

MGP

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

INFORME DE TESIS:

**“ APLICACIÓN DEL CUADRO DE  
MANDO INTEGRAL HOSPITAL SAN  
JOSE, MINISTERIO DE SALUD  
CHILE ”**

**PROFESOR GUIA:**

**AMERICO IBARRA LARA**

**ALUMNO CANDIDATO MGP:**

**MOISÉS BUGUEÑO GÓMEZ**

## Aplicación del Cuadro de Mandos integral en el Hospital San José

Este hospital público perteneciente al ministerio de salud de Chile, es caracterizado los siguientes antecedentes de contexto: El hospital en estudio data desde el año 1841, con 159 de funcionamiento, el costo del nuevo edificio que alberga a esta institución fue de \$26.000 millones, costo de todos los chilenos. Y debe enfrentar la evolución de sus usuarios de beneficiarios a ciudadanos contribuyentes (los hospitales perdieron la calidad de refugio para los desheredados de la fortuna), antecedentes que hacen que la ORIENTACIÓN del hospital se centra en el liderazgo, en el trabajo en equipo, para definir la VISION. Establecer la MISION acorde al concepto de Ciudades saludables, cuya finalidad Global del Proyecto “ Ciudades Saludables”. Es Fomentar la Salud de las Ciudades, su Medio Ambiente y sus Habitantes, Movilizando la Energía y Creatividad de los Gobiernos Locales y de la Comunidad Mediante Acción Multisectorial Participación Pública, bajo estos conceptos se definen las comunas que atiende el Servicio de Salud Metropolitano Norte (Til til, Huechuraba, Colina, Quilicura. Recoleta. Independencia, Conchali y Lampa)

Dentro de los objetivos principales es convertir a esta institución en un Hospital promotor de salud, tomando modelos de Estudio en España, para abordar los desafíos del futuro, entrando en el presente a través de la utilización de los Nuevos avances tecnológicos (diagnósticos y terapéuticos), el Aumento actividad ambulatoria, Otras alternativas de hospitalización (abreviada, de día, de noche, domiciliaria) Eclosión de las tecnologías de comunicación e información Aumento relativo de las camas para pacientes Críticos (1960..0, 1993..6, 2000..24.-)

Los desafíos a los que se enfrentan los Directivos y la Gestión del Hospital se constituyen por:

- ❑ Limitaciones presupuestarias (Chile destina US\$200 per capita para salud, los países desarrollados US\$ 3000 anuales)
- ❑ Nuevos problemas éticos
- ❑ Evaluación de la calidad de las nuevas tecnologías (medicina basada en la evidencia)
- ❑ Información y papel activo de los pacientes
- ❑ Definición de los distintos niveles de atención (coordinación por ejemplo con cuidados paliativos, geriátricos mediana y larga estadía etc.)
- ❑ Reto Gestión: diálogo permanente, compartir responsabilidades
- ❑ Trabajo en Equipo

La organización del hospital en la actualidad presenta el siguiente esquema ver anexo:

Otros desafíos relevantes, son que la institución enfrenta problemáticas Institucionales como: comunicaciones, Trato-Maltrato otros problemas Específicos son: Optimización uso de camas/falta de camas, proceso de optimización de Fichas clínicas Sobrecarga Servicio de Urgencia Listas de espera Quirúrgica Eficiencia Pabellones Quirúrgicos

- ❑ EL DIAGNOSTICO Y LA PLANIFICACION ESTRATEGICA,

El Hospital San José, es una organización que en los últimos años ha sido protagonista de una serie de cambios, tanto físicos como estructurales, lo que ha provocado una reorientación de procesos y de su recurso humano, estas características hacen que se destaque la necesidad de contar con instrumentos de diagnóstico y medición de la gestión que permita analizar, visualizar y definir los principales problemas que se manifiestan en la gestión operativa interna de la institución, y a partir de ellos poder determinar y construir un diseño estratégico, que considere la realidad financiera, la normativa legal y la capacidad tecnológica y humana que tiene la institución

Una de las principales características que presenta la institución de acuerdo a un estudio Diagnóstico situacional es la de ser una Organización Desadaptada: Que presenta Aislamiento, rigidez, confrontación, individualismo y estrés, entre los funcionarios..

Las características propias atinentes a este tipo de organización son:

La estructura física y organizacional de la institución, primero, la distribución física de los servicios y unidades, sumado al tipo de prestación de la organización, genera un claro aislamiento, donde los funcionarios se sienten prisioneros al interior de cada servicio, donde declaran que durante sus turnos, no tienen mayor comunicación con el entorno laboral y demás dependencias de la institución, y por otra parte, en términos organizacionales, al no existir una política institucional, cada servicio y unidad, realiza sus actividades de acuerdo a su realidad y no responden a un objetivo común, lo que provoca el origen y crecimiento de verdaderos feudos al interior de la organización, donde la jefatura y/o el supervisor se convierten en sus dueños. Aislamiento.

La estructura organizacional del HSJ, pese a ser aparentemente flexible, en la práctica, se presenta como muy rígida, debido entre otras cosas a, la comunicación vertical y descendente, a los escasos canales de participación, el autoritarismo de sus autoridades y jefaturas y el distanciamiento, desinterés y escepticismo de los funcionarios hacia las actividades de la dirección. Rigidez.

Los constantes conflictos, tanto personales como institucionales, que se dan en la organización, tanto a nivel de compañeros de unidad, como con sus jefaturas y estas con las autoridades, además de las constantes presiones que mantienen

los gremios, en especial, FENATS y capítulo médico, con la dirección del establecimiento. Confrontación.

Las principales características y el comportamiento que presenta el recurso humano de la institución en su conjunto, descansan en el concepto de individualismo, debido a que los funcionarios velan por sus propios intereses y conveniencia al momento de integrarse y participar en actividades, y por otra parte, su actitud siempre esta orientada a exigir y demandar necesidades a las jefaturas y a la dirección, y no entran en un proceso de autocrítica y evaluación de cual debe ser su aporte para lograr un crecimiento institucional. Además se debe agregar que algunas jefaturas actúan de acuerdo a sus principios y valores al interior del servicio, desconociendo e invalidando los conceptos básicos de la gestión del equipo directivo del HSJ. Individualismo.

La alta demanda asistencial que ha sufrido el establecimiento en el último tiempo, a la mala distribución del recurso humano en los servicios, lo que aumenta las cargas de trabajo de algunos estamentos o dependencias, a la complejidad del paciente tanto clínica, personal y social y al mal clima laboral existente, lo que se cuantifica en el alto índice de licencias médicas y el aumento del ausentismo que se ha evidenciado en la institución. estrés

En el marco del diagnostico en el entorno en que se desarrolla la gestión del Hospital, y avanzando en el análisis señalamos que la Misión del Hospital San José es “Trabajar en la mejoría de la salud integral de nuestros usuarios en forma humanizada, optimizando al máximo nuestros recursos en un marco de probidad, oportunidad y excelencia científica.”

Misión que Pasa por hacer coherente los conceptos de Misión-objetivos-metas y los programas definidos en Gestión Clínica: Estándares de calidad para alcanzarlo y la definición de Indicadores de desempeño

La Dirección del Establecimiento en estudio, orienta su gestión sobre la base de que el directivo Tradicional: Planea Organiza Dirige y Controla pero esta tarea es mas compleja<sup>1</sup>, el ejecutivo competentes: además utiliza su tiempo en - proceso interactivo-no encerrado en oficina, estableciendo un Balance entre flexibilidad y control, Este nuevo estilo en que se ha centrado el equipo de dirección requiere de una oportuna Monitorización del desempeño global del hospital, elemento que en teoría debería aportar el Cuadro de Mandos integral, en opinión de la Subdirección Administrativa. Para Continuar Aumentando participación, Mejoría calidad de vida funcionarios, fortalecer la Cooperación, mejorar encuestas de satisfacción usuarios. Buena atención, implica conocimientos aproximación mas adecuada al recurso humano Técnicamente excelente. Amable Retroalimentación permanente Usuarios Contentos y satisfechos. Gestión Participativa, Ficha clínica: auditoria de ficha, rediseño, archivo, Capacitación. Todos objetivos planteados por el equipo directivo que requieren de seguimiento de su cumplimiento y evaluación de desempeño de diferentes indicadores que señalen el logro de dichos objetivos

Entonces la función control de gestión se determinará. de acuerdo con la definición de que La gestión es el arte de determinar objetivos, conducir a las personas, armonizar objetivos y recursos, buscar equilibrios, reaccionar ante el turbulento entorno del Medio y buscar Oportunidades de “Beneficio”<sup>2</sup>, traducido como mejor calidad en los servicios, en el marco contextual de este hospital público, mas aun se buscará el concepto de que la gestión ética basada en la integridad, incentivos de gestión se pone mas acento en los resultados a

---

<sup>1</sup>Kotter

<sup>2</sup> OCDE, 1991

conseguir, definición de valores globales perseguidos en el sector público en forma de grandes criterios encauzadores complementados por códigos descentralizados de conducta adaptados a los objetivos de determinadas entidades, un hincapié en los resultados más que en la forma de conseguirlos, centrarse más en los fines que en los medios, Fomento del buen comportamiento en lugar de vigilancia y castigo de errores y malas conductas nuevo paradigma de gestión pública revisión nacional del rendimiento, basados en experiencias de servicios de salud en Estados Unidos. Buscando la implementación de un sistema moderno acento en los incentivos y en la persuasión considerando que encauzar a las personas mediante un sistema de valores. Enfoque basado en la integridad<sup>3</sup> un cambio esencial en los principios de gestión de las reglas a los resultados y el tipo de reglas establecidas formulaciones orientadas a los resultados en vez de sub. Sistemas basados en reglas se deben evaluar detalladamente los niveles de riesgo y los mecanismos vigentes por ejemplo una administración debe saber si hay antecedentes graves de malas conductas y adoptar un enfoque acorde a ello, en todo caso en el modelo de gestión se deben considerar los objetivos de las 4 e : economía eficiencia eficacia y ética, la buena conducta es requisito previo del buen gobierno

En teoría EL CONTROL DE GESTION Y EL CONTROL DE LAS ACTIVIDADES. Generan la asistencia para la toma de decisiones Hoy esta asistencia consiste en brindar información estratégica en forma numérica, gráfica o multimedia al decisor, tendiendo a cero el lapso entre la ocurrencia, el registro y la información, de acuerdo a la criticidad del tópico. En este proceso impactan variables como el volumen de los datos y la complejidad de comprensión según la posibilidad de síntesis de cada caso. Hoy decimos “el sistema de información nos brinda una radiografía de la organización”, la cual es una imagen estructural rígida en un momento que pierde vigencia a cada minuto que transcurre. Lo que necesita cada integrante es una visión de la organización viva y pensando. La

---

<sup>3</sup> blymke y bohagen

administración de conocimiento, es sistematizar una variedad de fuentes de conocimiento, de los bancos de datos, sitios web, empleados y asociados, obtener ese conocimiento donde se encuentre, con su contexto y dándole mayor significado a través de la correlación con otra información de la organización.

