



Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Centro de Estudios y Asistencia Legislativa

**Propuesta de Rediseño de los procesos críticos del
Acuerdo de Gestión Anual del Programa de
Prestaciones Valoradas para el Servicio de Salud
Viña del Mar – Quillota**

por

Nelson Basaes Valdivia

Tesis para optar al grado de
Magíster en Dirección Pública

Profesor Guía: Guillermo Bustos Reinoso

Marzo, 2014

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| GLOSARIO | iv |
| LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS | v |
| LISTA DE FIGURAS | vi |
| LISTA DE TABLAS | vii |
| RESUMEN EJECUTIVO | ix |
| | |
| 1 INTRODUCCIÓN | 1 |
| | |
| 2 OBJETIVOS..... | 2 |
| 2.1 Objetivo General..... | 2 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 2 |
| | |
| 3 ANTECEDENTES ORGANIZACIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD | 3 |
| 3.1 Funciones y Objetivos | 5 |
| 3.2 Funciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales | 6 |
| | |
| 4 SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD | 8 |
| 4.1 Organización institucional..... | 8 |
| 4.2 Organización Asistencial del SNSS | 9 |
| 4.3 Recurso Asistencial del SNSS..... | 10 |
| 4.4 Sistemas Previsionales de Salud..... | 10 |
| 4.4.1 Fondo Nacional de Salud (FONASA)..... | 11 |
| | |
| 5 SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA..... | 12 |
| 5.1 Reseña | 12 |
| 5.2 Organización del Servicio de Salud Viña Del Mar – Quillota | 12 |
| 5.2.1 Misión..... | 13 |
| 5.2.2 Visión | 13 |
| 5.2.3 Valores y Principios Organizacionales | 13 |
| 5.2.4 Objetivos Estratégicos | 14 |
| 5.2.5 Funciones | 14 |
| 5.2.6 Organigrama | 15 |
| 5.3 Subdirección de Gestión Asistencial | 16 |
| 5.3.1 Funciones | 16 |
| 5.3.2 Organigrama | 17 |
| 5.4 Subdepartamento de Control de Gestión | 17 |
| 5.4.1 Objetivo | 17 |
| 5.4.2 Funciones del Subdepartamento de Control de Gestión..... | 17 |
| 5.4.3 Organigrama | 18 |
| | |
| 6 MARCO TEÓRICO | 19 |
| 6.1 Consideraciones Teóricas | 19 |
| 6.1.1 Fundamentación | 19 |
| 6.1.2 Rediseño de Procesos en el sector público | 19 |
| 6.2 Rediseño de Procesos o Ingeniería de Negocios | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 6.2.1 ¿Qué es un Proceso de Negocio? | 20 |
| 6.2.2 Clasificación de los Procesos de Ingeniería de Negocios..... | 22 |
| 6.2.3 Ingeniería de Negocios..... | 22 |
| 6.2.4 Operación y Control de Procesos | 253 |
| 6.2.5. Metodología de la Ingeniería de Negocio..... | 25 |
| 6.2.6 Patrones básicos de rediseño | 26 |
| 6.2.7 Habilitadores para el Cambio | 28 |
| 6.2.8 Directrices de Innovación..... | 29 |
| 7 DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL | 31 |
| 7.1 Antecedentes Generales | 31 |
| 7.2 Descripción de los Mecanismos de Pago Actuales | 32 |
| 7.3 Mecanismos de Pago Prospectivo..... | 32 |
| 7.4 Programa de Prestaciones Valoradas en el SSVQ | 33 |
| 7.4.1 Contexto General | 33 |
| 7.4.2 Problemas Principales | 33 |
| 7.4.3.Ámbito de Acción del Programa PPV..... | 35 |
| 7.4.4 Lineamientos Generales para la Negociación PPV..... | 37 |
| 7.5 Etapas Generales del Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV | 37 |
| 7.5.1 Definición Básica del Proceso de Negocio..... | 38 |
| 7.5.2 Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV | 39 |
| 7.5.3 Negociación y contrato de prestación de servicios sobre atenciones de salud: PPV | 401 |
| 7.5.4 Programación Producción Valorada Anual | 433 |
| 7.5.5 Ejecución y Registro | 434 |
| 7.5.6 Monitoreo y Control de Gestión..... | 45 |
| 7.5.7 Evaluación trimestral y reprogramación | 46 |
| 7.5.8 Evaluación y cierre anual | 467 |
| 7.6 Modelo Actual de Control de Proceso de Negocio | 478 |
| 7.7 Fase Análisis de la Situación Actual | 49 |
| 7.7.1 Análisis de Relaciones Causales | 50 |
| 7.7.2 Análisis de Brechas de Rendimiento y Capacidad..... | 54 |
| 8 Guías propuestas para el rediseño..... | 56 |
| 8.1 Directrices de Innovación..... | 56 |
| 8.1.1. Estrategia Organizacional..... | 56 |
| 8.1.1.a Sistema de Información de la Red Asistencial..... | 58 |
| 8.1.1.b Líneas directrices para los Sistemas de Información de la Red Asistencial..... | 59 |
| 8.2 Patrones de Rediseño..... | 60 |
| 8.2.1. Patrones Básicos..... | 60 |
| 8.3 Habilitadores para el cambio..... | 62 |
| 8.3.1. Habiliatadores TIC..... | 62 |
| 8.3.2. Habiliatadores No TIC | 62 |
| 8.4. Método de Transición..... | 63 |
| 9 Proceso Rediseñado (Modelo de Futuro) | 64 |

| | |
|--|-----------|
| 9.1. Contexto General..... | 64 |
| 9.2. Diagrama DAct Rediseñado | 64 |
| 9.3. Detalle de Actividades Rediseñado..... | 68 |
| 9.4. Proceso de Control Rediseñado..... | 70 |
| 10. Conclusiones..... | 71 |
| 11. BIBLIOGRAFÍA | 73 |
| ANEXOS | 74 |
| Anexo 1. Descripción de Actividades Acuerdo de Gestión Anual de PPV | 75 |
| A1.1 Actividades proceso de negociación y contrato de prestación de servicios sobre atenciones de salud: PPV | 75 |
| A1.2 Actividades proceso de programación producción valorada anual | 77 |
| A1.3 Actividades proceso de ejecución y registro | 80 |
| A1.4 Actividades proceso de monitoreo y control de gestión | 81 |
| A1.5 Actividades proceso de evaluación trimestral y reprogramación..... | 82 |
| A1.6 Actividades proceso de evaluación y cierre anual..... | 84 |

GLOSARIO

TRAZADORAS: Estándares estadísticos para el registro de prestaciones de salud.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud
CAT: Condiciones Administrativas y Técnicas
DRCN: Dirección Regional Centro Norte
FONASA: Fondo Nacional de Salud
GES: Garantías Explícitas en Salud
GRD: Grupos Relacionados de Diagnóstico
HMC: Hospital de Mayor Complejidad
HBC: Hospital de Baja Complejidad
ISAPRES: Instituciones de Previsión de Salud
MINSAL: Ministerio de Salud
PAD: Pagos Asociados a Diagnóstico
PPV: Programa de Prestaciones Valoradas
PPI: Programa de Prestaciones Institucionales
REM: Registro Estadístico Mensual
SERMENA: Servicio de Medicina Nacional
SIGGES: Sistema de Información y Gestión de Garantías Explícitas en Salud
SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud
SS: Servicio de Salud
SSVQ: Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
SOME: Servicio de Orientación Médica y Estadística

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura N° 5.1 – Organigrama Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota | 16 |
| Figura N° 5.2 – Organigrama de la Subdirección de Gestión Asistencial del SSVQ | 17 |
| Figura N° 5.3 – Organigrama de la Subdepartamento de Control de Gestión | 18 |
| Figura N° 7.1 – Esquema de la función medular y de apoyo del SSVQ..... | 33 |
| Figura N° 7.2 – Esquema de Etapas Generales del Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV | 37 |
| Figura N° 7.3 – DAct Acuerdo de Gestión Anual..... | 40 |
| Figura N° 7.4 – DAct Negociación..... | 42 |
| Figura N° 7.5 – DAct Programación Producción Valorada Anual..... | 43 |
| Figura N° 7.6 – DAct Ejecución y Registro..... | 444 |
| Figura N° 7.7 – DAct Monitoreo y Control de Gestión | 455 |
| Figura N° 7.8 – DAct Evaluación Trimestral y Reprogramación | 46 |
| Figura N° 7.9 – DAct Evaluación y Cierre Anual | 477 |
| Figura N° 7.10 – Modelo Actual de Control de Proceso de Negocio | 48 |
| Figura N° 7.11 – Relaciones Causales..... | 50 |
| Figura N° 7.12 – Brechas de Rendimiento y Capacidad | 54 |
| Figura N° 7.13 - Diagrama de Complejidad y Dinamicidad | 57 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla N° 7.1 – Presupuestos Programa PPV en miles de pesos | 36 |
| Tabla N° A1.1: Descripción actividad enviar ordinario..... | 75 |
| Tabla N° A1.2: Descripción actividad recibir lineamientos generales en Salud Pública | 75 |
| Tabla N° A1.3: Descripción actividad convocar reunión de Jefes Comerciales y Directores Regionales..... | 76 |
| Tabla N° A1.4: Descripción actividad Recibir Lineamientos Generales y Convocar reunión de Directores de Servicio de Salud de la jurisdicción de Cada Dirección Regional | 76 |
| Tabla N° A1.5: Descripción actividad Recibir Lineamientos Generales y Convocar a Programación de Producción Valorada por cada Servicio de Salud.. | 777 |
| Tabla N° A1.6: Descripción actividad Programación de Producción Valorada ANUAL | 777 |
| Tabla N° A1.7: Descripción actividad Consolidar Información de Servicios de Salud Regionales | 788 |
| Tabla N° A1.8: Descripción actividad Enviar Informe Consolidado al Nivel Central de FONASA..... | 788 |
| Tabla N° A1.9: Descripción actividad Preparar y enviar Borrador de Contrato de Gestión Anual..... | 799 |
| Tabla N° A1.10: Descripción actividad Analizar y formular observaciones y/o sugerencias Borrador de Contrato de Gestión Anual..... | 799 |
| Tabla N° A1.11: Descripción actividad Firmar Contrato de Prestación de Servicios sobre Atenciones de Salud: Programa de Prestaciones Valoradas..... | 799 |
| Tabla N° A1.12: Descripción actividad Ejecutar Actividad valorada comprometida en Acuerdo de Gestión Anual..... | 80 |
| Tabla N° A1.13: Descripción actividad Registrar en SIGGES | 80 |
| Tabla N° A1.14: Descripción actividad Registrar en REM..... | 80 |
| Tabla N° A1.15: Descripción actividad Informar producción mensual ejecutada y registrada a la Dirección del S.S | 81 |
| Tabla N° A1.16: Descripción actividad Monitorear producción mensual ejecutada..... | 81 |
| Tabla N° A1.17: Descripción actividad Consolidar producción ejecutada e informar a FONASA | 81 |
| Tabla N° A1.18: Descripción actividad Rescatar registros SIGGES..... | 82 |
| Tabla N° A1.19: Descripción actividad Convocar reunión de Evaluación Trimestral | 82 |
| Tabla N° A1.20: Descripción actividad Rescatar registros SIGGES y registros propios | 82 |
| Tabla N° A1.21: Descripción actividad Convocar reunión de Evaluación Trimestral | 82 |
| Tabla N° A1.22: Descripción actividad Analizar resultados de evaluación trimestral | 83 |
| Tabla N° A1.23: Descripción actividad Revisar programación de los establecimientos de la RED | 83 |
| Tabla N° A1.24: Descripción actividad Reprogramar PPV | 83 |

| | |
|--|-----------|
| Tabla N° A1.25: Descripción actividad Solicitar a FONASA modificación de Contrato de prestaciones PPV | 83 |
| Tabla N° A1.26: Descripción actividad Modificar contrato de prestación | 84 |
| Tabla N° A1.27: Descripción actividad Aplicar Modulo de Facturación..... | 84 |
| Tabla N° A1.28: Descripción actividad Levantar cierre preliminar de Evaluación Anual de PPV..... | 84 |
| Tabla N° A1.29: Descripción actividad Enviar cierre preliminar a los S.S. | 85 |
| Tabla N° A1.30: Descripción actividad Recibir cierre preliminar a los S.S | 85 |
| Tabla N° A1.31: Descripción actividad Analizar y comparar resultados de Evaluación..... | 85 |
| Tabla N° A1.32: Descripción actividad Revisar registros estadísticos de los establecimientos de la RED | 85 |
| Tabla N° A1.33: Descripción actividad Aprobar evaluación y cierre anual PPV | 86 |
| Tabla N° A1.34: Descripción actividad Informar a FONASA | 86 |
| Tabla N° A1.35: Descripción actividad Elaborar Decreto de Cierre Anual | 86 |

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo a alcanzar con la tesis elaborada corresponde a una propuesta de mejoramiento de la Gestión Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ) a partir del rediseño de los procesos críticos del **Acuerdo de Gestión** Anual del Programa de Prestaciones Valoradas.

