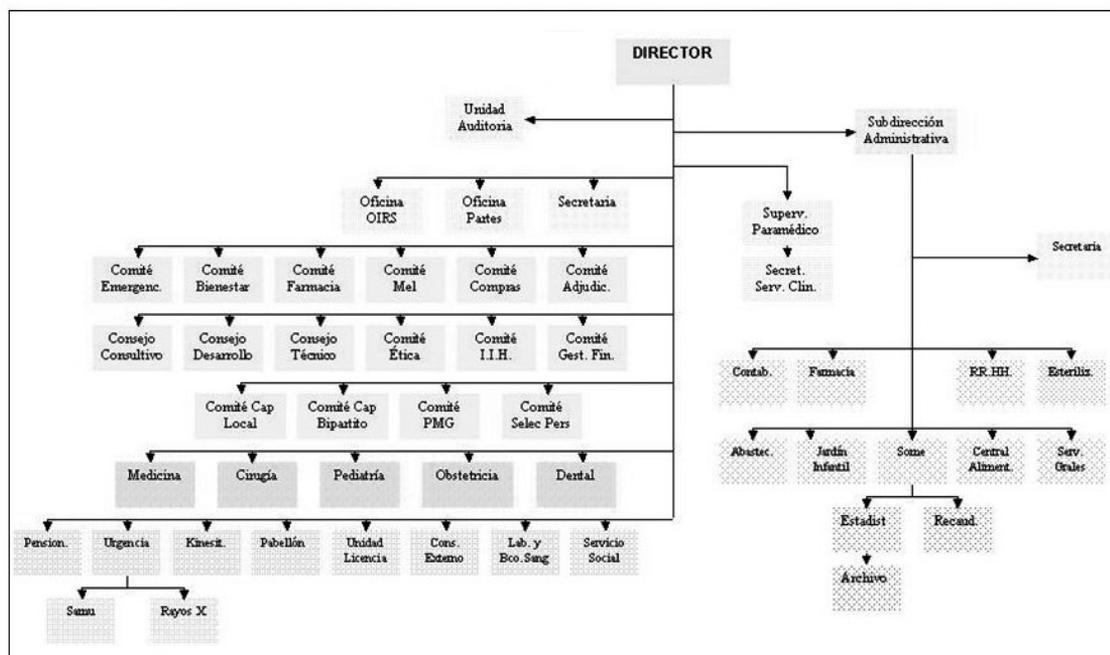
## MATERIAL Y MÉTODOS

En el proceso de análisis para detectar los principales problemas del Establecimiento, existió una constante entrada de información desde las Unidades de Personal, SOME, Estadísticas y Contabilidad; además, desde el Auditor, Enfermera Supervisora y Subdirección. No obstante lo anterior, es preciso señalar que no existieron reuniones ni acuerdos formales con la Dirección ni jefaturas para tratar el tema, lo que hubiera sido ideal. Esta situación escapa a las posibilidades del autor. Basados en el análisis de información interna y externa, fue posible estudiar las variables poblacionales de los usuarios del Establecimiento, lo que podemos resumir en lo que señala la segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Minsal, 2006b), que a mayor edad disminuye la satisfacción en Salud; además, las mujeres están menos satisfechas que los hombres en esta dimensión, y existe un gradiente social que genera una mayor insatisfacción en los quintiles con ingresos más bajos. Todos estos factores están presentes en la comuna de Lota y forman parte del ambiente del Hospital. Además, los problemas derivados del Análisis de la Situación Actual es posible resumirlos en falta de funciones de control y gestión de calidad, falta de mecanismos de información y coordinación, de organización interna y poca motivación e integración del personal con los objetivos del Establecimiento.

La cuantificación de algunos problemas señala que el Establecimiento ha tenido pérdidas de al menos \$70 millones durante el año 2007 (casi 6 millones mensuales)<sup>1</sup>. Este valor es sólo una aproximación, y en su obtención se incluyó una estimación del costo del Ausentismo por Licencias Médicas (considerando que las mayores a 15 días generalmente implican reemplazos), por accidentes de tránsito y escolares no cobrados, por aumento de días cama entre 2006 y 2007, y por la ‘no producción’ basada en el rendimiento de atenciones por hora. La Estructura Organizacional actual es posible apreciarla en la Figura 1.

---

<sup>1</sup> Tal vez lo más correcto es decir que una parte de esa cifra se la hubiera ahorrado al Servicio de Salud y la otra hubiera formado parte de los ingresos propios del Establecimiento. Entonces, esta cifra es una pérdida desde el punto de vista “de lo que dejó de percibir el Hospital por sus servicios”.



**Figura 1:** Organigrama Hospital de Lota, año 2007

Fuente: Unidad RR.HH Hospital de Lota

Por otra parte, el Hospital de Lota ha definido su Visión de la siguiente forma (Hospital de Lota, 2005):

“Queremos ser un Establecimiento de mediana complejidad, que brinde atención abierta, cerrada de urgencia y de Especialidades, Autogestionado, con capacidad resolutoria a los requerimientos de la reforma y políticas de la salud, brindando una atención de calidad, oportuna y humanizada de acuerdo a las necesidades de nuestros usuarios y abierto a la participación de la comunidad.

Promover una mejora continua en la calidad de la atención clínica y administrativa, entregada por el equipo de Salud y percibida por la comunidad de Lota y de aquellas que se encuentran en convenio con nuestro Establecimiento.

Ser una organización ágil, amable, confiable y creíble, capaz de tomar decisiones y de generar las condiciones para brindar una atención dirigida a satisfacer las necesidades de nuestros usuarios, en íntima relación con el resto de la Red Asistencial, potenciando especialmente el rol de Centro de Especialidades fijado por el gestor de red.

Disponer de Recurso Humano motivado, que posea las competencias técnicas funcionales y Administrativas, apoyado en el uso de tecnología acorde a los requerimientos y complejidad del Establecimiento con el uso eficiente de los recursos existentes.”