Nuestro Objetivo de estudio es la Aplicación experimental del instrumento tablero de mando en el entorno de sistema de un hospital publico perteneciente al servicio metropolitano de salud norte del ministerio de salud chileno, Revisión de conceptos de cuadro de mandos y su aplicabilidad en un hospital publico. Detectar estrategias metodologicas para la creación de indicadores y aplicación en un modelo de tablero de control.

A diferencia del enfoque y la aplicación del cuadro de mandos integral originalmente fue para la empresa privado con fines de lucro, pero la oportunidad única de aplicar el cuadro de mandos integral para mejorar la gestión de los organismos públicos como es el caso de los hospitales del servicio de salud, en mayor, la perspectiva financiera proporciona una restricción a las organizaciones publicas, limitando sus gastos a las cantidades presupuestados el año anterior, o bien optimizar el fasto de manera tal que el gasto este bajo lo presupuestado, mejorando la eficiencia del gasto pero solo esta meta no da cuenta del éxito en el logro de la misión institucional, puesto que el éxito se mide por la eficiencia y la eficacia en que se satisfacen las necesidades de los usuarios. Los objetivos deben ser definidos por los usuarios. La emergencia del Ciudadano con derechos hace que el gobierno sea más responsable frente a estos, lo que pone en serio riesgo la supervivencia de instituciones publicas incluso de la salud, puesto que en muchos casos la provisión puede pasar al sector privado, como puede ocurrir con el AUGE, por lo que estas instituciones también deberán ser eficientes eficaces y orientada al usuario para sobrevivir en el sistema.

Reinventar el gobierno <sup>4</sup>, señala la importancia de centrarse en los clientes, en el caso de la salud, en el usuario y de medir la actuación, en el mismo documento se señala la importancia de Delegar el poder en los empleados para conseguir resultados, recomendando el establecimiento de indicadores de la actuación, para los organismos públicos, donde se incluyen:

- Todas las Unidades de gestión (agencias), empezaran a desarrollar y a utilizar objetivos mensurables e informar de los resultados.
- Aclarar los objetivos de los programas

Se deberían desarrollar unos acuerdo escritos de actuación con los jefes de departamento (Compromisos de gestión)

3.- los factores y variables que para evaluar la gestión del Hospital

Se pueden distinguir tres áreas funcionales de las cuales debe ocuparse la Gestión:

Área asistencial (encargada de dar el servicio a los usuarios o pacientes). Los factores a considerar serían:

- Tasa de demanda (urgencia, especialidades ambulatorias, hospitalización)
- Cobertura de servicio en cada especialidad
- Producción (atenciones realizadas, consultas o egresos)
- Calidad o eficacia técnica asistencial
- Efectividad o grado de cumplimiento de los objetivos
- Impactos o resultados en salud

---

<sup>4</sup> LA REINVENCION DEL GOBIERNO, Al Gore, EEUU.

Área de apoyo técnico (presta apoyo de diagnóstico terapéutico al área operativa – asistencial). Los factores a considerar serían:

- Tasa de demanda (interna y por íter consulta)
- Capacidad de atención
- Grado de utilización
- Producción
- Calidad técnica productiva
- Productividad

Área de apoyo de recursos (proporciona los recursos al área operativa asistencial y de apoyo, y a sí misma). Los factores a considerar serían:

- Tasa de demanda interna
- Capacidad
- Dotación o disponibilidad de recursos (físicos, humanos, financieros y otros)
- Grado de utilización de recursos
- Productividad de los recursos, unidades o centros de costos
- Presupuestos
- Costos
- Eficiencia
- Rentabilidad

Para realizar la Evaluación de la Gestión Operacional – Asistencial. Se recurre a las estadísticas de producción o atenciones y algunos indicadores biomédicos del Salud

En este trabajo se pretende justificar la creciente necesidad de la utilización del Cuadro de Mando, estableciendo sus rasgos característicos y contenido, e incidiendo en la sistemática a seguir en su elaboración. A este respecto, se quiere poner de manifiesto cómo dicho proceso de elaboración e implantación debe descansar sobre la cadena lógica áreas críticas-factores clave-indicadores y sobre el concepto de Pirámide de Cuadros de Mando como mecanismo de articulación de las necesidades informativas de todos los niveles.

Asimismo, se lleva a cabo una propuesta sobre la posibilidad de adaptación de las nuevas tecnologías de análisis y distribución de la información a dicha herramienta, configurándose lo que podemos denominar como Cuadro de Mando-Hipermedia.

Nuestra propuesta radica, esencialmente, en la creación de una intranet o mejor dicho de la utilización de la existente dentro del hospital, a modo de ejemplo que evidencia las ventajas y posibilidades que, desde la perspectiva de la gestión empresarial y de la toma de decisiones, ofrecen estas tecnologías. , por otro, se estudia el posible grado de adaptación de todas las nuevas tecnologías de la información en la gestión habitual de la los hospitales públicos y en el proceso de toma de decisiones

#### Que y como evaluar en el Hospital San José:

Se debe evaluar el cumplimiento de la misión del hospital y su funcionamiento, y los cumplimientos de los objetivos generales y específicos de la política del Sector.

Debe analizarse la consistencia de estos objetivos con la misión y el diagnóstico realizado, y también su concordancia con los recursos disponibles, definiendo -

además- indicadores en el contexto del tablero de control, que permitan medir el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos.

Analizar la consistencia de los objetivos generales con la misión, es importante, al igual que la coherencia entre los objetivos específicos y generales, dado que puede suceder que éstos no se correspondieran con la visión y misión de la organización, en este caso el Sector Público Salud; pero -además- es necesario que haya una consistencia entre los objetivos (generales y específicos) y el diagnóstico de la situación de salud (donde se destacan las inequidades tanto en el nivel como en la atención de salud de la población, la transición epidemiológica y persistencia de enfermedades asociadas al subdesarrollo), para determinar correctamente las amenazas epidemiológicas, los grupos de riesgo, y -en consecuencia- las prioridades de salud y los énfasis, que se declaran en los objetivos específicos. Por último, también es necesario analizar la concordancia de los objetivos, con los recursos disponibles (financieros, humanos y físicos y tecnológicos), dado que existe -en el fondo- cierta interdependencia entre éstos y los objetivos (hay detrás una relación insumo-producto).

Los indicadores que se definan deben estar, en lo posible, en directa relación con los objetivos planteados para poder medirlos; pero ello está relacionado con información disponible, de no haberla el indicador podrá ser una relación lo más cercana que se pueda. Por ejemplo el indicador relativo al objetivo general declarado plantea dos cosas centrales:

- Mejorar el estado de salud de la población, en especial los sectores de mayor riesgo (en el contexto de la nueva situación demográfica, epidemiológica y socio-económica). Esto se puede medir con un indicador que salga de la diferencia de la tasa de morbilidad general del año actual con la tasa de Gral. Morbilidad del año base (o de inicio de la política), dividiendo por la tasa Gral.. Del año

base año, algo similar se puede hacer también con la tasa de mortalidad; todo ello se puede aplicar para la población total o los grupos de población que se consideren prioritarios.

- Responder a las expectativas de la población respecto a la atención de salud. Esto se puede medir mediante la realización de encuestas a los usuarios, respecto de la atención, utilizando algunos factores típicos (como opinión sobre: el sistema de admisión-recepción, el trato del personal administrativo o de los profesionales de la salud, las salas de espera, el sistema de información-orientación, etc.). En la práctica se han efectuado algunos estudios, por parte del Ministerio de Salud, notándose una realidad diferente entre Santiago y Regiones; aparte de las que se han efectuado por otros organismos y que se han dado a conocer por los medios de comunicación.

Las políticas o estrategias son definidas por el Ministerio; en este caso, están referidas a los aspectos centrales de la problemática de salud que se pretende abordar en el período, conforme a ciertos principios orientadores (con la equidad como principio rector, y la eficiencia y efectividad como principios de apoyo), los cuales son: dar satisfacción a las necesidades de atención de salud conforme a lo que se deduce del diagnóstico epidemiológico y, dar satisfacción a la expectativas de atención de la población ( en términos de accesibilidad, integralidad, oportunidad, calidad y buen trato); se incluye -además- la participación de los trabajadores de la salud y de comunidad, el trabajo intersectorial , y la ejecución descentralizada de las políticas de salud, dentro de un marco de reforzamiento del rol rector, fiscalizador y evaluador del Ministerio de Salud (controlador estrategias implementadas).

La intermediación financiera y previsional, es efectuada por el Fondo Nacional de Salud, organismo de carácter descentralizado, encargado de la afiliación previsional y registro de las personas pertenecientes al Sistema Público de Salud

,que reúne los fondos de diverso origen (aporte fiscal, cotizaciones, FUPF, fondos para accidentes del trabajo y otros aportes), los administra y maneja las asignaciones a la modalidades de atención de Libre Elección e Institucional, transfiriendo los fondos a esta última modalidad a los Servicios de Salud (quienes la llevan a cabo junto con los consultorios municipalizados), mediante un sistema de compra de servicios.

### Propuesta de Cómo construir un Tablero de Control

El presente modelo dinámico permite construir un apoyo de información, con indicadores de gestión, a la toma de decisiones de la Administración del Hospital. Para dar mayor racionalización a estas decisiones, logrando aumentar la eficiencia, eficacia y economicidad en la Gestión de la Subdirección Administrativa. Estructura que presta servicios profesionales, técnicos y administrativos tanto al Hospital San José, como al CDT Eloisa Díaz I..

La programación de la actividad mediante cartas gantt, permitirá poner en marcha los procesos de implantación, que comenzaran por dar a conocer los indicadores a las unidades involucradas, seguido de la obtención de datos y la generación de los indicadores mensualmente. El posterior análisis del comportamiento de estos indicadores y la comparación con otros sectores, permitirá llegar a conclusiones que contribuyan a mejorar continuamente los mismos. La síntesis del proceso de control de gestión se emitirá mensualmente en el Informe respectivo, para finalmente evaluar el proceso semestral de implantación del modelo.

Los resultados esperados serán: lograr efectividad en el control de gestión, crear un adecuado ambiente de control interno que favorezca las conductas positivas en logro de objetivos de la organización, determinando factores críticos de éxito y la medición del desempeño en la gestión administrativa.

El producto final, de la implementación del modelo, permitirá contar con información validada, comprobable, comparable y oportuna para la toma de decisiones de la subdirección administrativa del Hospital San José, puesto que el cuadro de mandos permite efectuar un seguimiento a todo el proceso de gestión administrativa y el resultado de la Retroalimentación, permitiendo evaluar y ajustar los procesos a las condiciones específicas del hospital y de cada unidad de gestión.

El estudio de correlaciones entre los indicadores y otros datos, junto al dimensionamiento del control interno, permitirá avanzar en la eficiencia y la calidad en la gestión, replanteando aquellos esquemas de trabajo históricos hacia sistemas innovadores y modernos.

### introducción

El Control de Gestión y la Auditoría Operativa constituyen sistemas a implementar, que incorporarán la evaluación de planes, programas y ejecución presupuestaria, de los diferentes centros de responsabilidad del Hospital San José. El contexto en que se desarrollan las operaciones del Establecimiento, se caracteriza en que el gasto, al igual que el resto del sector público en salud, contribuye de manera muy importante al mejoramiento de los ingresos de las familias de escasos recursos, llegando a representar en 1996 el 31% de los ingresos del quintil más pobre de la población. Lo anterior se reafirma con el hecho que un 75% de lo gastado en prestaciones, atenciones de salud y en el programa nacional de alimentación complementaria (Pnac), llega a las personas pertenecientes a los dos primeros quintiles de ingreso.