Este acuerdo de gestión anual está compuesto por cinco (5) subprocesos: Programación, Negociación, Ejecución y Registro, Monitoreo y Control de Gestión y, Evaluación y Cierre.

El principal objetivo del estudio es el levantamiento o mapeo la situación actual, entregar a los equipos directivos herramientas de una mejor gestión, con el fin de reducir las diferencias entre lo estipulado en el Marco Presupuestario Anual y lo efectivamente registrado en los sistemas de información, que llega a representar cerca del 40% de los recursos financieros del y lo realmente ejecutado en las Prestaciones Valoradas, de modo de optimizar Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios entregados a la población beneficiaria.

Para llevar a cabo el objetivo del presente trabajo se utilizará la metodología de rediseño de procesos, que se divide, principalmente, en tres etapas. En primer lugar, se realiza un análisis de la situación actual de los procesos del Acuerdo de Gestión Anual del PPV realizado por el SSVQ, para posteriormente dar paso a un diagnóstico de dicha situación, correspondiente a la segunda etapa, en la que se considera el Modelo de Relaciones Causales y el de Brechas.

La última etapa consistió, básicamente, en elegir un patrón de rediseño a utilizar para aplicarlo a los procesos críticos detectados y de esta forma generar la propuesta de rediseño final.

Finalmente se exponen las conclusiones obtenidas y las sugerencias propuestas.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente muchas organizaciones, públicas y también privadas, están realizando esfuerzos para modelar, rediseñar o reestructurar sus procesos de negocio, con el objetivo de mejorar el rendimiento de la organización, mejorar la motivación de sus funcionarios y orientarse a las necesidades de los clientes o beneficiarios.

Desde hace más de una década que el Sector Público de Salud en Chile busca desarrollar mecanismos adecuados para la asignación de recursos en los niveles productivos, de tal forma de remplazar el sistema de asignación histórico con todas sus inequidades e ineficiencias. Esta ha sido un área de desarrollo difícil, pues se trata de asignar un presupuesto global incorporando “incentivos adecuados”, en un contexto de rigidez normativa y presupuestaria.

Desde el punto de vista del financiamiento de la salud pública, los programas de producción valorados, asociados a una canasta de prestaciones, representa una fuente importante de Recursos financieros para los Servicios de Salud que les permite desarrollar su programa asistencial de atención a la población beneficiaria a su cargo.

Sin embargo, en los últimos años, los servicios de salud han venido evidenciado resultados más bien negativos en sus procesos de cierre y liquidación de estos financiamientos con al asegurador Público de Salud, Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Según fuentes de FONASA, el proceso de evaluación, liquidación y cierre del año 2009 de los 29 Servicios de Salud que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, arrojó un saldo negativo de aproximadamente M\$ 11.000.000, correspondiente a 11 Servicios de Salud, siendo el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota uno de los que presentó las mayores diferencias con casi M\$ 1.910.000.

Las razones más evidenciadas responden a deficiencias en la gestión, falta de rigurosidad en la programación y el establecimiento de compromisos incumplidos asociados a la producción.

Se evidencia a nivel del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota una falta significativa de rigurosidad en los procesos de programación, negociación, ejecución, registro, monitoreo de la producción y evaluación de metas, que ha significado realizar esfuerzos adicionales en el campo del registro estadístico de la producción hospitalaria, por no contar con un modelo de control único e igual para todos los establecimientos de la Red para la Programación y Monitoreo de la Actividad Valorada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Identificar, modelar y rediseñar los subprocesos críticos del Acuerdo de Gestión Anual del Programa de Prestaciones Valoradas en los establecimientos Hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ).

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar un levantamiento descriptivo y análisis crítico de cada subproceso Acuerdo de Gestión del Programa de Prestaciones Valoradas (P.P.V.); que permita evidenciar sus deficiencias;
- Efectuar un Diagnóstico de cada subproceso, evidenciando sus nodos críticos actuales;
- Elaborar una propuesta de rediseño para los subprocesos de Ejecución y Registro y de Monitoreo y Control de Gestión;
- Establecer nuevos lineamientos estratégicos de la Subdirección de Gestión Asistencial a partir de la propuesta de rediseño;
- Mejorar el respaldo y Sistemas de Información;¹
- Mejorar sustancialmente la gestión de los equipos directivos, entregándoles una herramienta de gestión que ordene sus procesos de planificación local
- Disminuir el número de reprogramaciones y redigitación de la producción.

¹ Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, Objetivos Estratégicos para los próximos 3 años. . 2013.
http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?page_id=111

3. ANTECEDENTES ORGANIZACIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD²

El Ministerio de Salud, fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N°25 del año 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública. Sin embargo, desde mucho tiempo atrás una serie de instituciones tuvieron entre sus tareas el velar por la salud de los chilenos.

Los orígenes habría que buscarlos en el año 1552, cuando por orden del Rey Carlos V de España, se funda el Hospital San Juan de Dios, primer establecimiento de salud del país. Durante la época colonial, existía alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas viruela, tifus exantemático, sarampión, afecciones entéricas, tuberculosis, enfermedades venéreas y, en algunas zonas del país, peste bubónica, malaria y fiebre amarilla. El nivel socioeconómico, las condiciones ambientales, la ruralidad y la falta de acceso a los escasos establecimientos asistenciales condicionaban la situación descrita.

Desde comienzos del siglo XIX, se crearon diferentes instituciones, cuyo objetivo era estructurar el sector salud en Chile, entre los que destacaron la Junta de Vacunas (1808) y la Junta Directiva de Hospitales (1832). Hacia el año 1850, existía en Chile un movimiento ya organizado, formado por las Sociedades de Socorros Mutuos (SSM), entidades que conformaban sistemas solidarios de ahorro privado destinados a otorgar principalmente prestaciones de salud y previsión a sus afiliados.

Por su parte, el Estado comenzó a incorporar el cumplimiento de tareas de higiene pública, dentro de las funciones encomendadas a diversos ministerios. Es así, como en el año 1887 -cuando existían siete ministerios- lo relacionado a la beneficencia pública y a los cementerios fue encomendado al Ministerio del Interior. Esta cartera creó en el año 1907 una sección de administración sanitaria que tendría a su cargo todo lo vinculado a la higiene y beneficencia pública.

Hacia el año 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que se hará cargo de las tareas de higiene pública. En el marco de la restructuración de Ministerios realizada en el año 1927, se determinó la creación mediante decreto de la cartera de Bienestar Social, cuyas funciones serían:

- El servicio de higiene pública y asistencia y previsión social.
- La alta inspección del trabajo y de la vivienda, la inspección de las cajas de previsión, la fiscalización de las leyes sociales.

Por decreto ley, en el año 1932 se le cambia el nombre a esta secretaría de Estado y pasa a llamarse Ministerio de Salubridad Pública. En el año 1953, la entidad nuevamente cambia de nombre, para proceder a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Sin embargo, seis años más tarde, la secretaría de

² Fuente: Ministerio de Salud. Información extraída de la página Web www.minsal.cl. 2010.

Estado se divide, creándose el Ministerio de Salud Pública (Decreto con Fuerza de Ley N°25) y -como organismo independiente- el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

A fines del año 1973, el gobierno militar considera que el Ministerio de Salud está dotado de escaso poder de decisión, de una estructura inadecuada y no cuenta con los recursos humanos capacitados, situaciones que le impiden cumplir con el rol que le asignan las políticas de salud. Por ello, se inicia la reorganización de esta secretaría de Estado, adecuando su funcionamiento a los objetivos fijados por el gobierno militar, lo que se concreta con la publicación del Decreto Ley N°913 del 28 de febrero de 1975, y al que se suman una serie de reglamentos internos.

Esta norma legal permitió iniciar una etapa de transición, durante la cual se profundiza el estudio de las bases orgánicas para constituir el Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que conduce a la revisión y modificación de las disposiciones legales que regían el funcionamiento del ministerio y de las instituciones de salud que se relacionaban por su intermedio con el Ejecutivo. Esto lleva a que se dicte el Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979, que reestructuró al Ministerio de Salud, crea el Sistema Nacional de Salud y establece los organismos dependientes – Instituto de Salud Pública (ISP), FONASA y Central de Abastecimiento-, a lo que posteriormente se agregaron nuevos reglamentos.

Luego del retorno de la democracia en el año 1990, se realizó un intenso programa de reconstrucción de la infraestructura del sistema público de Salud y comienzan a cerrarse las brechas en recursos físicos y humanos que existían.

Si bien, en la época de la creación del Servicio Nacional de Salud las principales situaciones responsables del estado de salud de la población fueron la mortalidad infantil, la muerte de la madre al momento del parto y las enfermedades infecciosas; Chile ha controlado en forma satisfactoria la mortalidad materno-infantil, aunque persisten disparidades evitables. A principios del siglo XXI las situaciones de mayor peso relativo como causa principal de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, existiendo un remanente de enfermedades infecciosas. Lo anterior, junto al cambio en las expectativas de vida de la población y al desarrollo propio de un país, impulsó al Estado chileno a realizar una profunda **Reforma del Sector Salud**.

Este cambio reformuló los conceptos de autoridad sanitaria, de sistemas de fiscalizaciones, de los sistemas de interrelación entre las redes hospitalarias públicas y privadas, las combinaciones entre los distintos niveles de complejidad de atención, entre otros.

La reforma se enmarca en el esfuerzo de alcanzar los objetivos para la década 2000 – 2010, cuya orientación fue mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, corregir las inequidades y proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

Lo que no ha cambiado es **la necesidad de contar con un sistema público de salud fuerte y eficiente.**

3.1 Funciones y Objetivos

Al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y formular las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones y objetivos:

1. Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
 - a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
 - b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
 - c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
 - d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
 - e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
2. Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
3. Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.
4. Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
5. Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia.
6. Formular el presupuesto sectorial.
7. Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
8. Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
9. Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.
10. Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

11. Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

12. Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.

13. Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

14. Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

15. Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.

16. Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

Desde la reciente reforma en salud, el Ministerio de Salud (MINSAL) separó las funciones de Promoción y Fiscalización en Salud, de las de Asistencialidad en Salud, creándose de esa manera la Subsecretaría de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, respectivamente.

3.2 Funciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

Su misión es la de regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas.

Sus objetivos estratégicos son:

- a) Consolidar el funcionamiento de las redes y macrorredes asistenciales, bajo estándares de calidad establecidos, con eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, garantizando la participación social en salud.

- b) Consolidar el sistema de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) en los hospitales de la red de servicio público, así como en la atención primaria de salud, superando brechas de tecnologías sanitarias y con criterios de equidad.
- c) Fortalecer la atención primaria y el acceso a los servicios de urgencia, perfeccionando los criterios de derivación y protocolos de atención, en los distintos niveles de prestaciones que se entregan en salud.
- d) Desarrollar recursos humanos centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud (AUGE), en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
- e) Perfeccionar los mecanismos contables y financieros de los servicios de salud y de las redes asistenciales, optimizando el gasto y proponiendo políticas que permitan controlar la deuda hospitalaria.

4. SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS)³

4.1 Organización institucional

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el Reglamento de los Servicios de Salud (Decreto N° 140, de 2004), éstos tienen las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud.

A los Servicios de Salud les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

En lo que se refiere a su funcionamiento, se someterán a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

Los Servicios son organismos estatales, funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente.

Los Servicios son los continuadores legales del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios y tienen los mismos derechos y obligaciones que correspondían a esas instituciones, para los efectos de cumplir las funciones que les competen.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

La Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad,

³ Fuente: Ministerio de Salud. Información extraída de la página Web del www.minsal.cl. 31.03.2011.

que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

En aquellas regiones que tengan más de un Servicio existirá un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los Directores de los respectivos Servicios, que será presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe. Su funcionamiento se regirá por las normas e instrucciones que éste imparta al respecto. Su función será diseñar, proponer y evaluar mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa de la Red Asistencial regional en lo referido al desarrollo de los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la Red, así como de los sistemas de comunicación, referencia, derivación y contraderivación de pacientes y las demás materias que sean necesarias para la adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos.

4.2 Organización Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

Para llevar a cabo sus funciones, el SNSS se ha estructurado en una red asistencial de establecimientos y niveles de atención; éstos últimos organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial.

Nivel Primario: tiene mínima complejidad y amplia cobertura, realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Allí, se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas.

Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan.

El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración.

Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria.

Nivel Secundario: corresponde a una complejidad intermedia y de cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran, tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo (consultorio adosado) de dicho establecimiento.

Los recursos involucrados para satisfacer las demandas de este nivel son más

complejos, es decir, existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación, y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que en el nivel primario.

Nivel Terciario: se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional.