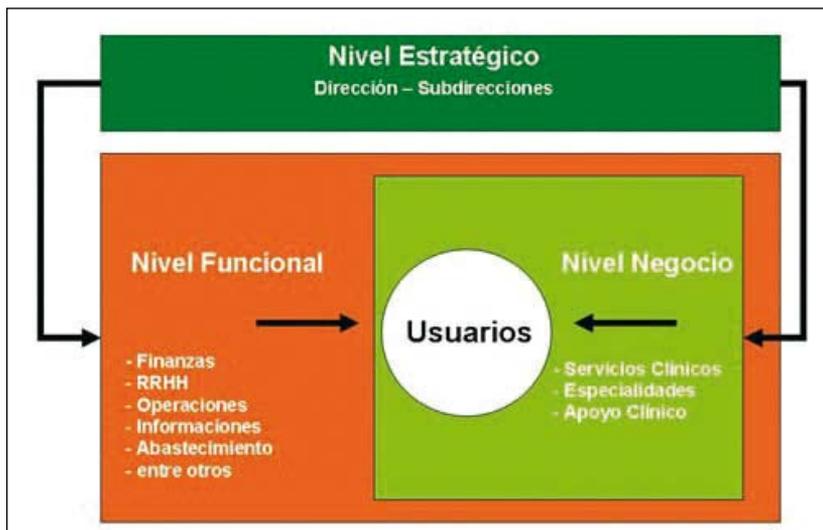
De igual forma, los valores institucionales que declara son:

- Agilidad en la entrega del Servicio
- Amabilidad y humanización del trato al usuario interno y externo
- Proactividad en el Planteamiento de problemas y soluciones
- Aporte al mejoramiento del clima laboral
- Disposición al trabajo en equipo
- Participación ciudadana
- Compromiso con las políticas y la reforma en Salud

- Transparente en sus procedimientos
- Equitativa y participativa
- Motivación, honestidad y responsabilidad

Además del análisis anterior, en el planteamiento teórico del Modelo fueron muy relevantes los Documentos de Trabajo elaborados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. De esta forma podemos señalar que un Centro de Responsabilidad (CR) es una unidad organizacional de gestión dentro de una unidad mayor que realiza y presta uno o varios servicios, los que pueden ser finales (de la naturaleza y propósito del Establecimiento) o de apoyo, dirigido por un responsable, en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión sobre el uso de los recursos financieros, humanos, organizacionales, físicos y tecnológicos, para el logro de los objetivos del Centro y del Establecimiento. Cada Centro de Responsabilidad debe, en consonancia con los compromisos de la Organización, diseñar sus propios planes de mejora continua y efectuar anualmente un compromiso de gestión con la dirección del Hospital, orientando su quehacer hacia el usuario (el paciente y su familia) como centro de toda decisión y, además de satisfacer al usuario externo, debe responder a los usuarios internos del hospital y del sistema sanitario (otros centros que requieren de apoyo y colaboración). En ello reside lo sustantivo de la descentralización (MINSAL, 2006a).

En la Figura 2 observamos lo que fue la base para la representación del Modelo de Gestión. En ella se observa el Nivel Estratégico, el Nivel de Negocio y el Nivel Funcional. Al agrupar estos niveles se concibe una organización alineada en un objetivo común, cuyo centro de atención son los usuarios finales (pacientes). Según DRAE (1992), un modelo es la expresión de una realidad o sistema complejo mediante algún lenguaje formal o simbolismo gráfico que facilita su comprensión y el estudio de su comportamiento. Los modelos enfocan ciertas partes importantes de un sistema, restándoles importancia a otras.



**Figura 2:** Modelo Niveles Estratégicos enfocados en Pacientes  
Fuente: Adaptación Modelo de Gestión Hospital San Juan de Dios

La Estrategia de Implementación de Centros de Responsabilidad impulsada por el MINSAL está basada en la gestión por procesos, definiendo los procesos que forman parte del Nivel de Negocio, Funcional y Estratégico de la Organización, para luego agrupar las Unidades que

tienen un propósito similar en Centros de Responsabilidad Finales, Intermedios o de Apoyo. Por esto se explicitaron a grandes rasgos los principales procesos que forman parte de los diferentes niveles del Establecimiento y que atraviesan transversalmente a las unidades del Hospital. Así, al relacionar los procesos con la estructura funcional, se genera un arreglo o estructura que nos permite visualizar las interconexiones necesarias para presentar un Modelo de Gestión Clínica-Administrativa de la Institución basado en Centros de Responsabilidad, los cuales tomarán, según sean sus propias características, una parte de cada proceso. De esta forma, por ejemplo, algunos serán intensivos en el proceso de atención abierta, otros en el de apoyo clínico, otros en el de operaciones o una combinación de todos, según sea el caso.

Además de lo señalado hasta ahora, a través de la retroalimentación con los diferentes Jefes de Unidades, Enfermera Supervisora y Subdirección, fue posible identificar ciertas restricciones a la propuesta del Modelo de Gestión; estas son:

1. La asignación de nuevos cargos al Establecimiento es muy limitada<sup>2</sup>, por lo que el nuevo Modelo consideró, más que agregar puestos, un arreglo eficiente usando el menos personal nuevo posible.
2. El Establecimiento no está en condiciones de desembolsar grandes sumas de dinero en el desarrollo e implementación de un nuevo Modelo de Gestión<sup>3</sup>.
3. El Modelo de Gestión propuesto debe estar basado en la Estrategia de Centros de Responsabilidad impulsada por el Ministerio de Salud.
4. Dadas las características del personal, el Modelo no debe involucrar cambios radicales ni extremadamente bruscos en el arreglo Organizacional. Esto aumentaría la Resistencia de muchas personas.
5. Una opción válida, como lo señala la Ley, hubiese sido proponer el cargo de 'Subdirección Médica' presente en varios Establecimientos hospitalarios, principalmente los de mayor complejidad y tamaño. Este cargo debe ser requerido por la Dirección del Establecimiento al Servicio de Salud. En el Modelo propuesto no es posible considerarlo, dado que la Dirección del Establecimiento lo cree inapropiado para las características del Hospital de Lota, transformándose así en una restricción más al Modelo propuesto.