En tanto, la inversión real en el sector público de salud para el período 1986-1999, se ha incrementado en un 972%, destacando el enfoque prioritario hacia la reposición y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de la red

asistencial, como es el caso de nuestro hospital en que la inversión es superior a los 28 mil millones de pesos.

Evolución de la inversión real sector público de salud 1986-1997

Año	Gasto en inversión real Mm\$ año	Gasto de Mm\$ de 1995	1986=1 00
1986	1.261	4.720	100
1987	1.452	4.475	95
1988	2.969	8.120	172
1989	4.568	10.290	218
1990	3.571	6.318	134
1991	5.984	8.922	189
1992	31.832	42.114	892
1993	33.712	39.739	842
1994	45.131	48.831	1.035
1995	47.521	47.521	1.007
1996	46.367	46.367	982
1997	50.608	50.608	1.072

Este cuadro destaca el esfuerzo del sector público por incrementar el gasto en salud, aunque aún existe una importante brecha per-cápita, frente al gasto privado. No obstante, y tal como lo muestran los datos proporcionados en los indicadores sanitarios, el sector público atiende al mayor porcentaje de habitantes del país y, particularmente, a los de mayor edad y riesgo social.

Además, se encarga de mantener e incrementar los importantes logros biomédicos y sanitarios que exhibe el país.

En materia de recursos humanos, el sector salud está integrado por 69.963 funcionarios del sistema nacional de servicios de salud, y aproximadamente 16.500 funcionarios pertenecientes al nivel primario de atención municipal. En el hospital San José laboran alrededor de 1162 funcionarios entre planta, contrata y honorarios, de acuerdo a la siguiente distribución por profesiones:

Técnicos Oficiales Paramédicos	338
Auxiliares	181
Médicos	194
Oficiales Administrativos	131
Enfermeras	77
Matronas	80
Odontólogos	1
Ingeniero Civil Industrial	2
Contador Auditor	3
Ingeniero Comercial	4
Administrador Publico	1
Educadora de párvulos	3
Ingeniero Civil	1
Ingeniero Ejecución	5
Otros Profesionales	3
Tecnólogos Médicos	15
Quím.-Farm. Y Bioquímicos	9

Nutricionistas	9
Asistentes Sociales	3
Otros (Becarios y otros)	102

TOTAL FUNCIONARIOS

1.162

Antecedentes mencionados son válidos, para avanzar en nuestro análisis de indicadores de gestión que permitan evaluar la marcha administrativo financiera de las áreas bajo la responsabilidad de la Subdirección Administrativa del Hospital San José, que en lo fundamental, debe ser concordante con los objetivos de la Dirección del Hospital y del Servicio de Salud Metropolitano Norte, que de acuerdo a la misión enunciada se sustenta en cuatro pilares que son: Orientación al Usuario, Participación, Descentralización y el entendimiento que la salud es un objetivo de toda la Comunidad.

Objetivos del control de gestión y de la auditoria operativa

Considerando que la Gestión es la capacidad de una institución para diseñar y aplicar estrategias concretas que resulten en el logro de los objetivos de desarrollo y crecimiento, señalaremos que los objetivos del control de gestión son la elaboración, monitoreo y análisis de indicadores claves de las operaciones de la subdirección administrativa del hospital San José y sus departamentos dependientes, comparándolos con los indicadores de la dirección del servicio, con otros servicios públicos similares y la “industria” de servicios de salud privados, lo que permitiría tomar decisiones oportunas para el logro de objetivos en forma permanente, como por ejemplo: La reducción de costos, como medida para hacer frente a la crisis económica del Hospital, tratando de mantener la dotación de funcionarios, para así, evitar minar las confianzas y lealtad y el mayor costo asociado que implicaría su recuperación a futuro, toda vez que el exceso de personal y gastos, es un efecto y un síntoma pero no una causa, puesto que la causa es la ineficiencia en la organización, generado por

las falencias de los procesos históricamente definidos. En este contexto, la misión de la auditoría operativa interna, será evaluar los procesos administrativos y técnicos a fin de orientarlos, mediante aplicación de conceptos de reingeniería, desarrollo organizacional, desarrollo tecnológico y de gerencia pública. Debiendo determinarse cuales son las actividades que realmente agregan valor a los procesos de los servicios en salud, como unidad de negocios y cuales procesos no agregan valor sino que solamente contribuyen a aumentar el costo del servicio, pudiendo así ser eliminadas o reestructuradas en forma permanente.

En la creación de los indicadores de gestión se consideran aspectos de:

1. Cumplimiento de la elaboración de instrumentos básicos (i.b.) como son el plan estratégico, en distintos niveles, como también otros instrumentos de gestión relevante, para la administración modernizadora, de acuerdo a la naturaleza de cada centro de responsabilidad, de la subdirección administrativa.
2. Indicadores de Gestión (i.g.) por centro de responsabilidad, adecuado al servicio específico que brindan dentro de la cadena de valor de la subdirección administrativa, en la búsqueda de un indicador único como clave de éxito, que sirva como mínimo común denominador para todos los centros de costos y para la subdirección misma.

Para implementar esta red de indicadores se requiere, fundamentalmente: Un compromiso de colaboración de todos los actores involucrados, en el proceso de elaboración del servicio, en particular de los encargados de las unidades de gestión. Contar con un equipo multidisciplinario de profesionales, idóneos, para obtener la información, elaborar los indicadores, realizar el análisis de estos, en forma comparativa. La emisión de informes mensuales, con sugerencias de estrategias para la Retroalimentación en los distintos procesos, de acuerdo a la naturaleza de la unidad de gestión analizada. Medios informáticos adecuados, para contextualizar en red las operaciones de la subdirección, tanto en el ámbito interno como externo. Un adecuado nivel de Autoridad, que permita agilizar la

solicitud y la obtención de información. También la emisión adecuada de los informes.

Este análisis se complementa con elementos de Cuadro de Mando, funciones del controller y de cadena de valor, en las cuales se incluyen los centros de responsabilidad siguientes:

1. Subdirección administrativa

Dentro de la perspectiva administrativa y financiera, la subdirección administrativa, debe abordar la gestión en cuanto a la Autonomía financiera y la Capacidad institucional para la gestión, de tal modo de indicar si esta o no dadas las condiciones para que el Hospital San José cumpla con sus funciones y proyecto estratégico. En caso de deficiencia identificar las causas reales y su forma de corregir, para el logro exitoso de los objetivos.

Los elementos de la Autonomía financiera estarán constituidos por los ingresos propios que se generan con el servicio(pensionado, niveles c y d Fonasa y convenios particulares), los bienes e insumos que se utilizan y la capacidad que tienen para generar ingresos

La capacidad del establecimiento para la gestión, impide la generación de ineficiencias en el uso de recursos, y esta constituido por los siguientes elementos:

- La cualificación de recursos humanos(diferenciación cualitativa)

- Las posibilidades de capacitación y de especialización
- Las posibilidades de desarrollo organizacional
- Los mecanismos y grados de autonomía para tomar decisiones
- La existencia de otras instancias para apoyar la gestión

Además existen algunas variables exógenas que afectan al hospital, pero que no podemos controlar, como es la legislación, políticas nacionales y restricciones de organismos de fiscalización.

También intervienen variables endógenas que afectan a los servicios prestados por el hospital pero que pueden ser controlados desde el interior de la gestión como es: el clima organizacional, Manuales de procedimientos, eficiencias de contratación. De estos elementos es importante destacar el proceso de identificación y diseño de indicadores de gestión que permitan evaluar la gestión administrativa y financiera del Hospital San José, que permitan la medición del grado de eficiencia en la gestión tanto de generación de recursos, la eficiencia en el gasto y ayuda a la toma de decisiones, vía comparación de gestión entre otras entidades de salud, la identificación de las causas más relevantes de los problemas de gestión detectados y mejoramiento posible para la situación detectada.

En el ámbito de la subdirección administrativa se medirán dos aspectos importantes:

A.- Desarrollo organizacional y gestión

1. - plan estratégico (i.b.)

2. - eficiencia en el uso de instalaciones (i.g.) (ver pagina 27)

3. - gestión participativa (encuestas de evaluación de percepción de la participación. (i.g.)

4. - gestión de farmacia (i.g.)

5. - resultado operacional (i.g.)

6. - estado presupuestario (i.b.)

7. - personal: rendimiento del gasto en remuneraciones, reducción del ausentismo. Clima

Laboral (diagnóstico y mejoramiento). (i.g.)

8. - Gestión de acciones de auditoria operativa interna, para retroalimentar procesos, por

ejemplo a través de reingeniería de procesos (i.g.)

B.- Descentralización y sistemas de información

1. - capacidad de gestión descentralizada (i.g.)

2. - gestión financiera

3. - recursos humanos

4. - informática

Otros aspectos a considerar serán:

Posicionamiento del servicio en la comunidad, a través de encuestas realizada por expertos en marketing público. (i.g.)

Reducción de costos a través del uso del presupuesto. (i.g.)

Determinación de Costos Estándar de la atención (i.g.).

## 2. Unidad de administración y finanzas

### • Administración y Finanzas

1º Su fundamento como departamento, es buscar el uso eficiente de los recursos de la salud con la Implementación de diversos mecanismos para contener los crecientes costos en el funcionamiento del sistema.

2º También el desarrollo de nuevos instrumentos de gestión hospitalaria, en el marco de la formulación de planes de salud en el ámbito de los distintos servicios. Con el fin de optimizar ingresos y en lo posible disminuir gastos que no agregan valor al servicio.

### Análisis de gestión desde el enfoque técnico financiero

Se recomienda:

A.- Determinar un presupuesto (i.b.) previo al ejercicio contable del año a gestionar, por unidad de gestión y consolidado, en CDT y Hospital. Velando por ajustarse durante el ejercicio al presupuesto dado, mediante políticas de contención de costo y modificaciones presupuestarias necesarias, en forma detallada, revisando en forma permanente la estructura de gasto, determinado por los niveles de actividad y la capacidad de generación y captación efectiva de ingresos.

B.- Equilibrar gastos e ingresos a través de la utilización efectiva del Presupuesto de caja (i.b.), que permita proyectar gastos sobre la base de los ingresos efectivos de tal manera que el sistema se financie equilibradamente en su conjunto, buscando equidad en la productividad de todos los componentes del complejo hospitalario.

C.- Se deben buscar y nivelar las asimetrías en el desarrollo de la gestión, de ajustes de modelo de atención, de prestaciones no reconocidas para su valorización, así se genera, desde el punto de vista de gestión de recursos la necesidad de realizar análisis de costos de prestaciones, rendimiento de los insumos, determinación de capacidades resolutorias, reordenamiento de procesos, para que el servicio establezca mecanismos de control en recaudación mas expedito, identificación previsional efectiva de usuarios, revisión capacitación y control permanente de actividades y sus registros, cambio organizacional de metodología y procedimientos.