Al igual que el nivel intermedio, a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

El hecho de que estos establecimientos hospitalarios realicen actividades de alta complejidad, también no los exime de desarrollar las funciones correspondientes al nivel secundario, ya que tienen la responsabilidad de solucionar los problemas de frecuencia intermedia en la población a su cargo.

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

4.3 Recurso Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud

El SNSS cuenta en todo el país con **197** establecimientos hospitalarios, incluye nueve hospitales delegados. Tiene además un total de 376 consultorios de los cuales 230 son generales urbanos (15 de ellos pertenecen aún al SNSS), 146 son consultorios generales rurales y tiene además 1.102 postas rurales.

4.4 Sistemas Previsionales de Salud

Los sistemas previsionales de salud se apoyan en el Régimen de Seguro de Salud, y en el Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley N° 16.744).

El seguro de salud es financiado por el trabajador con el aporte de un 7% de sus remuneraciones, y opcionalmente, por el empleador con un aporte adicional del 2% para sus trabajadores afiliados a las ISAPRE. Estos aportes del trabajador son ingresados en su mayor parte al Fondo Nacional de Salud o a las Instituciones de

Salud Previsional.

4.4.1 Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El Fondo Nacional de Salud es un servicio público funcionalmente descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud, creado en 1979 (DL. N° 2763) junto al SNSS. Sus funciones fueron reglamentadas por el D.S. 300/1986 del Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio.

Esta institución depende del Ministerio de Salud para los efectos de supervigilancia en su funcionamiento, debiendo ajustarse a sus políticas, normas y planes generales.

Le compete la función financiera del sistema de salud pública, siendo la entidad encargada de recaudar, administrar y distribuir los recursos destinados a salud, tanto para la atención de los beneficiarios del sistema estatal en la Modalidad Institucional - prestada en los centros asistenciales del SNSS - como en la Modalidad de Libre Elección, en la que los beneficiarios tienen la opción de atenderse con proveedores públicos y privados que se han inscrito en FONASA y han convenido aranceles de distinto nivel.

Las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud. Corresponde igualmente al FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección.

Para cumplir con tales funciones FONASA cuenta con una estructura a Nivel Central y está desconcentrado territorialmente para la administración de la modalidad de Libre Elección, en 5 Direcciones Regionales: Norte, Centro Norte, Centro Sur, Sur y Metropolitana y la región de O'higgins.

5. SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA (SSVQ)

5.1 Reseña

El Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota⁴ tiene una extensión geográfica de 7.506 km² y una población asignada de 1.007.080 habitantes (778.669 Beneficiarios) los cuales, en su mayoría, se encuentran concentrados en localidades urbanas.

Dentro de la jurisdicción del SSVQ existen 18 comunas correspondientes a las provincias de Petorca, Quillota y Valparaíso; esta última, compartida con el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota es uno de los tres Servicios de Salud ubicados en la región de Valparaíso.

La situación de salud puede resumirse como en transición epidemiológica ya que subsisten como importantes causas de morbi-mortalidad las enfermedades infecciosas y la desnutrición materno infantil, junto con la predominancia de las enfermedades cardiovasculares, los tumores y los accidentes y violencias.

La atención de salud se caracteriza además, por una alta proporción de atención profesional del parto, una tasa de egresos hospitalarios de 94,4 ‰ habitantes, una tasa de consulta ambulatoria de 1,49 ‰ y un promedio de día de estada hospitalaria, de seis días.

El Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota es uno de los tres Servicios de Salud ubicados en la región de Valparaíso, junto con el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y el Servicio de Salud de Aconcagua.

SSVQ en cifras:

95 Establecimientos de atención primaria

11 Hospitales

3.887 Funcionarios

\$ 90.000.000.000 Presupuesto Anual⁵

Fuente: Subdirección de Gestión Asistencial del SSVQ. 2011.

5.2 Organización del Servicio de Salud Viña Del Mar – Quillota⁶

El Servicio de Salud para cumplir con su Misión y sus Políticas ha modificado la estructura de la organización existente a partir de 1994. Lo anterior, implica sectorizar el territorio del Servicio en cuatro áreas, constituyendo el Departamento de Planificación de Apoyo a la Gestión. En cada uno de ellos se cuenta con un equipo

⁴ Fuente: SSVQ. Unidad de Comunicaciones y Relaciones Públicas del SSVQ. 2011.

⁵ Fuente: SSVQ. Subdepartamento de Finanzas SSVQ. 2011.

⁶ www.ssvq.cl. .31.03.2011

multidisciplinario encargado de coordinar la acción de los diferentes niveles de atención y de la implementación de los Programas de Salud avanzando, en esta forma, hacia la efectiva integración de la red asistencial.

Se ha constituido además, un Consejo Técnico Sectorial de Salud por sector geográfico, en el que participan todos los actores de salud, tanto del Servicio como del área municipal, con el fin de tomar las decisiones en relación a los problemas de la salud de las personas y del ambiente de cada área territorial, de manera coordinada y participativa. Actualmente estos Consejos Técnicos han adquirido la condición de Consejos de la Micro Red, generándose así las microrredes de Quillota – Petorca, Marga – Marga y Viña del Mar – Borde Costero.

Se han formado también los Consejos Técnicos Intersectoriales para obtener la adecuada coordinación en el tratamiento de los problemas que requieren un enfoque multisectorial.

5.2.1 Misión

“Gestionar, liderar y facilitar la articulación y desarrollo de la Red Asistencial que constituye y las Macrorredes que integra, en concordancia con los lineamientos y políticas del Estado, para dar respuesta en forma equitativa, transparente, oportuna, eficiente, eficaz, con calidad y privilegiando la participación social, satisfaciendo así la demanda de los usuarios y contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida a través de acciones integrales de Salud”.

5.2.2 Visión

“Como Red del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota aspiramos a ser un sistema integrado de prestadores de salud que entregue a sus usuarios atenciones en el ámbito preventivo, promocional, curativo y rehabilitador, que interactúe con otros sectores e integre a la comunidad en forma participativa, con equipos comprometidos y competentes, cuyo accionar contribuya a una comunidad saludable comprometida con su autocuidado, promoviendo una mejor calidad de vida de nuestros usuarios y trabajadores”.

5.2.3 Valores y Principios Organizacionales

El SSVQ sustenta su funcionamiento de sus operaciones y el comportamiento de sus funcionarios en los siguientes principios y valores:

- Equidad en la distribución de los recursos
- Transparencia en el uso de los recursos
- Calidad en la atención entregada
- Participación en la construcción de las decisiones
- Excelencia
- Compromiso con el servicio público
- Disciplina
- Responsabilidad

- Probidad
- Horizontalidad y transversalidad.

5.2.4 Objetivos Estratégicos

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota cuenta con seis Objetivos Estratégicos para los próximos 3 años (2012 – 2014), los que son:

1. **Mejorar el Respaldo y Sistemas de Información**
La información y datos que entregan los distintos sistemas de información en los Servicios de Salud se hacen cada vez más imprescindibles para una correcta y oportuna toma de decisiones;
2. **Mejorar Políticas e Instrumentos de Gestión del Personal**
Los resultados de una mejor gestión se obtienen con la participación de personas y profesionales competentes, capacitados y motivados por la labor que desarrolla. Es necesario también contar con las herramientas que permitan medir correctamente las competencias laborales que propicien el desarrollo y promoción en el trabajo;
3. **Mejorar las Comunicaciones y el Clima Laboral**
La obtención de mejores resultados se obtiene desde la base de mejores y más efectivos canales de comunicación. En este orden, se busca propiciar el buen uso de los recursos tecnológicos disponibles;
4. **Reforzar la Articulación de la RED y el Control de su Funcionamiento**
Una de las estrategias para alcanzar los objetivos de la Reforma es el funcionamiento en red. Esto significa que la resolución de un problema de salud es competencia de una red asistencial que colabora en sus distintos niveles (atención primaria, especialistas, hospitales, clínicas privadas), y no de un establecimiento que trabaja aislado;
5. **Mejorar el Acceso y Oportunidad de la Atención**
Este objetivo se obtiene de las bases fundacionales de la Reforma de la Salud, permitir el acceso a una mejor salud en los tiempos oportunos, de manera tal que se logre el remedio esperado; y
6. **Mejorar la Satisfacción de los Usuarios**
Los usuarios del sistema de salud son el centro de la atención, por lo tanto su satisfacción se transforma instantáneamente en un objetivo a alcanzar.

5.2.5 Funciones

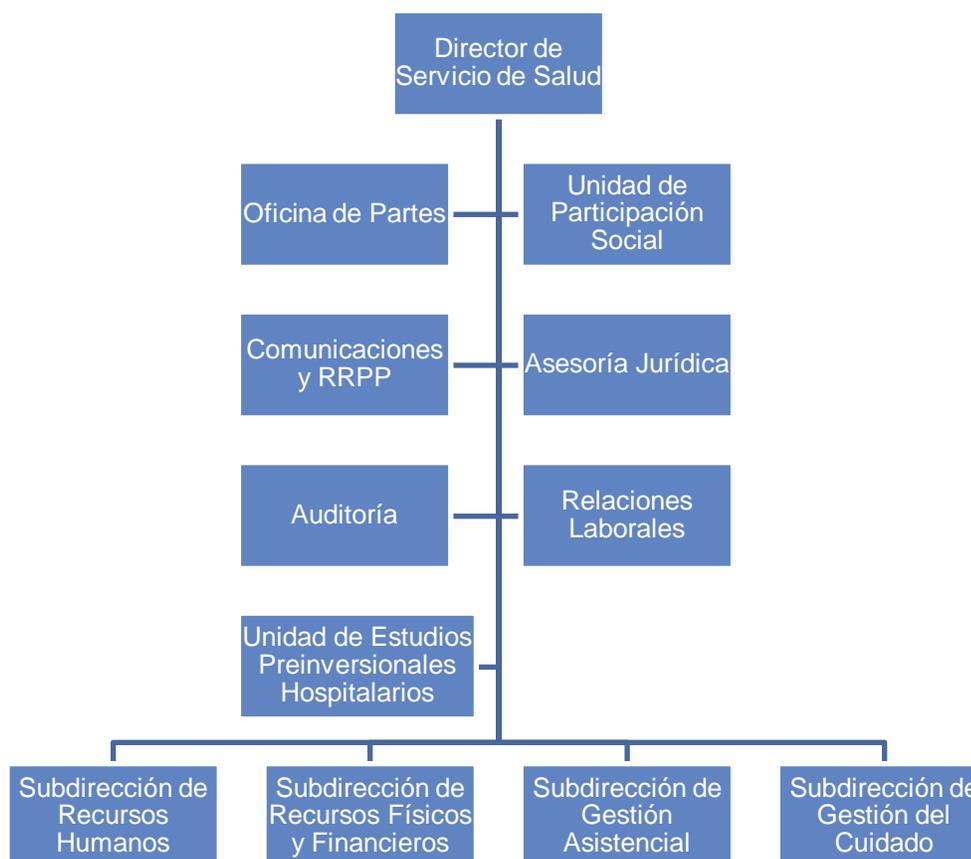
1. Dirigir las acciones de Salud destinadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas usuarias del sistema.
2. Coordinar las acciones de salud de los establecimientos de la Red asistencial pública y privada en convenio, del territorio.
3. Planificar y ejecutar acciones de desarrollo de la Red asistencial, acorde con los requerimientos de salud de las personas.

4. Coordinar las acciones de gestión en los ámbitos asistencial, uso de los recursos y desarrollo de las personas para que la red asistencial pueda cumplir con los objetivos sanitarios trazados.
5. Ajustar el modelo de atención y de gestión, a los requerimientos cambiantes del sistema.
6. Promover la participación ciudadana en los procesos que se ejecutan en la Red Asistencial.
7. Promover la transparencia en los procesos que se ejecutan, por tratarse de uso de recursos públicos.
8. Propender a la ejecución de acciones de salud con estándares de calidad de la atención y calidad técnica, centrado fundamentalmente en la seguridad de las personas.

5.2.6 Organigrama

La estructura organizacional de la Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar del Mar – Quillota se muestra en el organigrama representado en la Figura 5.1.

Figura N° 5.1 Organigrama Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota



Fuente: Subdirección de Recursos Humanos, Manual de Organización y Funciones SSVQ, 2011.