## RESULTADOS

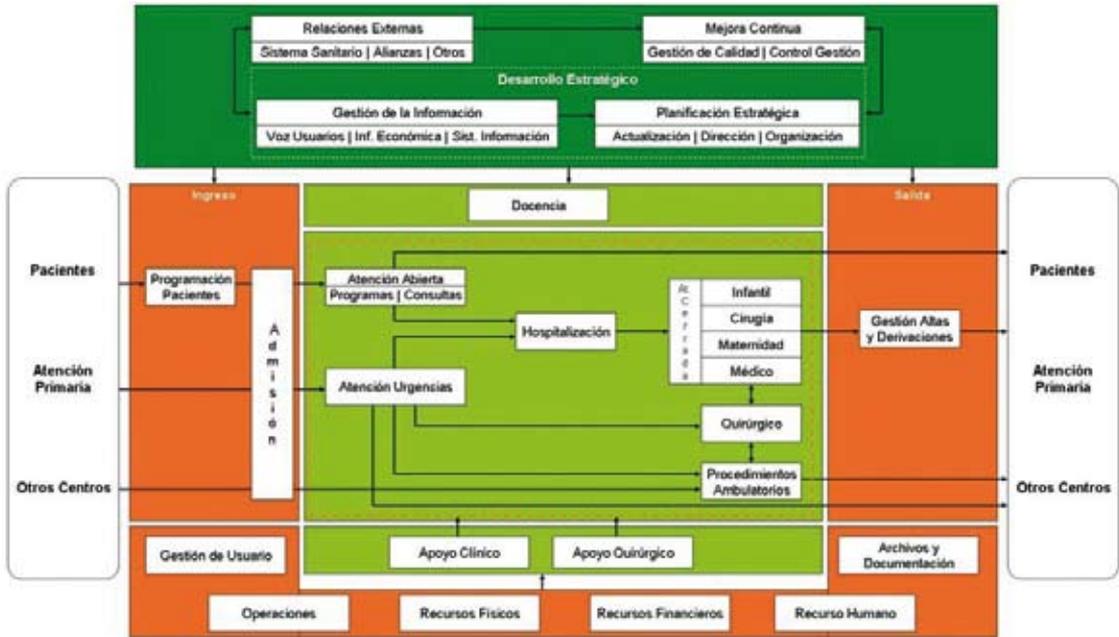
### Procesos

*Procesos Nivel de Negocio.* Este nivel se ve representado por el Área Médica, principalmente por los Servicios Clínicos (Productos Finales) y, además, por las Unidades de Apoyo Clínico y Terapéutico (Productos Intermedios). En el Hospital de Lota fue posible identificar 12 procesos en este nivel. Es posible identificarlos al centro del Mapa de Procesos confeccionado en color verde claro (Figura 3). Todos estos procesos agrupan sus actividades alrededor de una finalidad común: El Paciente.

*Procesos Nivel Funcional.* Este nivel debe centrar su actividad en el Área Médica, particularmente en cada uno de los Servicios Clínicos, a los que definimos como su Cliente Interno y a quienes deben prestar sus servicios. Los procesos identificados en este nivel, nueve en total, es posible identificarlos rodeando a los procesos del Nivel de Negocio en el Mapa de Procesos confeccionado en color naranja. (Figura 3)

<sup>2</sup> Históricamente, el Servicio Salud Concepción asigna el mayor número de cargos al Hospital Regional, dada la complejidad de sus operaciones y la gran cantidad de recursos que administra.

<sup>3</sup> El presupuesto con que cuenta es anual y, además, genera escasos Ingresos Propios.



**Figura 3:** Mapa de Procesos del Hospital de Lota  
Fuente: Elaboración Propia

*Procesos Nivel Estratégico.* Este nivel es crítico en el éxito de la Organización en el mediano y largo plazo. En él se establecen los objetivos y lineamientos estratégicos del Hospital. Este ápice estratégico se ocupa de que la organización cumpla efectivamente con su misión, y de que satisfaga los intereses de las personas que controlan o tienen algún poder sobre el Establecimiento (MINSAL, SSC, sindicatos, entre otros). Los cuatro procesos de este nivel es posible identificarlos en la parte superior del Mapa de Procesos confeccionado (Figura 3) en color verde oscuro.

### Organización Interna

En la agrupación de Unidades bajo un mismo Centro se consideraron aquellas que tienen un propósito similar (usuarios, servicios, tipo atención). Se definieron nueve Centros de Responsabilidad, los que se pueden observar en la Tabla 1 junto a las Unidades que los forman. La definición de las funciones de los nuevos entes de la Estructura Organizacional está enfocada en la satisfacción de los usuarios, gestión de calidad y control de gestión. Los puntos más relevantes se presentan a continuación:

**A) Encargado de Centro de Responsabilidad (ECR).** Este nivel jerárquico es nuevo en la Estructura Organizacional. Los ECR pasan a ser los pilares de la Gestión Clínica-Administrativa. Se relacionan con todas las unidades y otros CR del Hospital mediante compras o contratos de servicios. Su principal objetivo es usar eficaz y eficientemente los recursos asignados a su Centro. Tienen bajo su mando a los Jefes de Unidad, quienes deben administrar el trabajo de la Unidad y retroalimentar al ECR; por lo tanto, su capacitación es fundamental para el éxito de la Organización.