D.- Determinar si los registros contables corresponden al activo real del Hospital, a fin de asegurar la exactitud y confiabilidad de la información, se debe validar el 100% de los activos con la realización del respectivo inventario, además se deben efectuar acciones administrativas para el buen desempeño del personal, en los diferentes centros de responsabilidad.

Índice de efectividad de registros = afirmación por cuenta de activo =%desvío

Contables financieros                      Arqueos, conciliación, inventario físico

### Evaluación financiera

#### 1. - ANALISIS GESTION DE TRANSFERENCIAS Y PROGRAMAS

##### ANALISIS TRANSFERENCIAS P.P.P.

Como parámetro de comportamiento de los ingresos por transferencias, del hospital, se analiza los Recursos financieros transferencia de fonasa, En miles de \$ a nivel país.

Pad - Ppp 1998 \$311.174.688

1997 \$280.684.296

1996 \$244.688.927

Existe un aumento progresivo y significativo de estas transferencias, asociados al crecimiento normal que experimenta el país y a privilegiar el crecimiento con equidad en el gasto social

EN EL HOSPITAL LA FACTURACIÓN, PAGO POR PRESTACIONES (P.P.P.) DURANTE 1999 FUE LA SIGUIENTE:

El Pago por Prestaciones (P.P.P.) representa la producción realizada valorizada.

En este año se Facturó un total de \$ 9.840.646.483. -, siendo los conceptos que mayor aporte tiene, la Atención Cerrada con \$ 3.444.006.590. -; las Consultas Médicas Ambulatorias con \$ 1.446.747.610. - las Intervenciones Quirúrgicas con \$1.267.897.135. -

Al comparar el 1° Semestre 1999 con el 2° Semestre 1999, se obtiene que:

Variable	1° Semestre 1999	2° Semestre 1999	Diferencia	Variación %
Total	4.466.676.463	5.373.970.020	907.293.557	20 %
Promedio Mensual	744.446.077	895.661.670	151.215.593	20%

Fuente: Pago Por Prestaciones (R.M.C. 0) año 1999.

Variable	1998	1999	Variación %
Total	8.375.971.435	9.840.646.483	17,5%

Fuente: Pago Por Prestaciones (R.M.C. 0) años 1998 y 1999.

Las Transferencias realizadas en el año 1999 ascienden a \$ 8,157,178,000, lo que entrega un promedio mensual de \$ 679,764,833

PROMEDIO MENSUAL Facturado	819,902,029
-------------------------------	-------------

La BRECHA mensual, en promedio para 1999 es de \$140.137.196. No percibida por el hospital por prestaciones facturadas. Equivalente a 1600 millones de pesos anuales, sin considerar la distorsión que representan los ingresos de puesta en marcha.

LA BRECHA POR ESTABLECIMIENTOS HOSPITAL SAN JOSE Y CDT ELOISA DIAZ I. PARA EL AÑO 2000 (Enero a Mayo)

	HSJ	CDT
PRODUCCION TOTAL	3.082.301.400	1.499.743.265
TRANSFERENCIA PAD-PPP	2.541.860.000	801.912.000
BRECHA	540.441.400	697.831.265
% DE LA TRANSF.	21.26%	87.05%
mensual	108.088.280	139.566.253
INGRESOS (incl.tranf.)	3.245.660.001	1.332.183.475
GASTOS	4.884.086.552	905.118.544
Déficit / superávit	1.638.426.551	427.064.931
Mensual	327.685.310	85.412.986

Como indicador de gestión se debe controlar mensualmente esta diferencia a fin de explicar el déficit económico que se genera mensualmente y la brecha que se genera. Traducida en el alto endeudamiento del hospital, debido a costos en que incurre el hospital y que no son cubiertos por el sistema ni por los ingresos propios.

Brecha facturación y transferencia P.P.P.:

\$ DIFERENCIA = TRANSFERENCIA REALIZADA - TRANSFERENCIA FACTURADA

(pago por prestaciones) (i.g.)

%DIFERENCIA TRANSFERENCIA = 100% T. FACTURADA - % T. REALIZADA

(i.g.)

#### ANALISIS GESTION PROGRAMAS

Existe un incremento por programas en cobertura de vacunación, programas de campaña de invierno, de adultos mayores y prestaciones de Fonasa, que destaca el progresivo y sostenido incremento en el numero de prestaciones normales y complejas otorgadas por el sector publico. Debe haber un control por programa especifico como:

- % de cumplimiento, de acuerdo al proyecto original. (i.g.)
- control de rendiciones (i.g.)
- control de devoluciones del Ministerio (i.g.)
- Cumplimiento del programa (i.g.)Carta Gantt y % cumplimiento.

## 2. - Análisis de ejecución presupuestaria del Hospital San José Años 1998 y 1999

En el ejemplo, nos remitiremos al sector provisión del servicio que se lleva a cabo por los hospitales que dependen de los servicios de salud.

### Análisis financiero vertical (i.g.)

Estructura de ingresos: Se detecta una variación creciente, en el ingreso de operaciones, en su mayor parte por devengamiento de ingresos, respaldados mediante Pagars que representan el 37 del activo en el ítem cuentas por cobrar, lo anterior de debe al aumento de servicios, por la puesta en marcha de una mayor capacidad instalada del hospital y por un aumento paulatino en la complejidad de las prestaciones de atención cerrada (especialidades quirúrgicas nuevas, neurocirugía entre otras)

Estructura de gasto el personal aumenta su peso relativo siendo de gran significancia este ítem en la estructura financiera del hospital, alrededor del 74%, en cuanto a bienes y servicios de consumo hay un aumento, con el consiguiente aumento de las cuentas por pagar, que representan un 32% del total de pasivo, la inversión real disminuye en los estados financieros del Hospital, pero en la realidad han aumentado durante la puesta en marcha, y no esta reflejado porque no se han realizado las transferencias de las operaciones ejecutadas por el Servicio Metropolitano norte. Es importante destacar que el ítem Materiales y Equipos que constituye un 31% del activo, por su significancia se debe velar por un adecuado ambiente de control, especialmente en el inventario.-

El peso patrimonial en la estructura financiera del pasivo para 1999 es del 58%, a diferencia del 72 % de 1998, que viene dado por el cambio del Endeudamiento que ha aumentado en un 106% en relación al año anterior.

### Análisis financiero horizontal (i.g.)

Se trata de un análisis de una secuencia de 2 años, para determinar el comportamiento de las partidas presupuestarias, tanto en el ingreso, como en el gasto, a modo de ejemplo se determina que:

En el balance, existe un incremento significativo en las cuentas por cobrar, aproximadamente un 132% con respecto al año anterior, también en las cuentas por pagar en mas de un cien por ciento de incremento, además se han incrementado los anticipos a terceros con 66 millones faltantes de rendir al 31 de diciembre de 1999. Existe aumento del gasto, sé traducido en un aumento de gastos en personal (mayormente), bienes y servicios, ha habido un mayor incremento de los gastos con relación a los ingresos lo que conlleva a la generación de déficits presupuestarios, y también se estaría generando un alto endeudamiento, producto de falta de cobranza de deudores, con el riesgo de falta de insumos para la atención de la población, si no se cumplen los compromisos contraído con proveedores. Por falta de liquidez, para pagos.

### Calculo de Roi.

No e s posible ya que no están los datos necesarios históricos del patrimonio y del activo total de la institución, sí los ingresos operacionales por ventas de servicio y los superávit / déficit producidos en el periodo

$$\text{Eficiencia en el Uso de Recursos} = \frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Activo Total}} = \frac{\text{ventas}}{\text{activo total}} \times \frac{\text{utilidad}}{\text{ventas}}$$

(i.g.)

(Rotación)                      (margen)

ver concepto de utilidad neta en relación a determinar un VAN social, externalidad positiva

Rentabilidad de los fondos propios =  $\frac{\text{utilidad neta}}{\text{patrimonio}}$   
 (i.g.)

Una vez obtenida la información histórica real del hospital San José, sin las distorsiones que representan la puesta en marcha, por lo menos en 2 periodos, podemos realizar los análisis del ejemplo, igual hoy se puede analizar pero las conclusiones estarían sesgadas por el traslado de edificio, la compra de equipos e inversión y el aumento de personal.

- Abastecimiento

Días satisfacción demanda de c. costo: fecha despacho bodega- fechas solicitud insumo

(i.g.)

Calidad bienes adquiridos versus normas técnicas de calidad, % de desviación  
 (i.g.)

(con encargados de unidades de gestión, dimensionando grado aceptación del producto)

Plan de contingencias (i.b.)

Existencia y control de stock mínimo. Existencia y control de Stock crítico(i.g.)

Registro de proveedores (i.b.)

Control cumplimiento programación por Centro de. Costo medido como % desviación (i.g.), a modo de evaluación del centro de costo.

Efectividad de la programación por centro costo: medido como modificaciones inducidas al sistema y como insumos no incorporados al programa con consumo periódico. (i.g.)

Indicador% de Cumplimiento Licitación Publica 2000 =  $\frac{\text{Productos Despachados proveedor}}{\text{Productos Adjudicados al proveedor}}$

- Contabilidad

Existencia de procedimientos de control interno Sí / No

Evaluación de riesgo de Control Interno sí / no

Efectividad de control = errores detectados por informe en % de error

Días pago proveedores como el numero de días entre recepción factura y puesta a disposición de cheque a proveedor (i.g.)

Índice de eficiencia Días Pago: (mensual)

1 día compra =  $\frac{\text{compras del Periodo(Facturas)}}{30 \text{ días del periodo}}$

Nro. Días pago =  $\frac{\text{cuentas por pagar balance}}{1 \text{ día compra}}$   
(i.g.)

índice de liquidez =  $\frac{\text{activo circulante}}{\text{pasivo circulante}}$   
(i.g.)

índice de endeudamiento =  $\frac{\text{deuda total}}{\text{Activo total}}$

cuentas vencidas(i.g.)

diferenciar de pago contado

Cumplimiento fechas entrega informes, cumplimiento fechas topes (i.g.)

Conciliación bancaria semanal (i.b.) versus informe ofibech % desvío (i.g.)

Diseño y Análisis de Flujos de Efectivo (informe financiero) (i.g.)

Determinación del patrimonio real del hospital y estado de flujos patrimoniales (informe financiero) (i.g.)

- Presupuesto

Elaboración presupuesto anual, (i.b.) por centro de costos y consolidado

Índice de Variaciones en cumplimiento ejecución presupuestaria versus presupuesto programado, Consolidado y por sectores claves en: % cumplimiento y % desvío de lo presupuestado. (i.g.)

- Recaudación

Reclamos: cantidad de usuarios que presentan reclamo (i.g.)

Evolución mensual ingresos de efectivo (i.g.)

Encuesta satisfacción por Tiempos de espera en cajas (i.g.)

Tiempo emisión valorización cuenta corriente pacientes (i.g.)

Diseño de política de recaudación

Volumen de deudores incobrables (Promedio días no pago) (i.g.)

Indicadores de gestión recaudación:

Índice variación ingresos mensual  $\frac{\text{ingr. Mes actual} - \text{ingr. Mes anterior}}{\text{ingresos mes anterior}} \times 100$   
(i.g.)