5.3 Subdirección de Gestión Asistencial

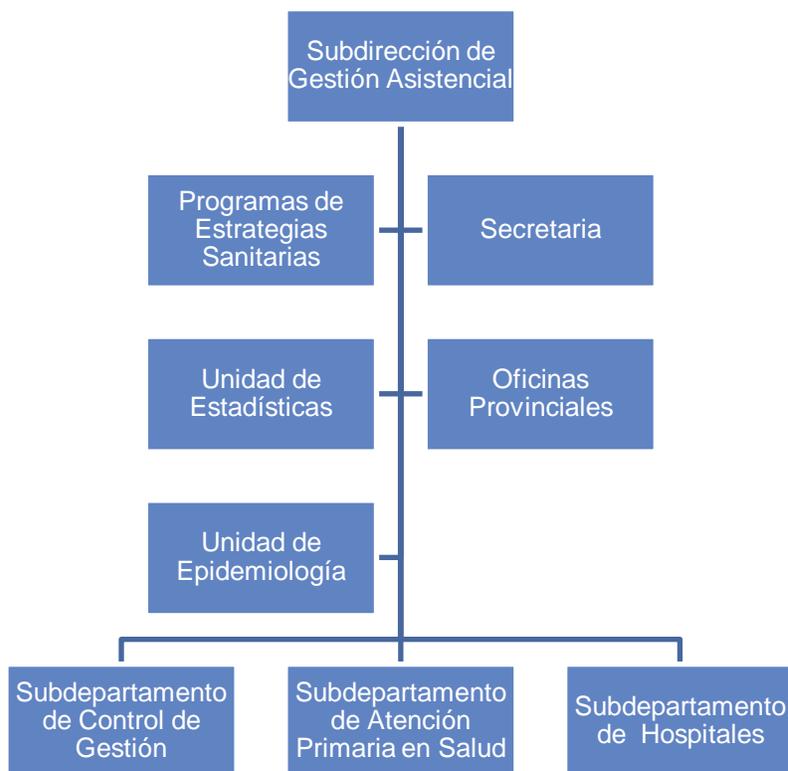
5.3.1 Funciones

1. Coordinar las acciones de gestión en los ámbitos asistencial, uso de los recursos y desarrollo de las personas para que la red asistencial pueda cumplir con los objetivos sanitarios trazados.
2. Ajustar el modelo de atención y de gestión, a los requerimientos cambiantes del sistema.
3. Promover la participación ciudadana en los procesos que se ejecutan en la Red Asistencial.
4. Promover la transparencia en los procesos que se ejecutan, por tratarse de uso de recursos públicos.
5. Propender a la ejecución de acciones de salud con estándares de calidad de la atención y calidad técnica, centrado fundamentalmente en la seguridad de las personas.

5.3.2 Organigrama

El organigrama que representa la estructura organizacional de la Subdirección de Gestión Asistencial del SSVQ queda esquematizado en la Figura 5.2.

Figura N° 5.2 – Organigrama de la Subdirección de Gestión Asistencial del SSVQ



Fuente: Subdirección de Recursos Humanos, Manual de Organización y Funciones SSVQ, 2011.

5.4 Subdepartamento de Control de Gestión

5.4.1 Objetivo

Apoyar la gestión de la Subdirección de Gestión Asistencial en el Monitoreo, Evaluación y Control de Gestión de las tareas propias de la Subdirección, con especial énfasis en los convenios de Programas de APS Municipal y del Servicio de Salud, Producción Valorada de los Establecimientos de la RED Hospitalaria del SSVQ, y otras que la Dirección del SS le encomiende a esta Subdirección.

5.4.2 Funciones del Subdepartamento de Control de Gestión

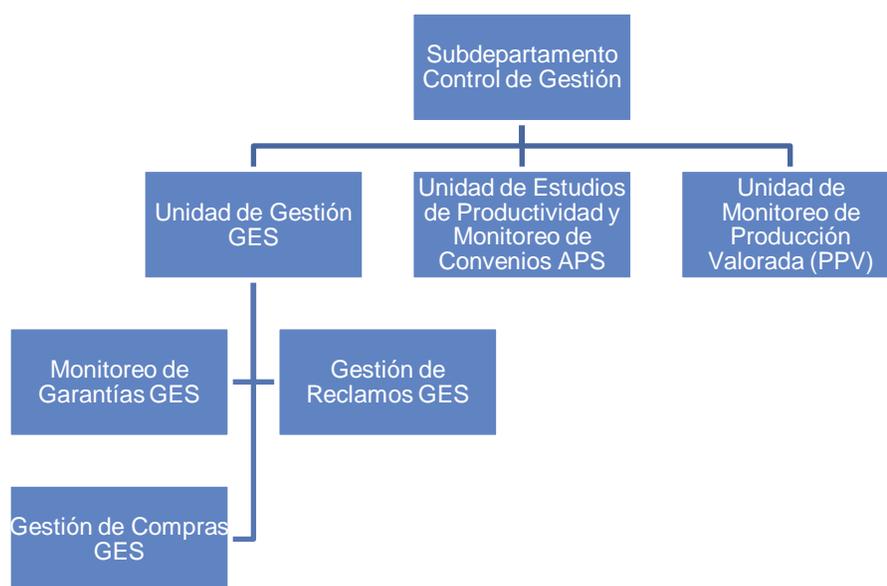
1. Participar en el Desarrollo de Procesos de Análisis y de Evaluación de los Sistemas de Gestión Asistenciales de la RED.

2. Proponer, desarrollar, asesorar y coordinar a los integrantes de la RED en Sistemas de Evaluación y Control de Gestión.
3. Desarrollar el Monitoreo y Evaluación del Cumplimiento de la Implementación de los Planes y Programas de Salud convenidos y aprobados por el MINSAL.
4. Velar por el cumplimiento de las metas negociadas en los convenios de los programas de la APS mandatados por el MINSAL con los Municipios y Hospitales de la jurisdicción del SSVQ.
5. Participar en el Establecimiento y Desarrollo de Sistemas de Control para el fiel y oportuno cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el funcionamiento de la RED.
6. Participar en la Negociación, Programación, Monitoreo y Evaluación de la Producción Valorada y Producción AUGÉ de los Establecimientos de la RED.

5.4.3 Organigrama

El organigrama que representa la estructura organizacional del Subdepartamento de Control de Gestión se puede apreciar en la Figura N° 5.3.

Figura N° 5.3 – Organigrama de la Subdepartamento de Control de Gestión



Fuente: Subdirección de Recursos Humanos, Manual de Organización y Funciones SSVQ, 2011.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Consideraciones Teóricas

6.1.1 Fundamentación

Los procesos, existen en las empresas desde las primeras organizaciones, pero su funcionamiento de éstos, ha sido el fruto de la historia y la experiencia. Dada la naturaleza funcional de las organizaciones, los cambios y mejoras han sido puntuales, en las actividades bajo una gerencia de área, pero rara vez sistémicos y orientados al funcionamiento y al cumplimiento de los objetivos de una empresa en su conjunto, lo que hace que, en general, los procesos de negocios sean tremendamente ineficientes.⁷

De aquí se originó la idea de **rediseño de procesos**, que consiste en tomar un proceso en su totalidad y someterlo a un cambio fundamental –el cual habitualmente implica un uso intensivo de Tecnologías de la Información– que garantice un desempeño claramente mejorado del mismo. Por ejemplo, en el caso del crédito hipotecario, a base de un flujo electrónico (*workflow*) de los documentos, eliminando pasos y autorizaciones innecesarias, conseguir una reducción significativa del tiempo de curso de una operación.

La experiencia muestra que el rediseño de procesos lleva a soluciones similares en procesos del mismo tipo. Por esto, no hay razón alguna para pensar que un rediseño optimizado del proceso de crédito hipotecario debiera ser muy diferente de un banco a otro. Asimismo, el proceso de satisfacción de pedidos rediseñado en una empresa de distribución no tiene que tener diferencias fundamentales de otra del mismo rubro y el proceso de atención de urgencias rediseñado en un hospital público no debería diferir del otro.

6.1.2 Rediseño de Procesos en el sector público

Las principales diferencias entre sectores público y privado están dadas por la visión estratégica de servicio a los ciudadanos que tiene el sector público. Además, la transparencia que debe haber sobre el gasto público. El sector público o gubernamental responde al ciclo político electoral, y las prioridades están determinadas por el gobierno de turno con énfasis algunos en lo social, otros en el desarrollo económico, etc.

Además, en la administración pública subyacen a su condición natural dos ideas máximas que cruzan transversalmente a todos sus componentes: *siempre se ha hecho así, y alguien tendrá que hacerlo*. Lo primero responsabilizando a otros de los resultados propios porque el modelo utilizado fue mal diseñado, pero no le

⁷ Barros V. Oscar. Componentes de Lógica del Negocio desarrollados a partir de Patrones de Proceso. Revista Ingeniería de Sistemas, Volumen XVI, N° 1, junio 2002.

corresponde a quien lo usa el modificarlo, redefinirlo o rediseñarlo; y en el segundo caso se espera que la presencia de una mano invisible que haga los cambios necesarios al momento de presentar el resultado de una tarea o el cumplimiento de algún compromiso contraído.

En el sector público las iniciativas son multiparticipantes o aspiran a serlo, más democráticas e inclusivas, en donde distintos organismos públicos, ONG's, sector privado y la propia ciudadanía incorporen sus ideas y aspiraciones.

Por otra parte, el sector público presenta algunas complejidades propias de su administración, como por ejemplo el ciclo presupuestario, en donde por ser constitutivo de una ley como lo es la Ley de Presupuestos hay determinadas modificaciones que no se pueden realizar porque la ley no lo permite.

La administración del sector público implica un intenso intercambio de información con los ciudadanos y con el sector privado. Además, la regulación de la sociedad impone costos y beneficios al sector privado. También, en el actuar del sector público y de sus representantes, está siempre presente el **control social**, potenciado exponencialmente por el acceso a las nuevas tecnologías de la información por parte de la comunidad.

Los cambios gubernamentales pueden implicar coordinación multi-institución o multisectorial, en tanto que desde el punto de vista de la cultura organizacional, en el sector público se presenta de manera más jerárquica y procedimental y apegada a reglamento, y al ser comparada con la cultura organizacional del sector privado se observa mucho menos innovadora y orientada a resultados.

6.2 Rediseño de Procesos o Ingeniería de Negocios

6.2.1 ¿Qué es un Proceso de Negocio?

Un Proceso de Negocio es un conjunto de actividades interfuncionales que colectivamente crean valor para un cliente⁸. Sus rasgos relevantes son:

- Posee una lógica de realización repetible, es decir, nada se planifica para una sola vez,
- Posee entradas y salidas,
- Es iniciado por un estímulo o evento externo,
- Tiene un ciclo de tiempo propio y,
- Se destinan recursos para su realización tales como personas, presupuestos.

De lo anterior, se desprende que un proceso de negocio para ser tal debe contener 2 ó más actividades, las cuales pueden ser ejecutadas por diferentes unidades o cargos organizacionales, de modo de poder completar en su totalidad el

⁸ BUSTOS R., Guillermo. Modelamiento y Rediseño Organizacional, Magíster en Dirección Pública PUCV, 2009. Apuntes de clases.

procesos de negocio descrito.

Las actividades son organizadas para asegurar la creación de valor y en conjunto deben ser realizadas correctamente en el primer intento. En síntesis, debe existir una única lógica en la realización de las actividades, esto es que asegure la generación exitosa de valor.

Las actividades pueden organizarse además en variantes respecto de esa lógica única.

Un proceso de negocio debe crear valor para algún cliente (interno o externo), es decir, debe ser capaz de proporcionar algo útil, importante o deseable a alguien externo al proceso, de manera que tal valor creado motive al cliente a acceder al proceso de negocio. En consecuencia, el valor creado debe explicar por qué alguien pagaría o querría ser cliente del proceso de negocio.

El valor generado tiene múltiples dimensiones: *económico* por cuanto entrega prosperidad y recursos, una dimensión *física* dado el bienestar, comodidad o descanso, *emocional* si lo que genera es seguridad o felicidad, un valor social cuando lo que se obtiene son relacionamientos efectivos entre personas, una dimensión *cognitiva* si lo logrado es un conocimiento o mayor sabiduría, y una dimensión *política* cuando lo obtenido es poder, influencia o control.

Un proceso de negocio debe cruzar barreras funcionales, en donde los participantes concurren desde diferentes funciones en la realización del proceso de negocio y las actividades requieren diferentes especializaciones que residen en esas distintas funciones de las organizaciones, concluyéndose entonces que la creación de valor es multidisciplinaria.

Para definir un proceso de negocio se debe conocer cuál es su objetivo, es decir, cuál es el valor generado, quién es el cliente o el receptor del valor generado, un estímulo entendido como el qué o quién inicia el proceso, qué lo gatilla, que generalmente es algo que ocurre en el tiempo, definir las entradas y salidas, qué ingresa para ser transformado en lo que sale del proceso, algo físico, tangible; funciones, que son las unidades responsables involucrados en la realización del proceso, las actividades: conjunto de tareas componentes que existen en el proceso y que a su vez son desarrolladas por los responsables. Deben tener cierta lógica, entendida como la organización temporal de las actividades y poseer control, es decir quién y cómo se controla el proceso.