**Tabla 1:** Centros de Responsabilidad del Hospital de Lota

Tipo	Centro de Responsabilidad	Unidades
Producción Final	Urgencias	Urgencia, Imagenología (Rayos), SAMU
	Atención Abierta	Consultorio APS, Consultorio Especialidad, Servicio Dental
	Materno Infantil	Pediatría, Obstetricia y Ginecología
	Médico Quirúrgico	Medicina, Cirugía, Pensionado
Apoyo Clínico y Terapéutico	Apoyo Clínico	Farmacia, Kinesiterapia y Laboratorio y Bco. de Sangre
	Apoyo Quirúrgico	Esterilización, Pabellón y Anestesia
Apoyo Administrativo	Apoyo Administrativo	Personal, Abastecimiento y Contabilidad y Presupuesto.
	Gestión de Usuarios	Servicio Social, SOME (Estadística, Archivo, OIRS).
	Operaciones	Servicios Generales, Alimentación, Jardín Infantil

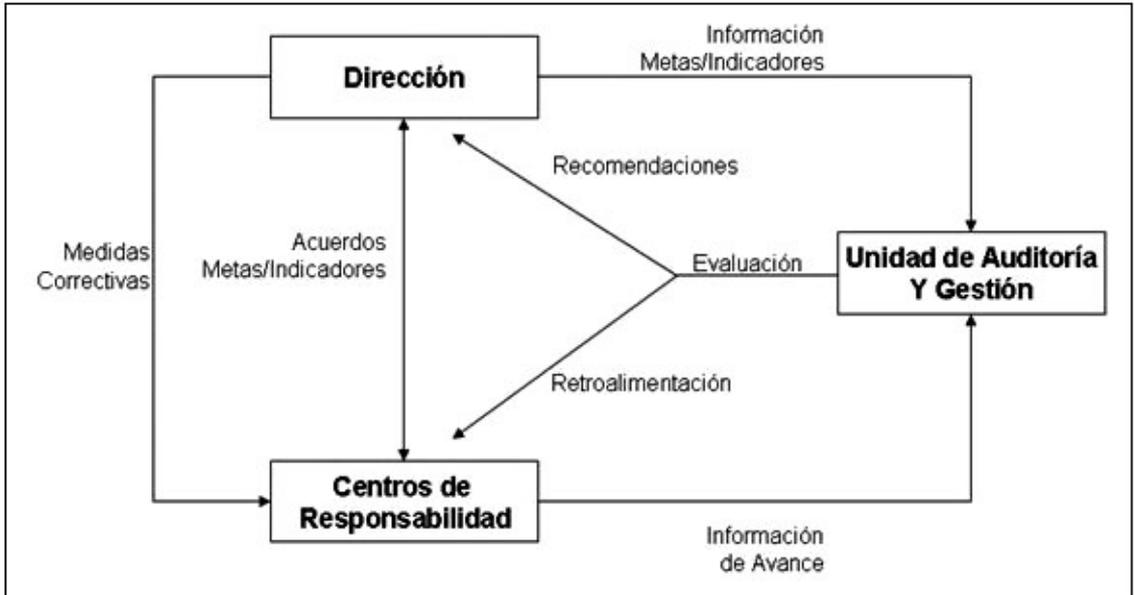
Fuente: Elaboración Propia

**B) Coordinador de Enfermería.** Actualmente existe el puesto de Enfermera Supervisora. El cambio a un rol de Coordinador es muy relevante, puesto que, dado el alcance del personal bajo su mando (jefe administrativo de enfermeras y paramédicos), de él dependerá buena parte de la organización asistencial. Su misión general consiste en desarrollar, entre los profesionales no-médicos, prácticas de calidad en la asistencia, siendo además un importante enlace entre las áreas Médica y Administrativa. Se relacionará activamente con el Auditor Médico.

**C) Dirección.** Debe tener un rol más protagónico en la Organización, principalmente desarrollando y estableciendo políticas de recurso humano y dirección entre las jefaturas y participando activamente en los cambios planteados por el Ministerio de Salud. Apoyando su accionar están la Subdirección, los Comités y Consejos (como fuentes de información y coordinación), la Unidad de Auditoría y Gestión, y el Coordinador de Enfermería.

**D) Unidad de Auditoría y Gestión (UAG).** Tendrá un papel importante en el desarrollo organizacional del Hospital, en el control de gestión y gestión de calidad. Su funcionamiento puede desprenderse de la Figura 4. Dependerá directamente del Director del Establecimiento; sin embargo, el Auditor Administrativo será el responsable de la coordinación de la Unidad. (Contraloría,2008). Esta Unidad estará formada por los profesionales que se mencionan a continuación:

- **Auditor Administrativo.** Su función es asesorar al Director del Establecimiento, a través de la fiscalización, evaluación y control de los recursos, en los ámbitos administrativo, financiero y contable, de acuerdo a los requerimientos internos y externos, generando información relevante y veraz para la toma de decisiones. Será el Coordinador de la UAG.



**Figura 4:** Modelo de Funcionamiento de la Unidad de Auditoría y Gestión

Fuente: Elaboración Propia

- **Auditor Médico.** Su función es la evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. El Auditor Médico actuará para prevenir la “mala práctica” y las consecuencias que de ella se derivan. Junto al Coordinador de Enfermería crearán herramientas y mecanismos de control en el Área Médica. (Osorio *et al*, 2002).
- **Encargado Soporte Informático.** Su principal función será organizar, coordinar, actualizar y controlar las actividades relacionadas con los sistemas y equipos de información del Establecimiento, dando soporte técnico y apoyando a todas las unidades y CR en la mantención del Hardware del Hospital.
- **Encargado de Capacitación.** Su funcionalidad contempla la actualización de las formas de trabajos actuales hacia el nuevo modelo de gestión. Su principal objetivo será entregar Capacitación al personal del Hospital de acuerdo a los requerimientos internos del Establecimiento y externos del Servicio Salud Concepción, considerando el nuevo modelo de Gestión Hospitalaria y políticas y cambios que se espera se generen en el personal. (Servicio Salud Concepción, 2007)

Además, se propone que en cada uno de los CR exista un representante de la UAG, cuya función será prestar apoyo al ECR en la coordinación del Centro con dicha Unidad. Los Encargados de Capacitación y Soporte Informático son los únicos cargos nuevos en la Estructura que se propone, y económicamente no superan los 17 millones de pesos anuales<sup>4</sup>, lo que representa apenas un 24% de las pérdidas estimadas en el Análisis de la situación actual.