Índice de cumplimiento =  $\frac{\text{ingresos propios operacionales ejecución mes actual} \times 100}{\text{ingresos propios operacionales presupuestados}}$   
Ejecución presupuestaria  
(i.g.)

Análisis de ingresos propios

Los ingresos propios representan el 7% de los ingresos Totales, siendo el 93% restante PPP. La recaudación: 48 % corresponde a Recaudación Directa, 1%recaudacion Fonasa y 51% a recaudación convenios. Los siete productos mejor ranqueados en cuanto a ingresos son: Atención Cerrada 35%, Consultas medica 15%, Intervenciones quirúrgicas 3% Exámenes Imagenología 6%, Dental



Eficiencia cobranza accidentes %r=  $\frac{\text{ingresos cías. Seguros percibidos mes}}{\text{Facturación Cías seguros mes}} \times 100 =$   
 %recuperación morosa vencida

Índice de eficiencia Días Cobro: (mensual)

1 día venta =  $\frac{\text{Ventas del Periodo(Facturación)}}{30 \text{ días del periodo}}$

30 días del periodo

Nro. Días cobro =  $\frac{\text{saldo cuentas por cobrar balance (Mensual)}}{1 \text{ día venta}}$

(i.g.)

1 día venta

### 3. Unidad de recursos humanos

En esta área, que constituye un factor crítico de éxito para la servucción en salud, se deberían identificar claramente funciones relevantes para la gestión de los recursos humanos, a saber:

- La planificación, reclutamiento y selección de los recursos humanos (reclutar el recurso humano requerido por los servicios de salud, para el logro de los objetivos, seleccionar y contratar recursos humanos para cubrir determinados puestos de trabajo dentro de la organización).
- Desarrollo de los recursos humanos (orientación y formación de los funcionarios, diseño de sistemas de evaluación de resultados de los distintos funcionarios que conforman la organización, apoyo a los funcionarios a desarrollar sus planes de carrera)

- Remuneraciones y prestaciones (diseñar y aplicar sistemas remuneracionales y de prestaciones para todos los funcionarios, asegurar que las remuneraciones y prestaciones sean equitativas y congruentes, de acuerdo a una política estratégica de incentivos)
- Relaciones con los empleados y relaciones laborales (servir de enlace entre servicios, los establecimientos y las organizaciones gremiales que representan a sus funcionarios, diseñar sistemas de manejo de la disciplina y de las reclamaciones)
- Seguridad e higiene (diseñar y aplicar programas que garanticen la seguridad e higiene en el trabajo, ofrecer asistencia a los funcionarios con problemas personales que influyan en los resultados de su gestión)
- Investigación de los recursos humanos (crear una base de datos computacional de recursos humanos (i.b.), diseñar y aplicar sistemas de comunicación con los funcionarios)

- Cultura del recurso humano en el hospital

La cultura en salud se caracteriza por lo que aquello que aparece como problema es fruto de tensiones, conflicto de intereses entre los diferentes actores que intervienen en la definición y apreciación de políticas de salud, por eso se considera que los problemas de los servicios están socialmente contruidos. En la interacción humana y a raíz de ella, entre los distintos componentes del capital humano del hospital. Debemos comprender su cultura, sea como practicas individuales como colectivas, en la formación de patrones de conductas, sus percepciones y pensamientos de la realidad del día a día. Existen colectivos como los médicos, las enfermeras el personal de apoyo con interacciones peculiares.

Junto al problema de financiamiento, de servucción en conflicto con la racionalidad económica se visualiza el conflicto de poder entre los aspectos administrativos: formales y el poder medico que repercute en las decisiones en trabajo y división técnica y organización del trabajo en las distintas unidades clínicas. También influyen los temas de educación capacitación y la tecnología.

Capacitación del personal a través de detección de necesidades de capacitación (i.b.) y Implementación de esta, determinando numero de funcionarios capacitados y relacionando el mejoramiento de la atención al usuario, a través de encuesta de satisfacción usuaria. La capacitación técnica requerirá ser evaluada en su aplicación y requerimientos.

Nivel de remuneraciones e incentivos al personal.

- Captación y postulación

Concursos públicos, reglamento interno (i.b.) y carta Gantt estándar del proceso

Banco de recursos humanos, currículum y perfiles procesados optimo alcanzado

Perfiles de cargo (i.b.)

Batería test de selección (i.b.)

Contrato a prueba

Indicador de Evaluación

Efectividad: % de rotación de seleccionados

(i.g.) Evaluación anual de seleccionados



Ausentismo en relación al clima

Indicador de gestión clima laboral = ranking por centros de responsabilidad (i.g.)  
(premio a la calidad del clima)

Para analizar los climas organizacionales del hospital San José se debe considerar el cambio de espacio laboral, es decir el lugar de trabajo, el personal fue apartado de sus raíces en lo referente al ambiente físico que les rodeaba, por muchos años (existen funcionarios con 25 y más años de servicio), colocándolos en un ambiente frío e impersonal, para ellos, lo cual junto con los consiguientes cambios organizacionales y de estructura de funcionamiento generó un clima hostil por parte de los funcionarios, hacia todo lo que significara cambios, incluido el tecnológico. Lo que implicó que muchos de ellos se sacaran la camiseta del hospital, que por años habían llevado, con lo que se pierde el capital humano, fundado en la confianza. Los puntos anteriores, requieren un análisis en mayor profundidad, en lo posible, por un profesional especializado en sociología laboral, con la participación de los actores involucrados, pero lo urgente es reconstruir el capital social, que se traduce en la generación de nuevas interacciones que formen nuevos lazos, nuevos contratos sociales y nuevas confianzas, para avanzar en lo inmediato, que es el cumplimiento de los objetivos en la política de salud, en lo específico del sector norte.

- Bienestar

Políticas de bienestar (i.b.)

Plan anual (i.b.)

Cobertura (i.g.)

Financiamiento (i.g.)

Actividades mensuales que promuevan el bienestar y la cultura (i.g.)

- MANTENCIÓN y control de recursos humanos

- Remuneraciones

- Reclamos

- Costos totales en personal por centro de responsabilidad mensuales

- Variación gasto personal por centros de responsabilidad

- Justificación de variación de acuerdo a programas especiales

- Registro y control de cargos

- Control para la gestión Recursos Humanos.

- Manual de funciones (i.b.)

- Sistema de evaluación del personal (i.b.)

El sistema evaluación es el del estatuto administrativo (ley 18834) y de la ley medica (ley 15.076), el tradicional, que no es buen indicador del desempeño del personal por las distorsiones que se le imponen por parte de los evaluadores. Lo que se requiere es un sistema de evaluación mas objetivo y vinculado a un plan de incentivos integral, es decir que no solamente se funde en el tema económico en cuanto a remuneraciones, sino que abarque temas de desarrollo del capital social del servicio.

Gestión global de Recursos Humanos Analizando variables como

- horas contratadas (i.g.)

- horas efectivas trabajadas (i.g.)

- horas extraordinarias (i.g.)

- Licencias medicas (i.g.)

Planes de Salud ocupacional y apoyo psicosocial: (i.b.)

Cantidad de accidentes laborales mensuales (i.g.)

Creación área prevención de riesgos (i.b.):

Índice brecha gestión recursos humanos =  $\frac{\text{horas contratadas}}{\text{Horas trabajadas}}$

(i.g.)

Horas trabajadas

Solo para trabajadores que marcan tarjeta, se sugiere control de entrada al servicio clínico. Mayor que uno indica superávit de horas contratadas

Índice de ausentismo laboral:

$\frac{\text{Equivalentente horas licencias medicas}}{\text{horas trabajadas efectivo}} = \% \text{ausentismo}$

horas trabajadas efectivo

(i.g.)

- Calidad entorno laboral.

Encuestas (i.g.)

Clima laboral con relación a la política de Bienestar e incentivos (i.b.)

Sistema de Reclamos, se debe evaluar la calidad de los reclamos, por pautas previas.

#### 4. Unidad de informática

- Computación

Existencia del plan informático (i.b.)

Cumplimiento real versus plan (i.g.)

Reclamos (i.g.) También evaluar calidad de los reclamos

Existencia sistemas control camas y pacientes (i.g.)

Avance sistemas gestión financiera contable, personal, admisión y registro paciente, (i.g.) Emisión cuentas corrientes pacientes de alta (i.b.)

- Estadísticas

Días entrega informes (i.g.)

Error entre estimaciones y realidad (i.g.)

Análisis de datos recopilados (i.g.)

Existencia de chequeo entre prestaciones informadas a Fonasa y recuperación vía

Transferencias de dichas prestaciones, análisis de diferencias. (i.g.)

Emisión de indicadores de gestión, análisis de variaciones. (i.g.)

## 5. Unidad de apoyo asistencial

### Alimentación y nutrición

- Central de alimentación

Programas y minutas mensuales (i.g.)

Costo por minutas: medir con respecto a minuta estándar o minuta promedio históricos(i.g.)

Consumos mensuales de insumos como monto total (i.g.)

Costo Ración = costos mensuales insumos (buscar estándares históricos) (i.g.)

Raciones entregadas

Raciones entregadas mensual / cantidad pacientes mensuales      medir desviaciones de acuerdo al numero estándar de raciones diarias por paciente.  
(i.g.)

Rendimiento = 
$$\frac{\text{raciones totales}}{\text{Personal de alimentación}}$$

- Sedile y central enteral

Programas elaboración fórmulas lácteas y fórmulas nutrición enteral      (i.g.)

Costo por formula: medir con respecto a ración estándar o promedio histórico  
(i.g.)

Consumos mensuales de insumos como monto total      (i.g.)

Raciones entregadas / costos mensuales insumos      (i.g.)

Raciones entregadas mensual / cantidad pacientes mensuales      medir desviaciones de acuerdo al numero estándar de raciones diarias por paciente  
(i.g.)

- Nutrición clínica

Calculo Nutricional por pacientes (necesidades) y generación de estándares.

Cantidad Controles ingesta      (i.g.)

Cantidad Evaluaciones Nutricionales

Consumos mensuales de insumos como monto total (i.g.)

Cantidad de Raciones entregadas por unidad de Gestión

Raciones entregadas / costos mensuales insumos (i.g.)

Raciones entregadas mensual / cantidad pacientes mensuales medir desviaciones de acuerdo al numero estándar de raciones diarias por paciente (i.g.)

Encuesta de Satisfacción Usuaría

- Esterilización

Reclamos (i.g.)

Días cumplimiento requerimientos (i.g.)

Costos de producción del servicio (i.g.)

% de reducción de costos con respecto a estándares (i.g.)

- Farmacia y prótesis

Reclamos (i.g.)

Programas mensuales por centros de costos (i.g.)

Normas técnicas de control licitación e intermediación

Normas de calidad

Stocks mínimos requerimientos vs existencias (i.g.)

Stocks críticos requerimientos urgentes no satisfechos inmediatamente (i.g.)

Vencimiento de Stocks medicamentos (i.g.)