Es válido preguntar entonces, por qué diseñar negocios basados en procesos, y la respuesta es porque se tiene una visión más permanente que la estructura funcional, además el énfasis está en actividades internas cooperativas más que competitivas, se tiene una mayor facilidad para medir desempeño y mayor visibilidad del valor proporcionado al cliente.

Por otra parte, también es relevante preguntar qué tipo de proceso es el que se tiene en análisis.

6.2.2 Clasificación de los Procesos de Ingeniería de Negocios

Los procesos de negocio pueden clasificarse de acuerdo a la experticia requerida, encontrándose los **procesos medulares** (críticos o primarios) que incorporan la experticia única y central de la organización para generar productos y/o servicios a los clientes. Son procesos propios, específicos de lo que la organización hace. Y están también los **procesos de apoyo** (suplementarios o secundarios) que facilitan la operación de otros procesos (medulares o de apoyo), es decir, sus clientes son otros procesos. Estos procesos pueden también ser externalizables, como por ejemplo las labores de reclutamiento y/o selección de personal.

También se clasifican por la jerarquía genérica de los procesos de acuerdo a la granularidad:

- Cadenas de valor o macroprocesos: aquellos procesos de gran escala que se inician con los ciclos de vida de productos/servicios.
- Procesos: divisiones de los macroprocesos, que además pueden dividirse en subprocesos.
- Actividades: son las componentes atómicas de procesos y subprocesos.

6.2.3 Ingeniería de Negocios

Los negocios o unidades de negocios, vistas como unidades productivas dentro de una organización, no pueden ser vistos en forma única y aislada sino como una componente de un todo mayor, sinérgico e integrador. En esa perspectiva la Ingeniería de Negocios es la que formaliza y provee la metodología para el diseño integral de los negocios.

La Ingeniería de Negocios abarca desde la estrategia, pasando por el diseño de los modelos de negocio que la materializan, los procesos de negocio que implementan tales modelos, hasta el diseño de las aplicaciones y la infraestructura de Tecnologías de la Información que apoyan los procesos. (O. Barros, 2002)

En el presente estudio, la Ingeniería de Negocios se focaliza en el “conjunto de técnicas para (re)diseñar procesos de negocio de acuerdo a ciertos objetivos específicos”. En ese sentido el (re)diseño de los procesos de negocio puede tener diferentes alcances, desde la *automatización*, el *mejoramiento*, la *innovación*, hasta llegar al extremo del rediseño de procesos a través de la *reingeniería*.

La **Automatización** de procesos es la aplicación de Tecnologías de Información para remplazar el trabajo humano. Busca sólo un impacto en términos del aumento de la productividad, no se cuestiona la forma de operar actual del proceso, sólo se automatiza y se adquiere, se adapta, o bien se desarrolla un sistema informático de apoyo a la operación del proceso. Es un caso particular de

mejoramiento.

Por su parte, el **Mejoramiento** de negocios busca identificar formas posibles para hacer más eficiente el negocio. El negocio actual es modelado y analizado para detectar oportunidades de mejoramiento, se introducen los cambios y se genera un nuevo modelo del proceso de negocio. Los cambios son menores e incrementales, las ganancias de 5% a 10% en eficiencia son habituales, su forma más simple y conservadora es la automatización.

Con la **Innovación** de negocios se busca generar nuevas formas de realizar el negocio. Con ella se persiguen, muchas veces, ventajas competitivas. Los procesos son rediseñados sobre la base de los modelos actuales, se introducen cambios y se genera el nuevo modelo del proceso de negocio. Los cambios son mayores y significativos, las ganancias de un 50% a 100% o más son esperables. Su forma más extrema y radical: reingeniería.

Por su parte, con la **Reingeniería** de negocios se busca, también, nuevas formas de realizar el negocio. Se desea un impacto en términos de aumento de la competitividad. Para alcanzar ese objetivo, los procesos son diseñados a partir de cero, sin considerar los modelos actuales, se cuestionan todos los supuestos del negocio actual desarrollando los cambios mayores, con lo que se espera mejoras espectaculares. Es un caso particular de innovación.

Otras perspectivas de cambio en los procesos son la Externalización u *Outsourcing* y la de Gestión. La primera entrega un proceso para que sea realizado por una organización externa, especializada. Se requiere una especificación de lo que la organización requiere para que el proveedor del servicio entregue una solución óptima. En tanto que en la segunda, el enfoque muestra la forma en que la dirección de la organización gestiona, es decir, planifica, ejecuta, mide y controla el proceso de negocio.

6.2.4 Operación y Control de Procesos

El desarrollo de la Ingeniería de Negocios considera notaciones para describir la operación y el control de los procesos de negocio, una metodología para llevar a cabo un procedimiento paso a paso, guías para encontrar el mejor diseño en términos de los objetivos específicos. Entre esas guías se encuentran determinados patrones de rediseño, habilitadores para generar el cambio que se busca, directrices de innovación y, finalmente, heurísticas o soluciones pragmáticas, es decir, lo que se puede cambiar usando el sentido común.

Entre las notaciones para describir la Operación, destaca el **Diagrama de Actividades (DAct)**, que tiene, además, el carácter de estándar internacional. Sus características principales es que forma parte del lenguaje gráfico estándar conocido por su sigla en inglés UML (*Unified Modeling Language*) y que se conoce como Lenguaje Unificado de Modelado de procesos.

Este diagrama es útil para mostrar las actividades del proceso de negocio, organizadas temporalmente y representa las posibilidades procedimentales del proceso sobre la base de actividades. Muestra, además, una secuenciación de las actividades con soporte para comportamiento condicional y concurrente.

Por otra parte el diagrama permite responder a preguntas tales como: ¿qué actividades se realizan en el proceso de negocio?, ¿cómo se organizan temporalmente las actividades?, o bien, ¿qué actividades pueden realizarse en paralelo?

Los Sistemas de Información de Apoyo a la Operación deben considerar que las Actividades pueden ser:

- No automatizadas, donde la responsabilidad es sólo de personas, del recurso humano de la organización;
- Semi-automatizadas, cuando la responsabilidad es compartida entre personas y sistemas informáticos. Los distintos pasos del proceso deben mostrar “diálogo” humano-computador; y
- Automatizadas, en que la responsabilidad es completa del sistema informático.

Lo que finalmente interesa, desde esta perspectiva, es que haya interacción entre los usuarios humanos y el sistema informático.

Los sistemas de información apoyan la operación del proceso, mediante la automatización de actividades.

Este sistema debe estar orientado a mejorar la productividad del proceso y puede identificarse como una responsabilidad (partición) dentro del modelo de operación y estar dentro de las actividades, en las tareas realizadas con apoyo informático.

Por su parte, el modelo del proceso de negocio sirve para decidir qué sistema informático se necesita y definir la información que el sistema informático debe generar, además de guiar el desarrollo del sistema informático e identificar las Tecnologías de Información (TI) más apropiadas

La notación para describir el control del proceso debe considerar la gestión del proceso de negocio, teniendo una visión desde el punto de vista de la conducción del proceso. Esta gestión puede hacerse simultáneamente con cambios en la operación del proceso. Las notaciones sirven además, para analizar el modelo de control del proceso de negocio. Las variables de control pueden ser operacionales o esenciales.

Son variables operacionales la actividad que mide las salidas, como por ejemplo, los productos terminados por cada día, o los servicios prestados al cliente. También, es una variable operacional el costo que mide desembolsos controlables, la eficacia que mide el grado de logro alcanzado, y otras como la eficiencia,

productividad, ratios o indicadores. Esenciales: supervivencia del proceso en el largo plazo.

6.2.5 Metodología de la Ingeniería de Negocio

La metodología de la Ingeniería de Negocios considera la planificación, análisis, rediseño, desarrollo y transición de un proceso de negocios.

- **Planificación:** corresponde a la fase de identificación de objetivos, ámbito, personal, programación, entre otras tareas. Incluye las actividades vinculadas a definición de comités, establecimientos de facilitadores, alcances y metas, plan del proyecto a desarrollar y la definición de las instancias de revisión y aprobación.
- **Análisis:** considera la documentación del proceso actual, diagnóstico, plan general de rediseño. El objetivo de esta fase es definir el problema del proceso actual.

Las principales actividades del análisis se inician con el levantamiento de información del proceso actual revisión de documentos, desarrollo de entrevistas, y observación general.

Luego se debe modelar el proceso y los sistemas de información actuales, se debe analizar el proceso actual identificando relaciones causales, esto es, lo que es posible de constatar y medir. Se establece la causa del problema y las posibles consecuencias que se producirían. Posteriormente, las consecuencias son ordenadas según el grado de importancia y del efecto que puede producir al interior de la organización. Se continúa el análisis del proceso actual con la definición del modelo de brechas, a través del establecimiento de las brechas de rendimiento y capacidad y se examina el ámbito del proceso.

Finalmente, se deben Documentar las actividades actuales más relevantes, y planificar el rediseño.

- **Rediseño.** Se establece una evaluación de alternativas de rediseño, requerimientos de sistemas de información.

El Objetivo de esta etapa es crear un diseño para el proceso nuevo o innovado. Las principales actividades de esta fase están determinadas por revisar los Sistemas de Información (SI) actuales para modificarlos de acuerdo a los objetivos, diseñar un proceso nuevo o uno innovado/mejorado utilizando patrones de rediseño, considerando, además, ciertos habilitadores del cambio, alineándolo con las directrices de innovación y desarrollando soluciones ad-hoc, a partir de la experiencia y el *know how* adquirido. Al igual que en la fase de análisis, se debe documentar detalladamente las nuevas actividades

- **Desarrollo:** Es el rediseño de productos/servicios, de gestión y control, de rendimiento humano, y de desarrollo sistema de información. Incluye además, la planificación de la fase de transición.
- La **Transición**, por su parte, es la fase de integración y prueba, capacitación, mantenimiento del proceso, e incluye actividades tales como la capacitación, implementación, monitoreo del nuevo proceso y del sistema de información.
- Otro componente son las guías para encontrar el mejor diseño en términos de los objetivos específicos.

6.2.6 Patrones básicos de rediseño

Un elemento importante a considerar en un rediseño de procesos es el referente a los patrones de rediseño, que son enfoques para definir el propósito general del rediseño. Ponen mayor énfasis en ciertos aspectos o criterios que guían el rediseño de los procesos. Es común que se aplique más de un patrón simultáneamente, ya que no son patrones completamente puros.

Existen patrones básicos y especializados. El patrón permite determinar cuál es el aspecto importante, y con el busca focalizarse en algo importante.

Se sabe que al menos un patrón básico es usado en todo rediseño de procesos. Pueden ser usados en combinación con uno o más patrones especializados.

Existen **4** tipos de patrones básicos:

- **Reingeniería:** Es la forma más extrema de innovación, también conocido como rediseño radical. Está asociado con la propuesta original de Hammer & Champy de los años 90. Implica un rediseño completo de la cadena de valor a partir de cero, es decir, sin mayores consideraciones con respecto a los procesos actuales. Se inicia con la definición de los objetivos que debe alcanzar el proceso, para definir la forma de alcanzarlos con las últimas tecnologías.

En la práctica, el impacto de este patrón es muy fuerte en la operación de los procesos actuales y en la incertidumbre de la dirección y de los participantes en general. Al comienzo se produce una resistencia absoluta.

La tendencia actual en las organizaciones que la utilizan sugiere un enfoque menos radical, que considera una innovación sobre la base de los procesos actuales o focalización en subprocesos o procesos pequeños. La primera recomendación es usar el “espíritu de la reingeniería”, pero de una forma no tan violenta, sino más bien escalada.

En la actualidad el término “reingeniería” ya es de uso popular y puede significar más bien rediseño.

- **Simplificación:** Este patrón propone un cambio más orientado. Busca eliminar actividades redundantes y duplicadas en los procesos establecidos. La idea es usarlo en cadenas de valor o grandes procesos de negocio, ya que así es más probable encontrar redundancias y duplicaciones. En algunos casos pueden eliminarse procesos o subprocesos completos, consolidando sus actividades.

Este patrón se aplica a un proceso preguntando para cada subproceso o actividad en la secuencia: ¿Es esta actividad realmente necesaria?, es decir, hay actividades duplicadas. ¿Qué información genera esta actividad que pueda obtenerse de otra fuente?, ¿Es un cuello de botella?, ¿Podrían hacerse las cosas en paralelo?, ¿Ocurren iteraciones innecesarias? Si es una actividad de control/inspección ¿puede omitirse?. A quien aplica este patrón le interesa que en el proceso haya menos actividades en control.

Se debe eliminar una actividad que introduce flujos innecesarios o duplica mayoritariamente el trabajo de otra actividad, y como consecuencia, se debe entonces redireccionar adecuadamente el flujo de trabajo y consolidar el trabajo diferente en otras actividades.