**E) Mecanismos de Coordinación<sup>5</sup>.** El control que el Área Médica tiene sobre su propio trabajo implica que el profesional trabaja con relativa independencia de sus colegas. Por lo tanto, la mayor parte de la coordinación necesaria entre los profesionales médicos al momento de prestar sus servicios queda normalizada por sus habilidades y conocimientos, es decir, según

<sup>4</sup> Considerando una remuneración bruta mensual de \$ 700.000 cada uno.

<sup>5</sup> Basado en lo señalado por Mintzberg, 1995.

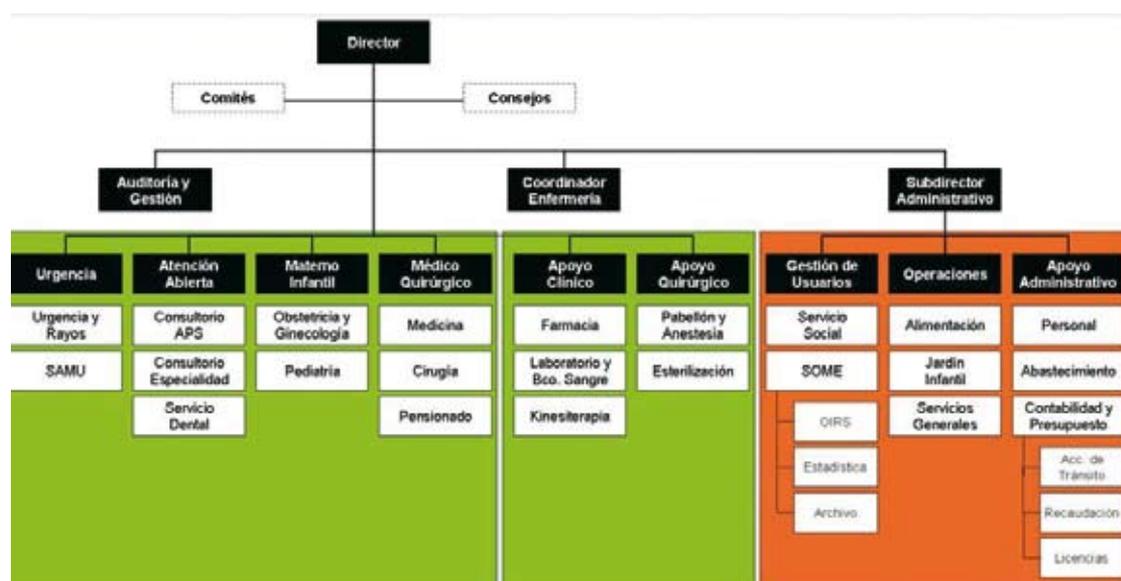
lo que han aprendido a esperar de sus colegas. Además de lo anterior, la agrupación de unidades en Centros de Responsabilidad implica la existencia de dos mecanismos básicos de coordinación: la supervisión directa (Jefes y Encargados de CR) y adaptación mutua (entre miembros del mismo nivel jerárquico). A esto se suman los Comités y Consejos que estipula la Ley (Minsal, Dto. N° 38, 2005), y que deben actuar como dispositivos de enlace dentro del Establecimiento. Los primeros relacionando principalmente a Unidades y Centros de Responsabilidad clínicos y administrativos; y los segundos, involucrando por un lado a la Dirección y Centros de Responsabilidad (Consejo Técnico), y a la Comunidad (Consejo Consultivo de Usuarios). Además de esto, el Coordinador de Enfermería permitirá tener una fluida comunicación y coordinación entre los diferentes Servicios Clínicos, y la formación de la Unidad de Auditoría y Gestión permitirá una retroalimentación constante de los resultados de la Gestión, tanto para la Dirección como para los Centros de Responsabilidad.

La Estructura que se propone (Figura 5) está formada por cuatro y tres niveles en el Área Administrativa y Clínica, respectivamente (Tabla 2), considerando además las divisiones estructurales del Establecimiento. De esta forma, al integrar todos los aspectos señalados anteriormente, es posible formar un Modelo Organizacional Clínico-Administrativo, cuyo objetivo fundamental son las necesidades del Servicio Clínico, entendiendo obviamente que las necesidades de estos Servicios reflejan exactamente las necesidades de sus pacientes conforme a su Modelo de Gestión, cuyo centro es el paciente. En el Modelo Conceptual de la Figura 6 es posible observar todos los puntos expuestos hasta ahora, ya sean los diferentes procesos, mecanismos de enlace y coordinación, y los Centros de Responsabilidad. Esto permite tener una visión general del funcionamiento del Hospital.