## 6. Unidad de operaciones

Previo a la ejecución de las actividades propias de la unidad se medirán aspectos de Factibilidad operacional y de costo, del requerimiento del centro de costo, para dar respuesta inmediata sobre capacidad resolutive de la unidad de operaciones, para solucionar el problema planteado de lo contrario existirá la posibilidad de externalizar.

Factibilidad operacional:

- 3 severas dificultades de aplicación
- 2 moderadas dificultades de aplicación
- 1 leves dificultades de aplicación
- 1 Algunas facilidades de aplicación
- 2 Varias facilidades de aplicación
- 3 Muchas facilidades de aplicación

Factibilidad de costo:

- 3 severas dificultades de costo para su aplicación
- 2 moderadas dificultades de costo para su aplicación
- 1 leves dificultades de costo para su aplicación
- 1 algunas facilidades de costo para su aplicación
- 2 varias facilidades de costo para su aplicación
- 3 muchas facilidades de costo para su aplicación

Índice de Factibilidad = Factibilidad operacional + Factibilidad en el costo

(i.g.)

Rango : -6 a +6

Negativo: no factible

Positivo: factible

opinión de expertos:

- Ingeniería hospitalaria

Cero defectos: como cantidad de defectos que ocurren en instalaciones y o

(i.g.) Reparaciones (mensual)

- MANTENCIÓN

Control de fallas (i.g.)

Existencia de programa de MANTENCIÓN por centros de costo (i.g.)

Cumplimiento de programas técnicos de MANTENCIÓN % cumplimiento del programa (i.g.)

- Servicios generales

Control de fallas (i.g.)

Tiempo de respuesta a peticiones de centros de costos

- Movilización

Existencia de programa de optimización de uso de vehículos y asignación de tareas

Bitácora de kilometraje y combustible (i.g.)

Reclamos (i.g.)

Programa revisión técnica interna de vehículos y control de fallas (i.g.)

- Administración de contratos

Carta Gantt de avance y cumplimiento: brecha entre cumplimiento real y presupuestado

(i.g.)

Sistema de reclamos (i.g.)

Contrato de aseo

I. Encuestas de satisfacción de Unidad de Gestión

- Completitud aseo 0% a 100%
- Calidad del aseo muy bueno/bueno/Regular/Deficiente/malo
- Trato de prestadores del servicio Excelente/bueno/malo
- Tecnología empleada Aspiradoras/Limpieza Química/Detergentes/útiles aseo
- Reclamo de las unidades de gestión usuarias

## II. Control de calidad de los Aseos

- Metros<sup>2</sup> aseados, por unidad de gestión
- Oportunidad en la ejecución de los trabajos
- Rapidez en la respuesta de imprevistos (cant.tiempo)
- Supervisión aseos por parte del hospital (aleatorias)

## III. Avance de acuerdo a programas

- %avance según programación carta gantt, por la unidad de gestión
- brecha entre el cumplimiento real versus el presupuestado

## IV. Ejecución financiera

- Índice de servicios prestados versus facturación de cargos (seguimiento de diferencias)

INDICE SATISFACCION CONTRATO =  $\frac{\text{SERVICIOS OTORGADOS AL HOSPITAL}(X\%)}{\text{SERVICIOS CONTRATADOS (100\%)}$

(<1 Insatisfacción)

SERVICIOS CONTRATADOS (100%)

### • Mayordomía

Sistema de medición de reclamos (i.g.) Evaluar calidad de los reclamos.

Tiempo de respuesta a requerimientos

Ver uso de precios de transferencia para el control de costo efectividad

## 7. Auditoria operativa y control de gestión

El objetivo primordial de este departamento será buscar e implementar herramientas de control de gestión que permitan lograr, a través de la toma de decisiones gerenciales(entendida como la conducción de un grupo humano hacia un objetivo), un razonable y aceptable equilibrio entre los objetivos de eficacia, eficiencia y equidad, en función de las necesidades de los usuarios.

Se buscara a través del control de indicadores la plena satisfacción tanto proveedores y usuarios del sistema. Analizando todas las partes que forman parte de la cadena de valor del Servicio que presta el hospital San José, en particular la Subdirección Administrativa. Además debe evaluar la estructura tanto de ingresos como de gastos, enfatizando en aquellas áreas donde se concentra la mayor parte del gasto, para verificar la eficiencia y la oportunidad del uso de recursos.

Se utilizaran Criterios de costo-efectividad: para optimizar la prestación de los servicios, mejor y más servicio a menos costo.

costos: recursos requeridos para realizar el servicio

Efectividad: es el grado de beneficio obtenido por la prestación del servicio, que busca dar solución a los problemas identificados.

Se asigna un mayor puntaje a aquellos servicios que tienen un menor costo y aquellas que son más efectivas, es decir las que tienen un mayor beneficio para abordar un problema

Categorías	Puntaje
Efectividad alta	3
Efectividad media	2
Efectividad baja	1

Ponderación: es la aplicación conjunta de los criterios de costo y efectividad, de acuerdo a la valoración relativa de las diferentes categorías en cada variable, a saber según la tabla de doble entrada:

		efectividad		
		alta	media	baja
Costo		3	2	1
Alto	1	4	3	2
Medio	2	5	4	3
Bajo	3	6	5	4

La suma del puntaje de cada criterio se divide por dos (2), para obtener el puntaje asignado a cada problema. La fórmula que resume la ponderación es la siguiente:

(i.g.) 
$$\frac{\text{puntaje costo} + \text{puntaje efectividad}}{2}$$

Modelo Medición de la gestión 2000-2001

Indicador: factor critico general

Productividad del hospital San José = $\frac{\text{volumen de prestaciones}}{\text{capacidad instalada}}$ (i.g.)
---

Medido como la cantidad relativa de servicios de cada tipo prestados por periodo de tiempo mensual, sobre la base de la capacidad instalada existente y sus modificaciones, la capacidad instalada debe entenderse como los medios físicos y humanos empleados en el proceso de elaboración del servicio (servucción). Se debe poner énfasis en los principales servicios brindados.

Porcentaje de cumplimiento: Indicadores

- Productividad por áreas de actividad y prestación, costo promedio por prestación de acuerdo a costos estándares determinados previamente, medidos por volumen de prestaciones por tipo por sus costos reales. (i.g.)
- Productividad de servicios =  $\frac{\text{volumen de prestaciones}}{\text{cantidad de horas contratadas, profesional.}}$   
(i.g.)
- Calidad de atención, cantidad de requerimientos atendidos sobre la demanda total de servicios, tiempo promedio de espera de pacientes por tipo de procedimiento, amabilidad en la atención (encuestas), listas de espera operaciones, establecer sistemas de reservas y cumplimientos, formación de círculos de calidad por ejemplo el Comité de infecciones Intrahospitalarias, comité farmacias, etc.. (i.g.)
- Eficiencia en cobranza de servicios afiliados a Isapres, medido como:  
Recuperación deudores / total de prestaciones efectuadas (i.g.)

- Coberturas de planes de salud pública, %logrado de atención/ objetivo definido por autoridad, por ejemplo campañas de invierno ira, adulto mayor. (i.g.)
- Rendimiento de los activos volumen de prestaciones totales valorizados/inversión marginal en activos (no considera planta fija por ser costo hundido). (i.g.)
- Financiamiento en las operaciones FOIP = porcentaje costo operacional total cubierto con ingresos de la operación cobrados a terceros o financiados por pacientes Fonasa, más donaciones / costo total operacional total. (i.g.). Como medida de la capacidad de los ingresos propios para cubrir los costos operacionales,

(  $1 - \text{FOIP}$ ) nos indicará la dependencia que tiene el establecimiento de las transferencias del Servicio.

Estos factores medirán el desempeño absoluto y relativo de cada centro de costo como parte de la Subdirección Administrativa, con respecto a la capacidad de atender la demanda por servicios Administrativos y financieros por los distintos centros de Responsabilidad del Hospital San José, Calidad de atención y atención en sí, capacidad de explotación de inversión instalada, identificación de áreas de ineficiencia, gestión de mejoramiento continuo en el desempeño, identificación áreas con capacidad insuficiente para concentrar Asignación de recursos y optimización del adecuado uso del personal.

## **ANEXO 4**

### □ Auditoria operativa interna

#### De la auditoria operativa en el hospital San José

Se propone implementar un sistema de auditoria operativa a cargo de un profesional, con dependencia directa del subdirector administrativo del hospital (contando con la colaboración de un equipo de profesionales, funcionarios de Hospital San José, por disciplina específica de estudio), que aplique conceptos de la especialidad, a diferentes servicios y ámbitos de la gestión del hospital, para obtener informes que den cuenta de la marcha del servicio, dentro de la cadena de valor existente, y dar una adecuada Retroalimentación a la servucción, que debe estar orientada a la eficiencia, la eficacia, economicidad y atención con calidad al usuario.

#### Elementos conceptuales

##### 1. - Aspectos básicos

- Para emitir juicios fundados sobre las materias sujetas a examen la auditoria operativa mediante el examen crítico y sistemático, aplicando el método científico, es decir, formulando una hipótesis, confirmación y análisis, obtiene la evidencia suficiente.
- Esta debe realizarse basada en la normativa vigente, ley de administración financiera del estado, decreto supremo nro. 42, para el sector salud, normas e instrucciones del Servicio y de la Dirección del Hospital San José.
- Tiene por objetivo verificar y evaluar: la eficiencia, la eficacia y la economicidad.

- Busca la verificación del cumplimiento de los fines para lo cual fue creada la entidad, la justificación social de su existencia y el logro de las metas programadas en el mediano y corto plazo. (Plan Estratégico y Control de gestión).
  
- Puede ser parcial o total.

## 2. - Alcances

La verificación y la evaluación son parte de la auditoría operativa interna:

- a) La auditoría operativa debe verificar los siguientes aspectos:
- La pertinencia y la validez de los criterios utilizados por la entidad para juzgar la efectividad en el cumplimiento de los objetivos y metas preestablecidas (Indicadores de Gestión).
  - El empleo correcto de los recursos para el logro de los objetivos y metas determinadas en la fase de planificación (Control Interno).
  - La existencia de un control efectivo sobre los ingresos, gastos, recursos y obligaciones
  - La forma en que la entidad responde por los recursos que maneja, con las obligaciones con terceros y el patrimonio que posee.
  - El grado de cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentaria.
  - La confiabilidad, precisión y utilidad de la información que posee la entidad y su presentación razonable.

b) La auditoria operativa debe evaluar los siguientes aspectos

1) según los objetivos y metas

- Los objetivos parciales con los objetivos y metas de la organización determinados en la fase de planificación.
- Establecer prioridades
- Los objetivos y metas en relación a los ruidos del entorno.
- Someter a revisión objetivos y metas, periódicamente.

2) Según empleo de los recursos, su uso óptimo, para lograr objetivos y metas

- Presentación de efectos de organización, de sistemas, de métodos y de procedimientos.
- Existencia de duplicidades de funciones
- Procedimientos ineficientes y de costos no justificados
- Usos ineficientes o antieconómicos del equipo
- Acumulación excesiva de stock
- Personal no idóneo para la función
- Ausencia de normas y procedimientos que permitan la eficiencia
- Falta de oportunidad en las correcciones de procedimientos
- Desperdicio de recursos
- Distribución no racional de recursos
- Supervisión ineficiente.