- **Análisis de valor agregado.** Visualiza el proceso, subproceso o actividad desde la perspectiva del cliente (interno o externo). Se parte de la hipótesis basal que un proceso o actividad agrega valor si cumple 3 criterios (y se debe cumplir con los tres a la vez):
 - el cliente está dispuesto a pagar por el resultado de su realización, más bien el cliente quiere saber si es visible el valor que agrega el patrón que se aplica;
 - transforma de alguna manera un producto o servicio, y
 - es realizado correctamente al primer intento, definido y estandarizado.

Un proceso o actividad se dice que *NO agrega valor* si se da alguna de las siguientes condiciones:

- incluye alguna preparación o set-up, o
- es una actividad de control/inspección, o
- sólo implica movimiento de productos de un lugar a otro, o
- es el resultado de una falla interna/externa o de una espera. Es decir, se debe corregir lo ya corregido, o se debe volver a hacer.

Analizado desde la perspectiva del cliente, son muy pocas las actividades en un proceso que agreguen valor, y se sabe, además, empíricamente que un proceso típico no diseñado tiene un **20%** en promedio de actividades que agregan valor. Las actividades del **80%** restante que no agregan valor pueden clasificarse en habilitadoras de valor (la mayor proporción) o verdaderamente sin valor.

Para completar el análisis de valor agregado, se debe:

- Identificar las actividades (por ejemplo con un color distintivo) que satisfacen los 3 criterios de valor (agregan valor).
 - De las actividades restantes, identificar aquellas que necesariamente deben hacerse (habilitadoras de valor) para poder realizar una actividad que agrega valor (p. ej. con otro color).
 - Analizar para modificar o eliminar algunas de las actividades restantes (actividades sin valor) preguntando: ¿cuánto y cuándo se debe controlar/inspeccionar?, ¿se pueden evitar o al menos realizar las preparaciones en paralelo con otras actividades?, ¿se puede minimizar el movimiento de productos?, ¿se puede evitar el rehacer algunas actividades?, o ¿se puede mejorar el manejo de excepciones?
- **Brechas/desconexiones:** Un problema importante a resolver en los procesos de negocio es la falla en la comunicación entre las funciones organizacionales.

Para esto se debe focalizar en los *handoffs* (“pases”) entre funciones, la coordinación y la retroalimentación.

La desconexión principal que puede ocurrir se da entre la gestión y la operación del proceso (considerado en el modelo de control).

Un diagrama que muestre los subprocesos o actividades separadas por carriles funcionales facilita el análisis para identificar los *handoffs* (cruce entre carriles), analizar en conjunto con los participantes, la comunicación que ocurre cuando una función pasa algo a otra función y evaluar si la actividad receptora del *handoff* está satisfecha.

6.2.7 Habilitadores para el Cambio

El habilitador es un factor que permite que un proceso de negocio (re)diseñado alcance los resultados esperados y las metas de rendimiento. A diferencia del patrón, el habilitador es más focalizado, y permite entre otras cosas trabajar a nivel de actividades, es decir más “aterrizado”.

Los habilitadores para el (re)diseño son patrones de modelos, diseño *workflow*, motivación y medidas, recursos humanos, políticas y reglas, tecnologías de la información (TI), entre otros. A continuación, una breve descripción de alguno de ellos.

- **Patrones de modelos:** es la reutilización de soluciones en la forma de modelos estándares. Es decir, seguir el patrón de modelos exitosos que se toman como parámetro;
- **Diseño workflow:** es el plan de trabajo definido para el proceso a partir del evento gatillador, incluyendo la secuencia de pasos, decisiones y *handoffs*

necesarios. En un sentido práctico se busca seguir la pista o el hilo conductor de las comunicaciones para garantizar el éxito del proceso;

- **Motivación y medidas:** es el sistema explícito o implícito de medida y evaluación de los procesos y las personas. Permite saber, entre otras cosas, cómo se motiva, cómo se evalúa y mide el desempeño de las personas, y por cierto, de los propios procesos;
- **Recurso humano:** considera los conocimientos, habilidades y experiencia del equipo de trabajo, de la estructura funcional, etc.
- **Políticas y reglas:** son utilizadas para guiar y/o restringir los procesos de negocio. Es importante definir los rangos de acción, los niveles y estadios de decisión.
- **Tecnologías de Información (TI):** incluye sistemas, información, equipamiento, comunicaciones, redes, etc. En un gran número de casos las tecnologías de información son el habilitador para el cambio por excelencia. No se concibe en los tiempos actuales alguna organización o proceso que no cuente entre sus recursos e insumos alguna forma de tecnología de la información. El uso de bases de datos, sistemas informáticos cuando se usan de manera profesional e innovadora, son fuente genuina de aumentos de productividad y, en muchos, casos mejoras en la competitividad de las organizaciones.
- **Otros:** Otros habilitadores igualmente útiles y necesarios como los anteriores los constituyen el diseño de lugares de trabajo, de infraestructura, del ambiente laboral, etc. Considerar aspectos tales como equipamiento, mobiliario, iluminación, calidad del aire, ruido ambiental, etc., e identificar otros factores específicos que pueden ser más relevantes para los procesos de negocio considerados.

La idea es considerar los distintos habilitadores por proceso, subproceso o actividad. Para este enfoque se requiere generar ideas específicas (*brainstorming*) por habilitador para el proceso o actividad, generar sugerencias de mejoramiento cuestionando los supuestos del proceso o actividad y evaluar cada sugerencia y su impacto considerando cada uno de los habilitadores (matriz actividades vs. habilitadores, planilla de análisis de actividades).

6.2.8 Directrices de Innovación

Las directrices de innovación surgen de la estrategia organizacional, por lo que es necesario que la estrategia sea una poderosa guía en los proyectos de ingeniería de negocios. Se busca el alineamiento de los objetivos de los procesos con la estrategia al aplicar los patrones de rediseño.

El funcionamiento futuro deseado (visualización) de los procesos permite

materializar la estrategia organizacional.

Estrategias Genéricas:

- Diferenciación por precio: implica liderazgo en costos, “lo más barato del mercado”. Liderazgo en costos implica un gran énfasis en productividad. Se debe responder a: ¿cómo deben ser (re)diseñados los procesos de negocio?, o bien: ¿a cuáles son los patrones de rediseño más adecuados?

En cuanto a cuáles son los Habilitadores directos principales para el rediseño, se tiene el diseño *workflow*, las políticas y reglas, y la TI como, por ejemplo, la automatización, la secuenciación, integrador o la desintermediación.

- Diferenciación por otros atributos: implica ofrece mejores productos o más deseados, como por ejemplo funcionalidad, calidad, etc. También se debe responder a: ¿cómo deben ser rediseñados los procesos o cuáles patrones usar?. Por su parte, los habilitadores directos principales para el rediseño son la motivación y medidas, el recurso humano, las políticas y reglas, y en TI habilitadores tales como lo informacional, el seguimiento. Lo más analítico, geográfico e intelectual.

- Focalización: implica detectar y atender un nicho de mercado poco explotado. Se focaliza en nichos específicos de clientes, entregándoles productos/servicios adecuados a sus necesidades. Los procesos de negocio deben orientarse al servicio del cliente específico. Los patrones de rediseño más adecuados son la reingeniería, el análisis de valor agregado y el desarrollo de software, en tanto que, los Habilitadores directos principales para el rediseño son: recurso humano, las políticas y reglas y las TI.

7. DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

7.1 Antecedentes Generales

Hace más de una década que el sector público de salud en Chile busca desarrollar mecanismos adecuados para la asignación de recursos en los niveles productivos, de tal forma de remplazar el sistema de asignación histórico con todas sus inequidades e ineficiencias. Esta ha sido un área de desarrollo difícil, pues se trata de asignar un presupuesto global incorporando “incentivos adecuados”, en un contexto de rigidez normativa y presupuestaria.

En el campo de los mecanismos de pago, desde el año 1994 se ha tratado de implantar pagos asociados a resultados, los que se han concretado a través de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) y programas llamados “estrellas” del Fondo Nacional de Salud, FONASA. Mientras que, en el ámbito presupuestario, en el año 2002 se introdujo el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) como una importante partida del presupuesto sectorial.

Pero, aún con estos antecedentes, gran parte de los presupuestos siguen siendo asignados históricamente, representados en términos presupuestarios a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), reproduciendo defectos tales como: desvinculación con objetivos e impactos sanitarios esperados, incoherencia entre transferencia de recursos y desempeño de los servicios de salud, desvinculación con resultados en calidad, inconsistencia entre oferta y demanda que generan listas de espera, que derivan finalmente en inequidad, falta de acceso a la salud y por ende insatisfacción de la ciudadanía.

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

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

Por otra parte, durante el año 2003, se diseñó un sistema de asignación capitado⁹ a nivel del presupuesto de los servicios de salud que se denominó Per Cápita Ajustado por Necesidades (PAN). Este sistema, generado desde el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y consensuado con el Fondo Nacional de Salud (FONASA), sirvió durante ese año para la asignación de recursos marginales, como orientación para la toma de decisiones. La idea era que su utilización pasara desde el ámbito normativo y consultivo para las asignaciones de dineros de deuda, hacia un criterio real de asignación territorial de recursos. No obstante, este intento a la larga no prosperó, y ya, hacia fines del año 2004, dejó de tener injerencia, conservando su importancia a nivel de análisis y estudios sobre la asignación de recursos.

7.2 Descripción de los Mecanismos de Pago Actuales

Se pueden distinguir dos períodos en las reformas financieras emprendidas por el FONASA desde la mitad de los años noventa: los desarrollos antes del año 2002 y las modificaciones introducidas posteriormente.

En la primera etapa se diseñaron los mecanismos de pago Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y Pago por Prestación (PPP), ambos para la atención hospitalaria, el Per-cápita para la atención primaria y los llamados Programas Especiales para la atención primaria y de los niveles superiores.

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

7.3 Mecanismos de Pago Prospectivo

Los sistemas de pago que usan información pasada para pagar actividades corrientes son llamados sistemas prospectivos. Entre ellos pueden encontrarse, dependiendo de lo anterior, los mecanismos de pago que usan los Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD), la Capitación, el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y el Pago por Prestaciones Valoradas (PPV), siempre y cuando, además de lo ya señalado, los cupos sean limitados para cada prestador. Este tipo de pagos se caracterizan por compartir el riesgo con el proveedor y su comportamiento individual, en general, no afecta el pago de la aseguradora correspondiente.

La principal ventaja de este sistema es la contención de costos que tiene a causa de compartir los riesgos con el prestador.

Por otra parte, la desventaja de este mecanismo de pago, si no se ajustan los riesgos sanitarios, es de entregar una baja intensidad y oferta de prestaciones sanitarias a causa de una baja motivación y esfuerzo por parte del prestador por tener un reembolso limitado (*skimping*). Sus efectos pueden ir más lejos,

⁹ Pago “por cabeza”. En el caso de la salud, se hace un pago por beneficiarios del sistema al que se está adscrito.

seleccionando los pacientes de bajo riesgo (*cream-skimming*) y deshaciéndose de los pacientes de alto riesgo, derivando estos a otros establecimientos (*dumping*).

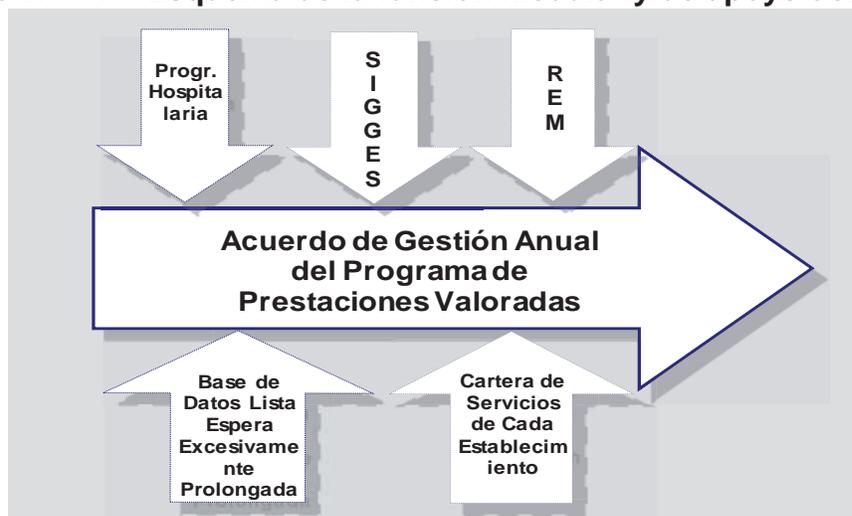
7.4 Programa de Prestaciones Valoradas en el SSVQ

7.4.1 Contexto General

El Acuerdo de Gestión Anual del programa de prestaciones valoradas (PPV) representa para el SSVQ aproximadamente un 40% de su presupuesto anual, razón por la cual es de gran importancia y estratégico atender su proceso completo desde su programación, negociación, ejecución, registro, monitoreo y evaluación. Este programa comprende acciones de salud de carácter variable, respecto de las cuales FONASA pagará al SSVQ el equivalente en dinero de las prestaciones de este programa aprobadas previamente por el propio FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Es necesario consignar que el Proceso de Programación y Negociación del PPV consiste en un proceso medular a la función del SSVQ, el que a su vez es apoyado por las áreas suplementarias o de apoyo.