**Tabla 2:** Niveles de la Estructura Organizacional

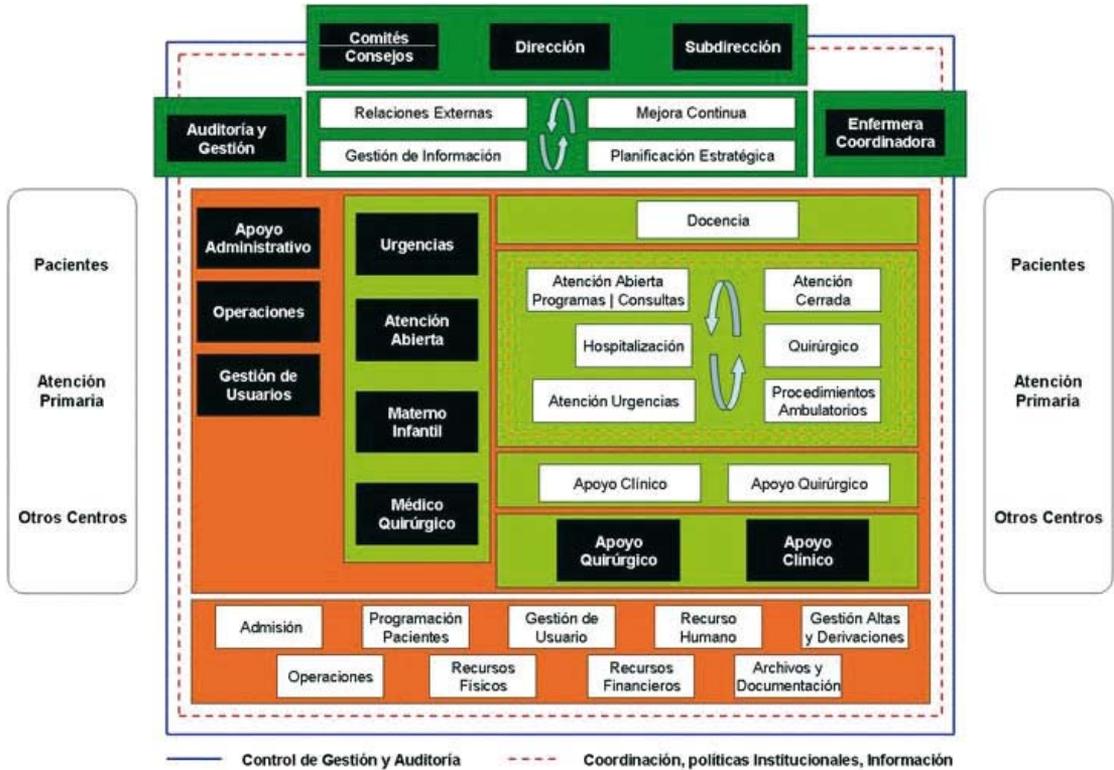
Niveles	Área Clínica	Área Administrativa
Primer	Dirección	Dirección
Segundo	Centro de Responsabilidad	Subdirección
Tercero	Unidad	Centro de Responsabilidad
Cuarto	---	Unidad