### 3. - El auditor operativo

El termino “auditor operativo” se refiere a un equipo de profesionales, bajo un enfoque multidisciplinario, que reúna habilidades técnicas contratantes, diferentes entrenamiento experiencia y responsabilidad.

### 4. - Las principales características de la auditoria operativa:

- Económica
- Preventiva
- Ágil
- Pertinente
- Crítica
- Sistemática, con un plan estratégico
- Analítica descomponiendo el problema en sus partes.
- Comprobada, con adecuados respaldo de los juicios emitidos.

### 5. - Las normas de auditoria

Se refieren a las normas generales o personales, es decir, la competencia profesional, normas de examen y evaluación, que permitan el desarrollo sistemático del trabajo que habiliten la emisión del informe y requerimientos para el cumplimiento; normas relativas al informe que regulan la calidad de los requisitos mínimos de su contenido.

## 6. - Los procedimientos de auditoria

son flujos de acción que tienen las siguientes fases

- Identificación de las afirmaciones, objetos de examen, evaluación de la importancia relativa de esta recopilación de los medios de prueba y la formulación de una opinión a través de un informe

## 7. - Las técnicas y los medios técnicos de la auditoria operativa

Son similares a los procedimientos de control vistos.

## 8. - Metodología de la auditoria operativa

Tal como se ha mencionado a lo largo del presente documento, el proceso implica realizar un planteamiento general, analizando su medio interno, realizando un diagnóstico y un pronóstico. Evaluando los objetivos de la auditoria operativa.

Las fases del desarrollo de la auditoria operativa interna son las siguientes:

- Programación: un plan general que definan los objetivos que pretenden alcanzarse
- Estudio general: formar el equipo de trabajo y obtener la información necesaria para el desarrollo obteniendo las conclusiones que permitan elegir el área a profundizar
- Estudio específico: relacionado con el anterior pretende extraer las conclusiones que permiten preparar el programa de auditoria.
- Ejecución: que considera el programa, la ejecución, la evaluación y el informe
- Control de la Implementación: esta fase consiste en que el jefe en conocimiento del informe y sus conclusiones adopte las medidas conducentes a corregir las deficiencias establecidas

Las etapas de la auditoria operativa interna:

- Indagatoria, diagnóstico
- Programa, desarrollo
- Elaboración del 1er. Informe
- Análisis respuesta

- 1er informe
  
- Elaboración informe final
  
- Seguimiento de las acciones a mejorar.

La auditoría operativa interna es una herramienta para evaluar la gestión del hospital San José. Cuyo objetivo principal es valorar la eficiencia y economicidad de la administración de la entidad auditada. Su aplicación integral podría eventualmente prevenir actos de corrupción. En el caso de una entidad vulnerable a ella, con un bajo ambiente de control que se caracteriza no necesariamente por la fiscalización restrictiva, sino por el contrario, es fundamental la filosofía y estilo de operación de la subdirección administrativa o gerencia, la estructura organizativa innovadora, los medios de dirección, los métodos para asignar autoridad y responsabilidad, métodos de control gerencial, la función de la auditoría interna, las políticas y prácticas del personal y las influencias externas sobre la entidad, como el examen de organismos de control.

## ANEXO 5

### □ Funciones del controller

Controller: En el hospital San José, se requiere de un profesional, con capacidad de formar sistemas de información de tipo gerencial (SIG), estratégico, con un elevado sentido de asertividad y empatía, con orientación al logro y trabajo bajo presión, de tal manera de imprimir vitalidad a la organización y a los proyectos en curso. Debe buscar un equilibrio entre planificación estratégica, operaciones en curso, el control interno y los compromisos de gestión de todas las unidades, presentes en la cadena de valor del hospital San José. A fin de lograr el mejor resultado de la organización en su conjunto.

El Controller constituye el eje central de transmisión de la mayor parte de la información que generan las unidades de gestión y es el responsable último de su recopilación, elaboración grafica, distribución y comunicación.

Funciones a desempeñar:

- · ...Coordinación y control de la información y de sus sistemas de obtención, distribución y supervisión.
- · ... Valoración de los costos que puedan carecer de significatividad habitual: de regulación de las disfunciones de los procesos de mejora, verificando efectividad, eficacia y eficiencia, en el logro de objetivos y compromisos de gestión..
- · ... Asistencia en la elaboración de los planes de acción, así como estimular a los máximos responsables a que lleven a cabo un seguimiento del mismo.
- · ... Ha de ser quien infunda confianza en los equipos de trabajo, favoreciendo el clima laboral.

- . ... Debe ser conocedor de todas las interrelaciones entre las unidades de gestión del hospital, con el objeto de poder destinar en cada momento y a la persona correcta, la información que realmente necesiten.
- . ... Controlar de manera integral los antecedentes sobre la marcha del Hospital San José, facilitando la información necesaria para el proceso de toma de decisiones de la Dirección
- . ... Será responsable de comunicar a cada responsable el adecuado funcionamiento del Cuadro de mando, facilitándoles cuantas cuestiones precisen para educarles en su uso.
- . Entre sus funciones permanentes estarán la asesoría y ejecución de cuantas cuestiones se estimen oportunas y necesarias para el Hospital.

## **ANEXO 6**

### □ Reseña histórica

El nacimiento del Hospital San José se remonta al siglo pasado. Se ha mencionado el año 1841 como posible inicio de actividades, sin embargo, parece ser que sólo en 1872 entra en funciones a raíz de una violenta epidemia de viruela, cuando no estaba aún terminado, ni menos habilitado. Su nombre original fue "Lazareto de El Salvador", según consta en los libros de hospitalizaciones de las "Hermanas de la Caridad", religiosas que lo dirigían en sus primeros años. Desde entonces funcionó en forma permanente, para años más tarde recibir el nombre que actualmente tiene.

En los primeros años de funcionamiento, el hospital atendía a enfermos en epidemias de viruela, fiebre tifoidea, tuberculosis y otras enfermedades crónicas. Sólo a partir de 1929, se dedica exclusivamente a la atención de tuberculosos, creando los servicios de tisiología, radiología, anatomía patológica, cirugía y laboratorio. En 1930, el Hospital San José, fomenta la creación de la Sociedad de Tisiología, que lidera las acciones contra la T.B.C. por muchos años. El equipo quirúrgico de ese tiempo, realizaba intervenciones vinculadas a la especialidad, liderando también la cirugía de tórax de la época. En ese período el hospital llegó a tener una dotación de 400 camas para enfermos de tuberculosis. Como centro especializado en este tema, fue pionero en la investigación y puesta en marcha de medidas preventivas como la inmunización con B.C.G. y terapéuticas como la quimioterapia y cirugía de tórax. En 1925 se crea el Pensionado, como producto de una donación en memoria póstuma de la esposa del Dr. Ernesto Soza.

En 1934 el Dr. Héctor Orrego Puelma, dicta en el Hospital San José, la cátedra de Tisiología de la Facultad de medicina de la Universidad de Chile.

1935 Médicos del Hospital San José, crean la revista “Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis”, en la que publican sus experiencias e investigaciones permitiendo avances en esta disciplina.

1938 Se da inicio a la inmunización con BCG inyectable, con controles del test de tuberculina, siendo el Hospital San José pionero en el tema a cargo del Dr. Víctor Sierra Sommersville. En el mismo año se crea el Deportivo del Hospital San José.

1968-1973 Asume como Director de este periodo el Dr. Víctor Sierra S. Quien fue presidente del Ballet Azul, club deportivo Universidad de Chile, equipo profesional que entrenaba en canchas, cuyo terreno hoy ocupa el Nuevo Hospital San José.

Noviembre de 1971 se crea, producto de los partos derivados desde el Hospital J. J. Aguirre, la unidad de puerperio y puericultura, la que evolucionaría a la creación de la Maternidad del hospital.

1973 Con la caída del gobierno del Presidente Salvador Allende, el régimen de la dictadura nombra como Director del Hospital San José, al jefe de la Unidad de Tisiología, Dr. Boticelli. El hospital y sus funcionarios no estuvieron ajenos a los acontecimientos, produciéndose allanamientos y detenciones de funcionarios en los recintos del establecimiento.

1974, el 14 de septiembre se funda el Servicio de Obstetricia y Ginecología, siendo su creador y jefe el Dr. Eduardo Parker y Matrona Supervisora Flora Cabrera, este hecho permite proyectar al establecimiento como un Hospital General.

1987, 17 de septiembre se produce un incendio de proporciones que afecta las salas del Servicio de Medicina, denominadas Rosario y de Cuidados Especiales, resultando completamente destruidas. Gracias al esfuerzo de funcionarios los pacientes resultaron ilesos y se salvaron gran cantidad de bienes. La construcción antigua con edificios independientes separadas por amplios jardines impidió la propagación del siniestro al resto del hospital.

1990 se impulsa la idea de generar un proyecto de reposición del Hospital San José.

1992 comienza la implementación de la UPC, Unidad de Paciente Crítico.

1993-1994 Se aprueba el proyecto Hospital San José por el Ministerio de Salud y el Banco Mundial, desarrollándose la idea Médico-Arquitectónica.

En octubre de 1994 se crea el Servicio de Urgencia

1996 Se inicia la construcción del NUEVO Hospital San José, el 19 de enero con la colocación de la primera piedra.

1999, 20 de octubre, con la presencia del Presidente de la Republica, se inaugura oficialmente, el Nuevo Hospital San José.

2000, 17 de enero, se declara monumento Histórico Nacional al Antiguo Edificio del Hospital San José, Documento Exento N°442, publicado en el Diario Oficial, por el legado histórico que representa el Edificio.

#### Monumento Histórico:

Por sus valores arquitectónicos y porque es parte de la memoria de la salud en Chile el antiguo Hospital San José fue declarado Monumento Histórico, por orden del Presidente de la República. En su interior el antiguo hospital posee árboles y enredaderas centenarias, además de una Capilla con un bello altar y una iconografía propia de una iglesia antigua. De acuerdo a los proyectos del SSMN, el monumento histórico se convertirá en un Centro Cultural donde, entre otras actividades, se estudiará y promoverá la relación arte-salud que de manera creciente se está dando en este servicio.

**ANEXO 7**

- Tabla diagrama estratégico

Visión y Estrategia
---------------------

Claves	Objetivos	Indicadores	Hoy	Blancos	Iniciativas
Tema Finanzas					
Usuarios o clientes					
Procesos internos					
Formación y crecimiento					

## **Bibliografía**

- Control De Gestión Apuntes, Américo Ibarra, Universidad de Santiago de Chile, Magíster En Gerencia Publica 1999.
- Robert S. Kaplan Y David P. Norton, El Cuadro De Mandos Integral, Balanced Scorecard,
- Jj Artells, Jr Rodríguez, J Berenguer, M Casas, J Rovira, E Muslera. "Gestión De Hospitales, Nuevos Instrumentos Y Tendencias, Ediciones Vicens Vives S.A. Barcelona España 1994
- Servicio Andaluz De Salud, Manual Sistema De Control De Gestión Hospitalaria, Junta De Andalucía, Consejería De Salud Enero 1995
- Solimano, Giorgio; Tellez, Alvaro Y Vergara Marcos. "Propuesta Para El Rediseño Del Sistema De Salud: Cuatro Temas Básicos". Corporación De Salud Y Políticas Sociales Corsaps. Santiago, Chile. Noviembre De 1993.
- Brito, Pedro; Campos, Francisco Y Novick, Marta. "Gestión De Recursos Humanos En Las Reformas Sectoriales En Salud: Cambios Y Oportunidades". División De Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud, Programa De Desarrollo De Recursos Humanos, Organización Panamericana De La Salud. Washington, D.C. 1996.