Figura Nº 7.1 – Esquema de la función medular y de apoyo del SSVQ



Fuente: Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2011.

7.4.2 Problemas Principales

El proceso que conduce al Acuerdo de Gestión Anual del Programa de Producción de Prestaciones Valoradas ha evidenciado fallas en su desarrollo durante los años 2007, 2008 y 2009, que han puesto en evidente riesgo el financiamiento de las actividades asistenciales del SSVQ.

Así por ejemplo, el ejercicio de liquidación del Programa PPV del año 2007 realizada por FONASA a través del módulo de facturación del Sistema Informático de

Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) durante el primer semestre de 2008 representó un saldo negativo de aproximadamente M\$ 3.300.000 que respecto del marco presupuestario de ese año, equivale a un 14,27%. Al año siguiente, este mismo ejercicio generó un resultado de aproximadamente M\$ 1.100.000, equivalente a un 4,49%, y finalmente, durante el año 2010 se entregó el resultado de la Liquidación o Cierre del Programa PPV 2009 arrojando un resultado negativo de M\$ 1.910.000, lo que equivale a un 6,14% de su marco presupuestario.

Los problemas son multifactoriales: ausencia de competencias de gestión en algunos directivos de hospitales, errores en la digitación de los valores de producción, errores de parametrización en la aplicación de las Condiciones Administrativas y Técnicas (CAT), rotación excesiva de los equipos de digitación, poca estandarización del proceso de programación de PPV, son algunas de las principales causas que explicarían los diferenciales negativos expuestos en el párrafo anterior.

Otras causas se señalan a continuación:

No existe un proceso único e igual de programación, monitoreo y evaluación de este programa en todos los establecimientos de la red del SSVQ.

La responsabilidad del proceso está en distintos niveles jerárquicos, según el establecimiento. En los hospitales de mayor complejidad la tarea está encomendada a un multidisciplinario de médicos, enfermeras, ingenieros y estadísticos. En tanto que, en los establecimientos de baja o menor complejidad esta tarea queda relegada como una tarea menor en manos de estadísticos y/o administrativos.

La programación está sustentada (sólo) en la capacidad de oferta de cada establecimiento y no en la demanda real por prestaciones de salud, lo que incide en reiteradas reprogramaciones.

La demanda real en prestaciones de salud se obtiene sumando la prevalencia de la patología, es decir, el porcentaje de la población que dadas ciertas condiciones podría llegar a manifestar una determinada enfermedad, la incidencia, entendida ésta como los casos que aparecen cada año, y especialmente, la lista de espera prolongada. Beneficiarios que, de acuerdo a las incapacidades estructurales del sistema de salud pública, no ha recibido oportunamente sus atenciones en salud.

Durante el desarrollo del programa en el año corriente algunos establecimientos reconocen estos otros elementos y modifican su programación original (reprograman) modificando significativamente su marco presupuestario, y dado que para el servicio de salud el marco presupuestario anual ya está definido, ese establecimiento deberá entrar en una competencia con otro establecimiento para ocupar parte de ese presupuesto no utilizado por el segundo, obligando al gestor de red (Director) a modificar las estrategias sanitarias del servicio de salud.

Hay diferencias entre lo efectivamente realizado y lo registrado en el Sistema Informático de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) y Registro Estadístico Mensual (REM) al momento de realizar la liquidación del programa por parte del FONASA, lo que se explicó anteriormente.

Lo anterior ha obligado en los períodos 2007, 2008 y 2009 a los establecimientos con mayores diferencias, a contratar personal adicional o bien a re-direccionar funciones con capacidades y competencias de digitación para recuperar registros o re-digitar prestaciones, según sea el caso.

7.4.3. Ámbito de Acción del Programa PPV

El programa de Prestaciones Valoradas, comprende acciones de salud contempladas en los programas que a continuación se señalan¹⁰:

- a) Programa de Reducción de Brechas en Prestaciones. Contiene aquellas patologías con mayor espera de atención;
- b) Programa de Prestaciones Complejas o Seguro Catastrófico;
- c) Programa GES. Contiene los decretos N° 44 de 2004, N° 128 de 2006, y Decreto N° 1 de 2010.
- d) Programa de Urgencias, Camas Críticas y Atención Pre-Hospitalaria;
- e) Programa de Salud Mental; y
- f) Programa Otras Valoradas.

Asimismo, comprende las acciones que se contengan en los convenios celebrados por los servicios de salud con terceros conforme al Decreto con Fuerza de Ley N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud.

Los programas de Brechas, Complejas, GES y Salud Mental Atención Abierta se registran en el sistema SIGGES, en tanto que los programas de Urgencias, Salud Mental Atención Cerrada y Otras Valoradas se registran en REM.

En la tabla N° 7.1 se muestran los presupuestos del Programa PPV desde el año 2007 hasta el 2010.

¹⁰ Fuente: Contrato de Prestación de Servicios sobre Atenciones de Salud PPV y PPI 2010. Equipo de Negociación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

Tabla N° 7.1 – Presupuestos Programa PPV en miles de pesos

| PROGRAMAS VALORADOS | PRESUPUESTO PPV SSVQ, EN MILES DE \$ | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| REDUCCIÓN DE BRECHAS | 1.948.732 | 1.434.904 | 3.206.563 | 4.593.677 |
| PRESTACIONES COMPLEJAS | 3.360.992 | 3.581.834 | 4.642.057 | 3.376.158 |
| AUGE | 7.141.234 | 8.182.258 | 11.857.401 | 10.683.094 |
| OTRAS VALORADAS | 2.753.651 | 2.537.625 | 2.519.409 | 2.099.846 |
| URGENCIA Y RESCATE PRE-HOSPITALARIO | 7.561.014 | 8.097.136 | 9.032.758 | 9.527.276 |
| SALUD MENTAL | 358.163 | 638.727 | 728.802 | 848.144 |
| TOTAL | 23.125.793 | 24.474.492 | 31.988.999 | 31.130.205 |

Fuente: Subdirección de Recursos Físicos y Financieros, subdepartamento de Finanzas, 2011.

En la Cláusula Sexta respecto de las Transferencias de Recursos a los Servicios de Salud, en su letra A en el numeral 12) del Contrato de Prestación de Servicios sobre Atenciones de Salud, se señala que “para todos los efectos en el presente Contrato, FONASA *no financiará* bajo ninguna circunstancia alguna, actividades no ejecutadas y/o no registradas en los sistemas de información y demás medios requeridos en los numerales 2) y 3) precedentes, ... y continúa en el 13) Será responsabilidad de cada Servicio de Salud el registro de la actividad correspondiente en el SIGGES, debiendo informar por escrito a FONASA, con copia a Subsecretaría de Redes Asistenciales, de los inconvenientes para realizar dicha tarea, en caso de existir. Esto será requisito fundamental para evaluar las eventuales liquidaciones financieras.

La negociación del Programa de Prestaciones Valoradas es un *ejercicio anual* que congrega a los equipos directivos de los distintos establecimientos de la Red Asistencial del SSVQ.

Por su parte el registro y monitoreo es una actividad que se desarrolla con una frecuencia mensual. La primera en manos de los establecimientos hospitalarios, en tanto que el monitoreo es desarrollado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSVQ, a través del Subdepartamento de Control de Gestión.

Trimestralmente se realiza una evaluación comparativa de la programación de actividad valorada con el nivel de producción de actividad valorada (debidamente registrada en los sistemas informáticos respectivos).

En efecto, las actividades antes señaladas son realizadas por los representantes de los hospitales de mayor complejidad como son los hospitales DR. Gustavo Fricke de Viña del Mar, San Martín de Quillota, y Hospital de Quilpué, se suman a los anteriores los hospitales de baja complejidad, entre los que se menciona al Hospital de Petorca, Dr. Víctor Hugo Möll de Cabildo, San Agustín de La Ligua, Dr. Mario Sánchez de La Calera, Santo Tomás de Limache y el Hospital Adriana Cousiño de Quintero.

Por último, están los Hospitales Geriátrico La Paz de La Tarde de Limache y Juana Ross de Peñablanca. Estos dos hospitales están considerados como establecimientos tipo institutos. El primero de ellos orientado al adulto mayor en tanto que el segundo orientado a la Rehabilitación.

7.4.4 Lineamientos Generales para la Negociación PPV¹¹

La negociación de las PPV se inserta dentro del Contrato de Prestación de Servicios de Atenciones de Salud a suscribir a más tardar el 31 de enero de cada año, entre el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director de FONASA y directores de los Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales.

La programación de Prestaciones Valoradas se establece sobre la base de un modelo **P x Q**, en donde P representa el precio establecido para cada patología sobre una canasta de prestaciones asociadas, y Q representa la cantidad ofertada o comprometida por los Servicios de Salud como la suma de las ofertas individuales de cada uno de sus establecimientos hospitalarios.

Los compromisos de los Programas Valorados (Brechas, Complejas, GES, Salud Mental, Urgencias y Otras Valoradas) se incorporarán en el Contrato de Compra de Prestaciones 2010, que deberán suscribir los Servicios de Salud con la Subsecretaría de Salud y FONASA, durante el mes de enero 2010, según glosa presupuestaria.

Este compromiso determinará el marco presupuestario PPV para el año corriente que se transferirá en duodécimos con evaluaciones trimestrales y liquidación al año siguiente.

7.5 Etapas Generales del Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV¹²

Las etapas generales del Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV corresponden a: Programación Hospitalaria, Negociación, Ejecución y Registro, Monitoreo y Control de Gestión, Evaluación y Cierre, tal como se muestra en la Figura 7.2.

Figura Nº 7.2 Esquema de Etapas Generales del Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV.



¹¹ FONASA. Antecedentes Generales para la Negociación PPV 2010., enero 2010.

¹² Desarrollo propio, Subdepartamento de Control de Gestión del SSVQ.

El desarrollo del rediseño de procesos del presente estudio se centra, principalmente, en el análisis de las **actividades críticas de la etapa de Monitoreo y Control de Gestión**. Sin embargo, para hacer un correcto análisis se detalla el procedimiento de cada una de las fases, de modo de contar con la visión global del Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV.

7.5.1 Definición Básica del Proceso de Negocio

Para definir el proceso general o Cadena de Valor, se detallan las siguientes características:

Objetivo: Desarrollar el Acuerdo de Gestión Anual del Programa de Prestaciones Valoradas en los establecimientos Hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ).

Cliente: FONASA, Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Dirección del SSVQ y su Red Asistencial, y a través de sus acciones, la Población Beneficiaria del SSVQ.

Estímulo: Inicio del Proceso de Negociación para la Elaboración del Acuerdo de Gestión Anual entre la Subdirección de Gestión Asistencial (MINSAL), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y la Red Nacional de Servicios de Salud (SSVQ).

Entradas:

- Lineamientos Ministeriales;
- Marco Presupuestario;
- Programas Nuevos;
- Expansiones Presupuestarias;
- Factor de Inflación aplicado a los precios;
- Minuta de Negociación;
- Resultado del Ejercicio Anterior (período $t - 1$);
- Carteras de servicio de cada establecimiento
- Listas de Espera por patología en el SSVQ;

Salidas: Acuerdo de Gestión Anual de Prestación de Servicios sobre Atenciones de Salud del Programa de Actividades Valoradas del Servicio de Salud de Prestaciones Valoradas, Programas de Prestaciones Institucionales y Programa de Garantías Explícitas en Salud, GES

Funciones: - **MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales**
Le corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la Red Nacional de Servicios de Salud, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud. Determina los

lineamientos generales y el marco presupuestario que regirá durante el período t.¹³

- FONASA, Departamento de Comercialización

Le compete la función financiera del sistema, siendo la entidad encargada de recaudar, administrar y distribuir los recursos destinados a salud. Es el ente asegurador público.

- SERVICIO DE SALUD

Le compete la programación, ejecución y registro de la actividad hospitalaria comprometida en el marco de los programas sobre Prestaciones Valoradas, Programas de Prestaciones Institucionales y Programa de Garantías Explícitas en Salud, AUGE/GES.