Fuente: Elaboración Propia



**Figura 5:** Estructura Organizacional propuesta

Fuente: Elaboración Propia



**Figura 6:** Modelo Conceptual Hospital de Lota  
Fuente: Elaboración Propia

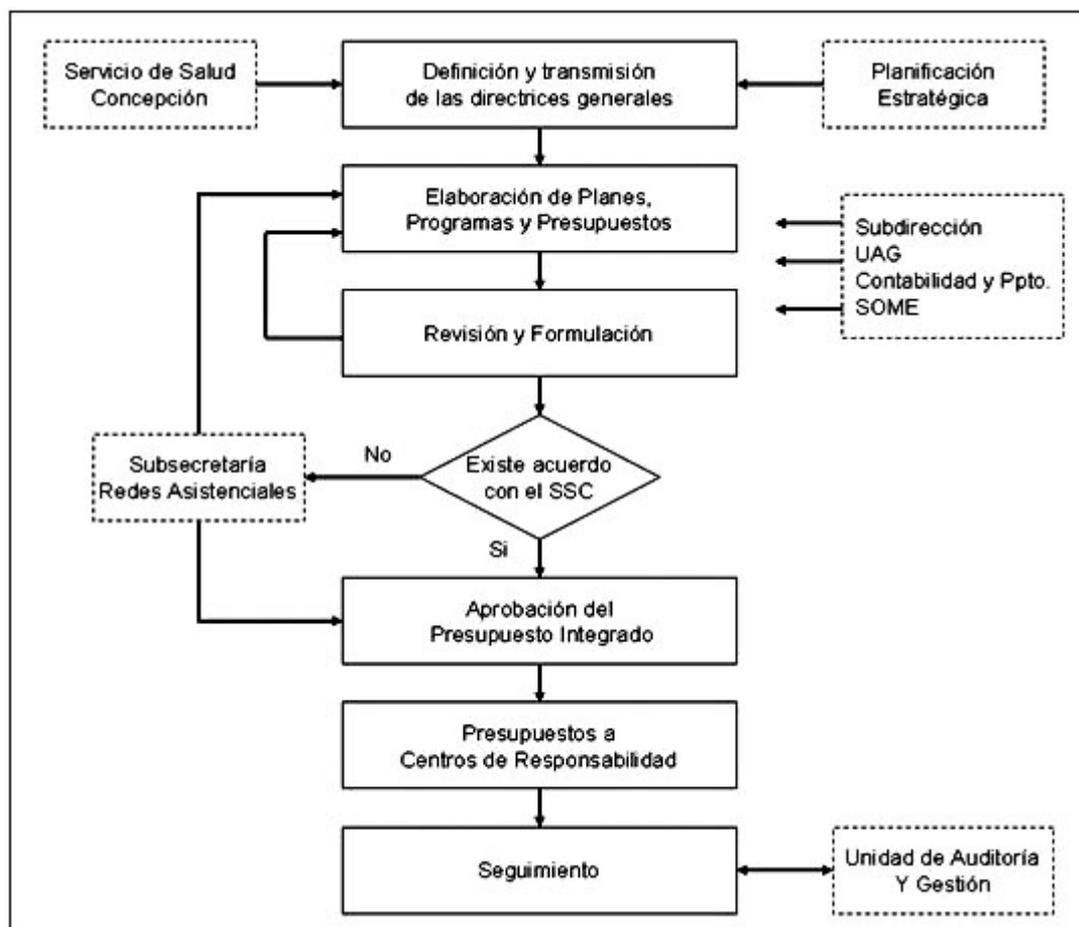
### Proceso Presupuestario

El Presupuesto es la valoración económica y la cuantificación de los programas de acción que se llevarán adelante durante un período. Esta valoración económica y cuantificación de las actividades es la suma de todos los programas previstos, realizados por los distintos departamentos y servicios del Hospital en torno a los centro de Responsabilidad definidos en el Modelo Organizacional (Charlita, 2003). Este proceso y la intervención de cada uno de los entes del Modelo es posible observarlo en la Figura 7. Con respecto a esto podemos señalar que los Encargados de los Centros de Responsabilidad (ECR) serán los que administren y lleven a cabo las actividades, programas y servicios comprometidos por el Establecimiento. En un Convenio de Desempeño<sup>6</sup>, se formalizarán y explicitarán los compromisos asumidos por cada CR con la Dirección del Establecimiento. Los ECR gestionarán principalmente las cuentas de gastos de los subtítulos 21 y 22 del presupuesto, referidos a 'Gastos en Personal' y 'Bienes y Servicios de Consumo', respectivamente. A medida que cumplan el presupuesto establecido en estas glosas y trabajen bajo él, podrán proponer objetivos y/o inversiones anexas a las planificadas por el Establecimiento. En el Informe de Tesis (Anexos D, E y F) se incluyen formatos para estos fines<sup>7</sup>. (Silva y Galleguillos 2008).

<sup>6</sup>La Subsecretaría de Redes ha confeccionado un modelo de este Convenio llamado: Protocolo de Desempeño del Centro de Responsabilidad. La Comisión de Implementación de los Centros de Responsabilidad junto a la UAG serán las encargadas de la coordinación y evaluación de dicho Convenio. Además, la Subsecretaría de Redes ha confeccionado el Reglamento de Funcionamiento de los Centros de Responsabilidad donde se regula su gestión. El Encargado del Centro y su personal a su cargo, basados en su experiencia y conocimiento directo de la naturaleza y prácticas del Centro, podrán contribuir al perfeccionamiento y simplificación de éste.

<sup>7</sup> Adaptados del "Manual de Gestión Hospitalaria", José Temes. 1997.

La UAG participará activamente en el control de los compromisos asumidos por el Hospital. El no cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Establecimiento implica incluso la destitución del Director (Minsal, Dto. N° 38, 2005) y el no pago de los incentivos a los Encargados de Centros de Responsabilidad. El modelo de comparación del presupuesto de actividad referido a los Centros de Responsabilidad y el de gastos, da el grado de cumplimiento de los objetivos previstos. En el Informe de Tesis (Anexos G y H) se incluyen formatos para el control en estos ítem<sup>8</sup>.



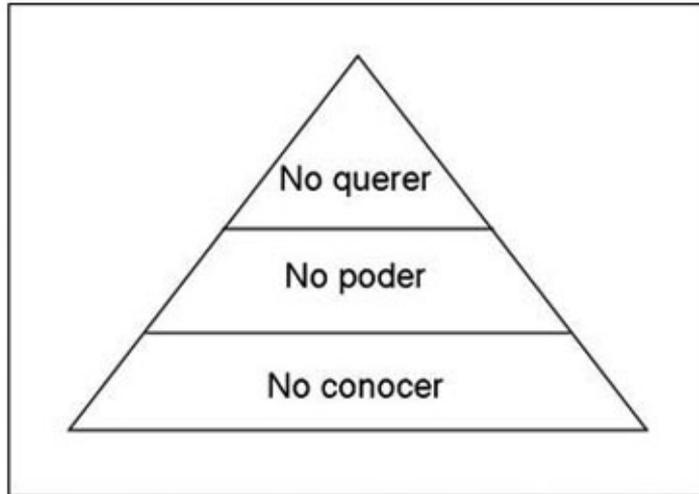
**Figura 7:** Proceso de Gestión Presupuestaria

Fuente: Adaptación de Manual de Gestión Hospitalaria y Gestión de Costos Hospitalarios

## Resistencia al Cambio

Una forma de entender la resistencia al cambio es a través de la Pirámide de Resistencia (Figura 8). En resumen, este enfoque señala que cuando respondemos a la necesidad de saber de las personas (Etapa I), éstas se vuelven más abiertas al aprendizaje de nuevas habilidades y destrezas relacionadas con el cambio (Etapa II). Y una vez que han adquirido las nuevas habilidades, tendrán la confianza necesaria para superar la falta de voluntad de cambio (Etapa III). Estas etapas se comentan a continuación:

<sup>8</sup> Adaptados del "Manual de Gestión Hospitalaria", José Temes. 1997.



**Figura 8:** Matriz de Resistencia al Cambio  
Fuente: Herramientas para enfrentar la Resistencia al Cambio

**Etapa I.** En el Hospital puede observarse claramente la falta de información en el personal, principalmente en el último nivel jerárquico. Muchos de ellos ni siquiera han oído hablar del concepto de “Centros de Responsabilidad”. Cabe al respecto preguntarse acerca de la razón por la cual la información no circula correctamente, siendo la respuesta el estilo de dirección. Distribuir la información trascendental para el desarrollo organizacional es un elemento que motiva y satisface al personal.

**Etapa II.** Se observa en el Hospital de Lota que algunos factores que contribuyen a la percepción de “no poder cambiar” son: cultura organizacional, percepción de la falta de recursos humanos, sensación de que el cambio no puede producirse. Por los tres puntos mencionados, podemos señalar que en esta etapa es muy relevante la capacitación de los Jefes y Encargados de Centros de Responsabilidad; en definitiva, son ellos los que interactúan con la mayor cantidad de miembros de la Organización.

**Etapa III.** La adquisición de conocimientos en los niveles más bajos y la capacitación en los niveles intermedios ayudará a las personas a tener un mayor deseo de cambio. Sin embargo, a veces las personas sencillamente no quieren cambiar, ya que consideran que no les conviene o que se las obliga a moverse fuera de su comodidad. Esta tendencia se observa principalmente en el personal Médico del Establecimiento, dado que la naturaleza de su accionar hasta ahora no era gestionar recursos. En este caso, es la Dirección del Establecimiento la que debe tomar cartas en el asunto; en primer lugar, siendo una cara visible del cambio y no un ente pasivo, en segundo lugar, tomando las medidas necesarias de dirección y control en el personal que genera resistencia adrede. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2006).