- Giaconi Juan; Valdivia Gonzalo. "El Sistema De Salud Chileno". Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago. 1994.
- División De Salud De Las Personas. "Estrategias Innovadoras En Salud". Ministerio De Salud. 1998.
- Bize Ricardo. "Mecanismos Y Procedimientos De Operación Del Fondo Nacional De Salud". Documento De Trabajo No 247. Corporación De Promoción Universitaria. Santiago. Octubre 1981.
- Arellano, José Pablo; Sáez, Rafael Eduardo. "Reforma De La Previsión Y Financiamiento De La Salud". Documento De Trabajo No 248. Corporación De Promoción Universitaria. Santiago. Octubre 1981.
- Fuentes, Roberto; Verdessi, Daniel. "La Reforma De La Salud En Chile, Caminos Y Propuestas". Documento De Estudio. Ministerio De Salud. 1996.
- Jiménez, Jorge; Miranda, Ernesto; Romero, María A In,S. "Eficiencia Y Calidad Del Sistema De Salud En Chile". Corporación De Promoción Universitaria. Santiago. 1990.
- Departamento De Atención Primaria. "Memoria 1990-1991". División De Programas De Salud. Santiago. 1992.
- Loyola, Vergara, Abel-Smith, Caviedes, Oyarzo, Giaconi. "La Salud En Chile, Evolución Y Perspectivas". Centro De Estudios Públicos. 1996.

- Giaconi Juan; Valdivia Gonzalo. "El Sistema De Salud Chileno". Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago. 1994
- Loyola, Vergara, Abel-Smith, Caviedes, Oyarzo, Giaconi. "La Salud En Chile, Evolución Y Perspectivas". Centro De Estudios Públicos. 1996
- Jiménez, Jorge; Miranda, Ernesto; Romero, María A In,S. "Eficiencia Y Calidad Del Sistema De Salud En Chile". Corporación De Promoción Universitaria. Santiago. 1990.
- Fuentes, Roberto; Verdessi, Daniel. "La Reforma De La Salud En Chile, Caminos Y Propuestas". Documento De Estudio. Ministerio De Salud. 1996.
- Documento: "Rediseño Organizacional, Proceso De Modernización Sectorial", Ministerio De Salud, Octubre 1997.
- Roberto Fuentes G. Y Daniel Verdessi B. "La Reforma De Salud En Chile", Ministerio De Salud, 1996.
- Caiden, "Las Reformas Administrativas". 1971
- Congreso De La República De Colombia (1998) Ley 100 De 1993. Editorial Unión Ltda. Santa fé De Bogotá, D.C. Colombia.
- Congreso De La República De Venezuela, (1997) Ley Orgánica De Seguridad Social Integral. Gaceta Oficial N.5199 Extraordinario. Caracas, Venezuela.

- Congreso De La República De Venezuela, (1998) Ley Orgánica De Salud Gaceta Oficial No.5263 Extraordinario. Caracas, Venezuela.
- Gallardo, Henry Mauricio Y Camacho M., Manuel (2000) Un Nuevo Enfoque Para La Gestión Hospitalaria En El Distrito Capital, En Vía Salud N°14, Revista Del Centro De Gestión Hospitalaria Y De Las Fundaciones Antonio Restrepo Barco, Corona Y Fes, Bogotá, Colombia
- Godelier, Maurice (1979) Racionalidad E Irracionalidad En Economía. Siglo Veintiuno Editores, México. D.F.
- Jaramillo Pérez, Iván (1.994) El Futuro De La Salud En Colombia- Ley 100 De 1993- Política Social, Mercado Y Descentralización. Fescol, Bogotá.
- Ministerio De Salud Y Desarrollo Social (2000) Gestión En Salud, Boletín Informativo Del Sistema De Información Gerencial, Vol.1 N°1, Caracas?, Venezuela
- Ministerio De Salud Y Desarrollo Social, Ops/Oms (2000) Boletín Informativo Del Sistema De Información Gerencial, Vol.1, No.1.
- Ministerio De Sanidad Y Asistencia Social (1989) Oficina Recuperadora De Costos Gaceta Oficial No. 9-233. Caracas.
- Ministerio De Sanidad Y Asistencia Social (1998) Decreto No. 2.944 Con Rango Y Fuerza De Ley Que Regula El Subsistema De Salud Gaceta Oficial No.36.568. Caracas.

- Ministerio De Sanidad Y Asistencia Social, Proyecto Salud Bm/Bid (1995) Análisis Instrumental - Metodología- Caracas.
- Moctezuma Barragán, Esteban Y Roemer, Andrés (1999) Por Un Gobierno Con Resultados. El Servicio Civil De Carrera: Un Sistema Integral De Profesionalización, Evaluación Y Desempeño De Los Servidores Públicos En México. Academia Metropolitana, Centro De Estrategia Y Desarrollo, Sociedad Mexicana De Geografía Y Estadística, Fondo De Cultura Económica, México.
- Msas/Bm (1995) Convenio De Préstamo N° Bm/3538-Oc-Ve
- Nadal, María Luisa (2000) Del Consentimiento Médico Y La Atención De Calidad, En Vía Salud N°14, Revista Del Centro De Gestión Hospitalaria Y De Las Fundaciones Antonio Restrepo Barco, Corona Y Fes, Bogotá, Colombia.
- Ocde- Ministerio Para Las Administraciones Públicas (1995) Flexibilidad En La Gestión De Personal En La Administración Pública, Inap, Madrid, Pags. 9-143
- Ochoa, Haydée (1995) Tecocracia Y Empresas Públicas En Venezuela (1948-1991), Edit. De La Universidad Del Zulia, Maracaibo.
- Osborne, David Y Gaebler, Ted (1994) La Reinención Del Gobierno. La Influencia Del Espíritu Empresarial En El Sector Público, Editorial Paidós, Barcelona, España.
- Pérez Calle, Francisco (1997) La Autofinanciación De Los Hospitales Públicos, En Vía Salud N°2, Revista Del Centro De Gestión Hospitalaria Y De Las Fundaciones Antonio Restrepo Barco, Corona Y Fes, Bogotá, Colombia.

- Prats Catalá, Joan (1996) El Nuevo Juego Y Sus Reglas. Construyendo La Nueva Institucionalidad En La América Latina De Los 90. Doc. A Solicitud De Pnud Cap. I
- Rodríguez, Gilberto (2000) “Hacia La Calidad Del Servicio De Salud”, Ciclo De Conferencias, Fundasalud – Zulia.
- Sistema Regional De Salud Zulia (Sf) Proyecto Salud, Maracaibo.
- Sotelo Valencia, Adrián (1.999) Globalización Y Precariedad Del Trabajo En México, Ediciones El Caballito, S.A, México.
- Testa, Mario (1.993) Pensar En Salud, Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Testa, Mario (1995) Pensamiento Estratégico Y Lógica De Programación (El Caso De La Salud); Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Vignolo Friz, Carlos (1998) Nuevos Paradigmas En Management. Una Aproximación Desde La Experiencia De Modernización De Los Sistemas Públicos De Salud En Chile. Reforma Y Democracia N°11, Caracas.
- Vilas, Carlos M. Compilador (1995) Estado Y Políticas Sociales Después Del Ajuste: Debates Y Alternativas.. Universidad Nacional Autónoma De México. Editorial Nueva Sociedad, Caracas, Venezuela.

- Warner, Kenneth Y Luce, Bryan (1995) Análisis De Costo - Beneficio Y Costo - Eficiencia En La Atención De La Salud. Biblioteca De La Salud. México.

### **Bibliografía Relevante Cuadro De Mandos Integral**

- Amat, J.M. (1992): El Control De Gestión: Una Perspectiva De Dirección. Gestión 2000. Barcelona.
- Butler, A., Letza, S.R. And Neale, B. (1997): "Linking The Balanced Scorecard To Strategy". Long Range Planning, Vol. 30 N° 2, Pág. 242-253.
- Currid, C. (1996): "The Power Of Intranets". Informationweek, N° 590, July, Pág. 80.
- Demery, P. (1996): "The Intranet: The Next Generation". Practical Accountant, N° 29, July, Pág. 26-33.
- Duff, B. (1996): "Document Management Offers Security And Order For Intranet Information". lie Solutions, N° 28, December, Pág. 28-31.
- Grigsby, M. (1996): "Integrated Document Solutions: The Next Generation". Managing Office Technology, N° 41, December, Pág. 28-29.

- Güell, A.M. (1996): "The 21st Century Executive". Barcelona Management Review, Enero-Abril, Pág. 58-66.
- Hammer, M. Y Champy, J. (1993): Reingeniería De La Empresa. Ed. Parramón. Barcelona.
- Herman, J. (1996): "The Challenges Of Managing Intranets". Business Communications Review, N° 26, June, Pág. 62-64.
- Hernández Gasset, M. (1998): "La Gestión De Los Recursos Humanos En Las Pymes". Revista De Comercio, Septiembre, Pág. 43.
- Herrero Miñarro, Jorge. (1994): "El Cuadro De Mando Integral, Más Allá De La Dirección Por Objetivos". Aseguranza, N° 21, Septiembre.
- Kaplan, R.S. Y D.P. Norton (1997): Cuadro De Mando Integral. (The Balanced Scorecard). Gestión 2000. Barcelona.
- Haygroup (1996) "Las Competencias: Clave Para Una Gestión Integrada De Los Recursos Humanos". Ed. Deusto. Bilbao.
- López Viñegla, A. (1998): El Cuadro De Mando Y Los Sistemas De Información Para La Gestión Empresarial. Posibilidad De Tratamiento Hipermedia. Junio, Aeca, Monografías. Madrid.
- Nolle, T. (1996): "Intranet Management: It Won't Work Until We Take A Different View". Network World, N° 13, September, Pág. 86.

- Nueno, P. (1996): "La Evolución De Lo Conceptos Del Management". Barcelona Management Review, Enero-Abril, Pág. 73-78.
- Ruiz González, M. (1994): "Características De La Gestión Estratégica De Recursos Humanos En Las Empresas Españolas En Función De Su Grado De Esfuerzo De Formación". Dirección Y Organización, Nº 11, Julio-Septiembre, Pág. 14-21.
- Schwartz, J. (1995): "Intranets Grab Mind Share - Net Managers See Web-Vehicle As E-Mail, Groupware Option". Communicationsweek, Nº 585, November, Pág. 8.
- Shamoan, D.N. (1996): "Intranets Boost Is Budgets". Datamation, Nº 42, November, Pág. 68-71.
- Trowbridge, D. (1995): "The Internet Gets Media Hype But The Intranets Gets Corporate Attention". Computer Technology Review, Nº 15, October, Pág. 64