## DISCUSIÓN

Hasta ahora, los modelos organizacionales de los Establecimientos Hospitalarios se basaban en estructuras muy verticales y con una nula capacidad de decisión y gestión. La Autogestión Hospitalaria en nuestro país pretende provocar muchos cambios en la forma de hacer las cosas, entregando facultades y responsabilidades a los Directores que antes no tenían, sobre todo en el manejo de los recursos y relaciones con entidades externas a la institución, al sector público y al propio sistema de salud.

El principal desafío en la propuesta del Modelo fue, por un lado, considerar una serie de particularidades, sobre todo en el ámbito legal, y nuevos enfoques generados por la Reforma de Salud; y por otro, la interacción y comprensión de profesionales, lenguaje y otros elementos del sector Salud desconocidos para el autor hasta ahora.

La Unidad de Auditoría y Gestión (UAG) es fundamental en el éxito de la Organización y desarrollo del Modelo, dado el gran alcance que tendrá su accionar en el control de gestión y mejora continua del Hospital. Se debe destacar también el rol que cumplirá el Coordinador de Enfermería como un nexo entre el área clínica y las mejoras de calidad impulsadas por el área administrativa. Por otro lado, no se puede olvidar la relevancia de los Encargados de Centros de Responsabilidad, que gestionarán una parte de los recursos del Establecimiento junto al trabajo en equipo con los Jefes de Unidad. No obstante lo señalado hasta ahora, se recomienda implementar otros enfoques, como el Cuadro de Mando Integral para complementar los resultados obtenidos, siendo este proyecto una excelente base para aquello.

El Modelo de Gestión propuesto es factible de implementar, principalmente porque se respetaron las restricciones señaladas por la Dirección. Se agregaron solamente dos nuevos cargos que involucran nuevo personal (Encargado de Soporte Informático y Encargado de Capacitación). La inversión no supera los \$17 millones anuales, lo que comparado con los \$70 millones estimados en pérdidas por problemas de gestión o falta de control, representa buenas posibilidades de contratación de este personal, ya sea a través del Servicio de Salud o por los propios medios del Hospital. Por esto se considera que la mayor inversión será el tiempo y compromiso de la Dirección y jefaturas por informar y capacitar a los empleados de todos los niveles. Por lo mismo, la sustentabilidad en el tiempo dependerá únicamente de la gestión de la Dirección, ya que la legislación abre un abanico de posibilidades a los Establecimientos Autogestionados en Red para obtener recursos.

El autor de este informe cree que lo más importante para el éxito del Modelo y los cambios en general que se esperan de la Organización dependen de la Dirección del Establecimiento, la que deberá ser una parte activa en ellos. De acuerdo a lo observado, las tareas más importantes para suavizar la resistencia al cambio es crear mecanismos de información transparentes y sencillos para todo el personal del Hospital, y fortalecer las relaciones entre el personal médico y administrativo, creando instancias que permitan involucrar y comprometer a ambos grupos en los objetivos y estrategias de cambio del Establecimiento.

Por último, es preciso destacar que el desarrollo de este trabajo permitió al autor ampliar el conocimiento y aplicación de la Ingeniería Industrial en un área tan diversa y compleja como la del sector Salud. Hace tiempo que no es novedad la demanda de Ingenieros para prestar sus servicios en Organizaciones de este tipo. Por lo mismo, es posible afirmar que ésta fue una excelente oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal y profesional en un sector que continuamente tiende a necesitar el uso de la ingeniería para optimizar y mejorar la calidad de sus servicios y procesos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Asenjo, M. A. (2002).** Las Claves de la Gestión Hospitalaria. 2ª. ed., Barcelona, Gestión 2000.

**Castro, R. (2004).** Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile. [http://www.lyd.com/LYD/Controls/Neochannels/Neo\\_CH3799/deploy/rcastro.pdf](http://www.lyd.com/LYD/Controls/Neochannels/Neo_CH3799/deploy/rcastro.pdf) [citado Marzo 2008]

**Charlita H, P. (2003).** Gestión de Costos Hospitalarios. Bogotá, Ecoe Eds.

**Contraloría General de la República. (2008).** Normas de Auditoría de la Contraloría General. <http://www.contraloria.cl> [consulta abril 2008]

**DRAE. (1992).** Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española. 21ª ed..Madrid Editorial Espasa-Calpe.

**Hospital de Lota. (2005).** Planificación Estratégica Hospital de Lota 2006 – 2010

**MINSAL. (2002).** Hacia un nuevo Modelo de Gestión en Salud (Propuesta de Trabajo). Ministerio de Salud de Chile

**MINSAL. (2005).** Decreto N° 140: Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud de Chile

**MINSAL. (2005).** Decreto N° 38: Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red. Ministerio de Salud de Chile

**MINSAL. (2006a).** Estrategia de Implementación de Centros de Responsabilidad. Ministerio de Salud de Chile

**MINSAL. (2006b).** Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Ministerio de Salud de Chile

**MINSAL. (2007).** Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud 2006 (Minuta). Ministerio de Salud de Chile

**Mintzberg, H. (1995).** Estructuración de las Organizaciones. 1ª ed. Barcelona, Ariel.

**Osorio, G., Sayes, N., & Fernández, M. (2002).** Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Revista Médica* 130 (2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000200014-&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200014-&lng=es&nrm=iso) [citado abril 2008]

**Servicio Salud Concepción. (2007).** Cumplimiento de Requisitos necesarios para acceder a la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red. Informe de Auditoría N° 073.

**Silva, V., Galleguillos, L. (2008).** Diseño de un Modelo de Gestión para un Establecimiento Hospitalario. Memoria de Título, Ingeniería Civil Industrial, Facultad de Ingeniería. Universidad del Bío-Bío. Concepción. Chile

**Subsecretaría Redes Asistenciales. (2006).** Herramientas para enfrentar la resistencia al cambio.

**Temes M, J. L. (1997).** Manual de Gestión Hospitalaria. 2ª ed. Madrid, McGraw-Hill.