Actores: - Equipo de Negociación de FONASA Regional

1. Director Regional FONASA
2. Jefe(a) Subdepartamento de Gestión Comercial de FONASA Regional

- Equipo de Negociación de la Dirección del SSVQ

1. Director(a) del SSVQ
2. Subdirector(a) de Gestión Asistencial del SSVQ
3. Subdirector de RR.FF. SSVQ
 - Jefe de Finanzas SSVQ
 - Jefe de Control de Gestión del SSVQ
 - Jefe de Estadísticas del SSVQ
 - Encargado GES del SSVQ

- Equipos de Negociación de Hospitales de la RED

1. Director(a) Hospitales de la Red del SSVQ
2. Subdirector(a) de Gestión Asistencial Hospitales de la Red del SSVQ
(En los establecimientos que corresponda)
3. Subdirector de RR.FF. Hospitales de la Red del SSVQ
 - Jefe de Estadísticas Hospitales de la Red del SSVQ
 - Jefe de SOME's Hospitales de la Red del SSVQ

Recursos Informáticos:- SIGGES

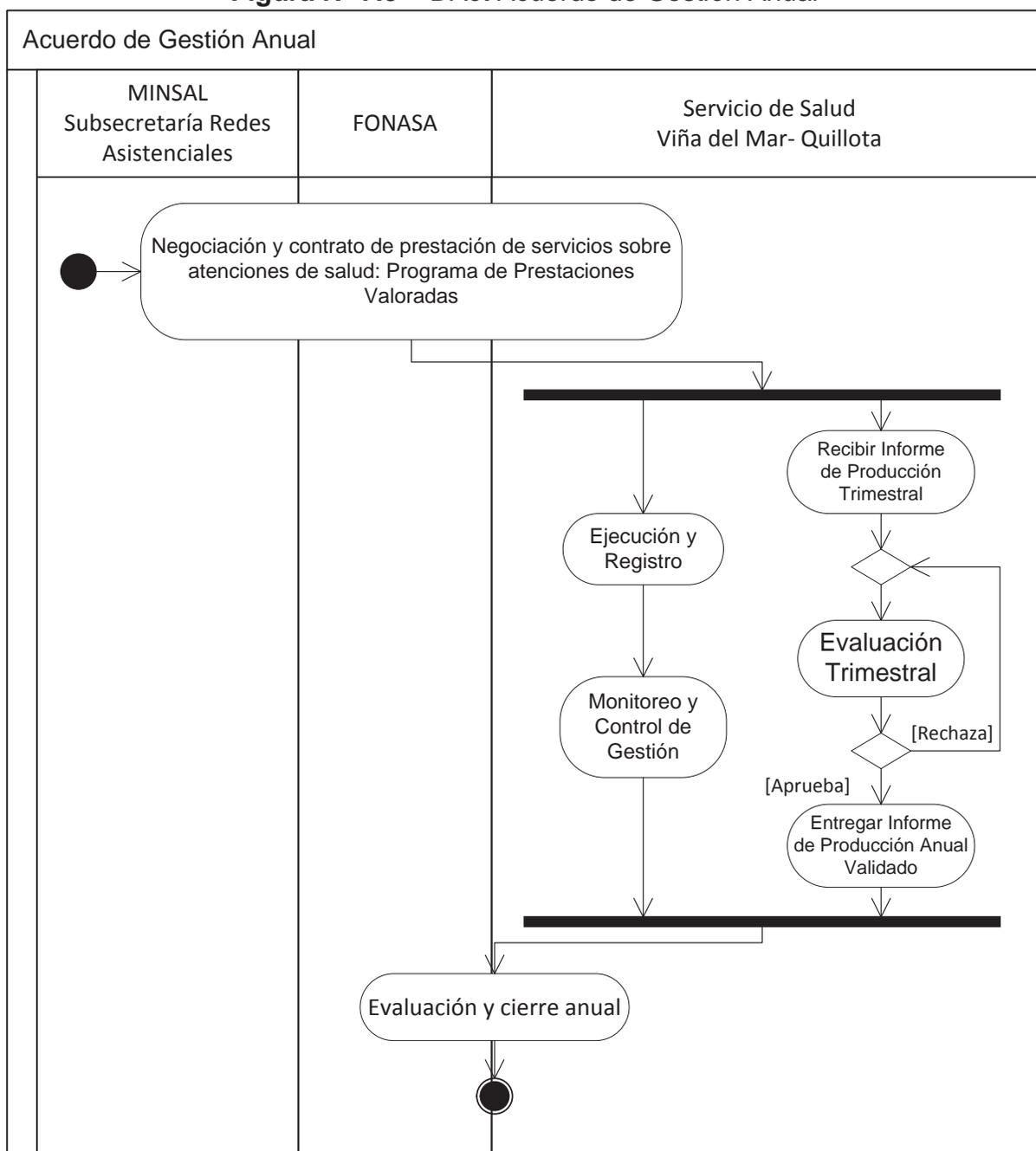
- REM

7.5.2 Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV

El Acuerdo de Gestión Anual de la Programación de PPV corresponde al macroproceso a analizar y sigue el procedimiento que se detalla en la Figura N° 7.3.

¹³ Se considera período t al año corriente.

Figura N° 7.3 – DAct Acuerdo de Gestión Anual



Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

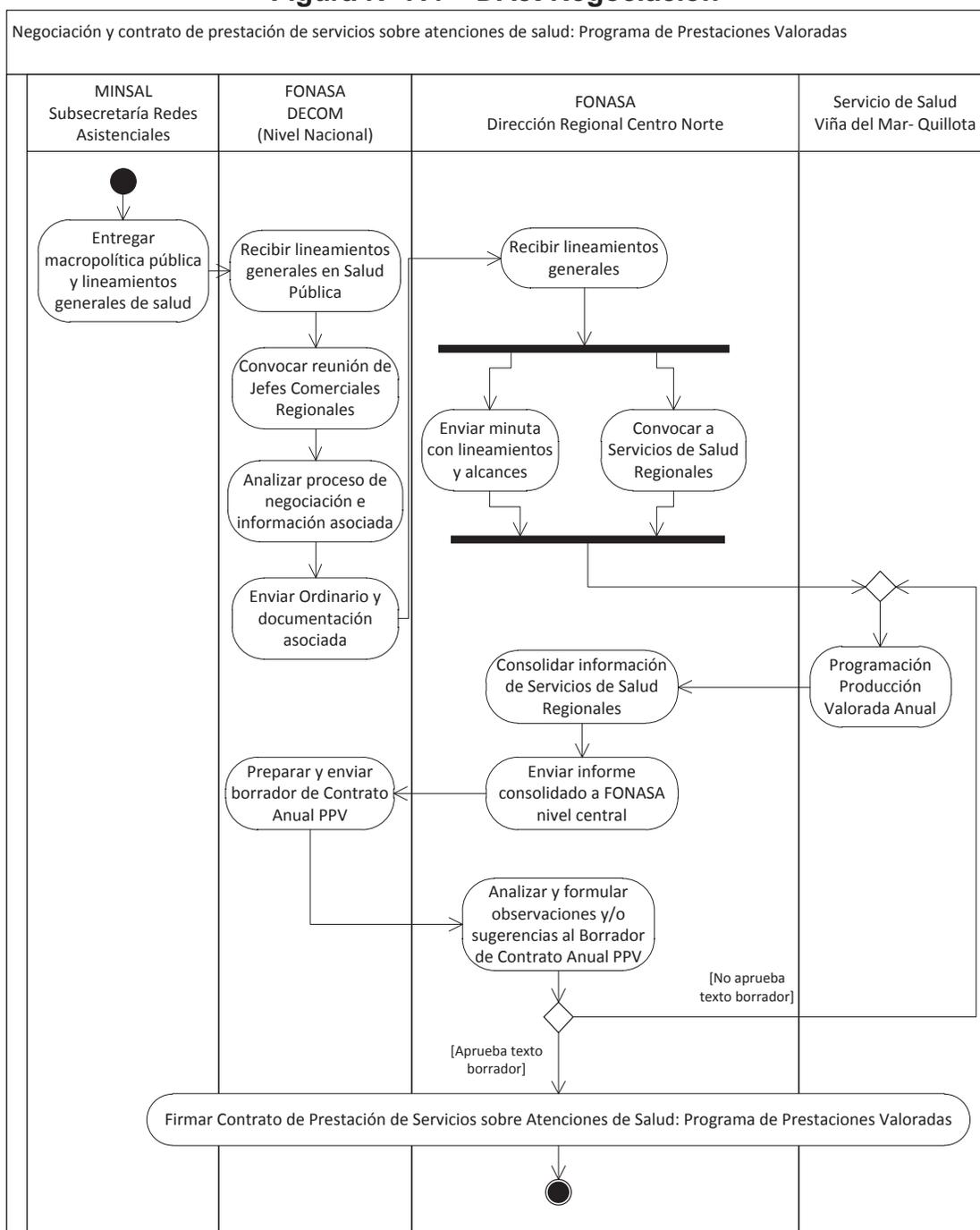
El diagrama precedente contiene los subprocesos de Negociación, Ejecución y Registro, Monitoreo y Control de Gestión, Evaluación Trimestral y Reprogramación y Evaluación y Cierre Anual.

Todas estas figuras son de elaboración propia en base al proceso de análisis objeto de estudio.

7.5.3 Negociación y contrato de prestación de servicios sobre atenciones de salud: PPV

La negociación corresponde al encuentro que se produce entre representantes regionales de FONASA y los directores de los servicios de salud locales para plasmar en un contrato de prestaciones denominado Acuerdo de Gestión Anual para los Programas de Prestaciones Valoradas, Programas de Prestaciones Institucionales y Programa de Garantías Explícitas en Salud, GES, de cada año. En ese encuentro cada Servicio De Salud entrega al Fondo una propuesta de actividad hospitalaria sobre la base de su Cartera de Servicios, Listas de Espera Excesivamente Prolongadas, Listas de Espera GES, etc. (Ver Figura N° 7.4)

Figura N° 7.4 – DAct Negociación¹⁴



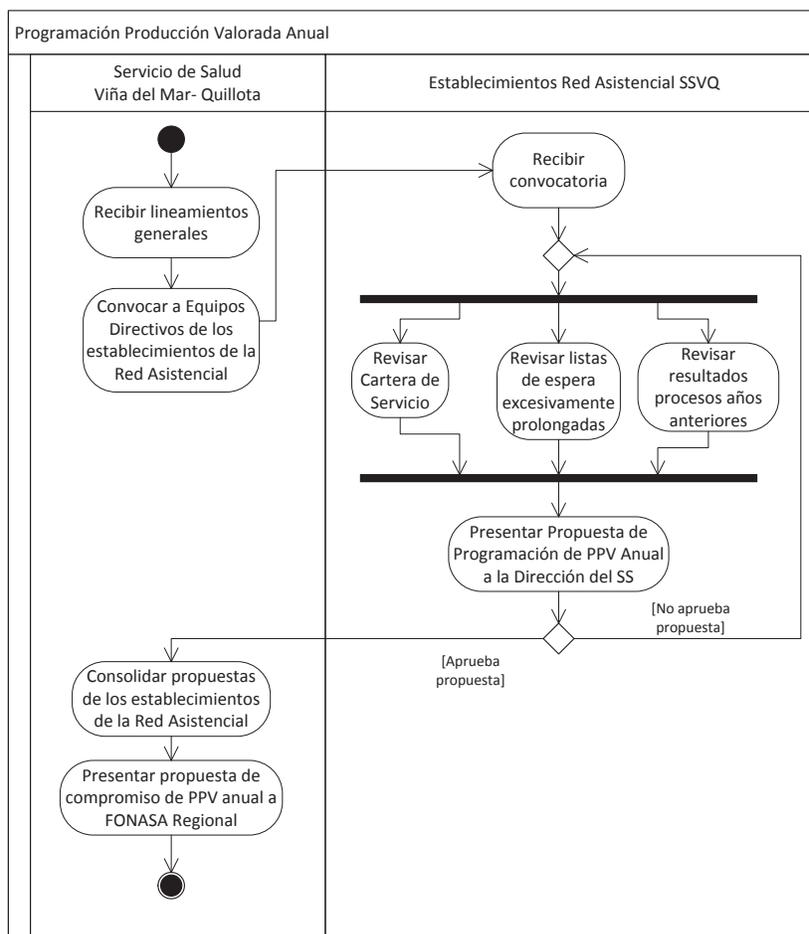
Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

¹⁴ Ver Anexo 1 para acceder a las planillas de descripción de cada actividad asociada al proceso de Negociación.

7.5.4 Programación Producción Valorada Anual

El proceso de programación lo desarrollan los equipos directivos de cada establecimiento, sobre la base de modelos de programación contenidos en las “Orientaciones para la Planificación y Programación en RED”, que año a año entrega la Subsecretaría de Redes Asistenciales en su Serie de Cuadernos de Redes. El propósito de la programación hospitalaria, es implementar las soluciones que la red asistencial requiere para dar cumplimiento a las exigencias de manera planificada. El Proceso de Programación, requiere de la participación de todas las personas y establecimientos involucrados en las acciones de atención, de un análisis y toma de decisiones en conjunto basado en la demanda y oferta de servicios de los Establecimientos Autogestionados en Red (Ver Figura N° 7.5).

Figura N° 7.5 – DAct Programación Producción Valorada Anual.¹⁵



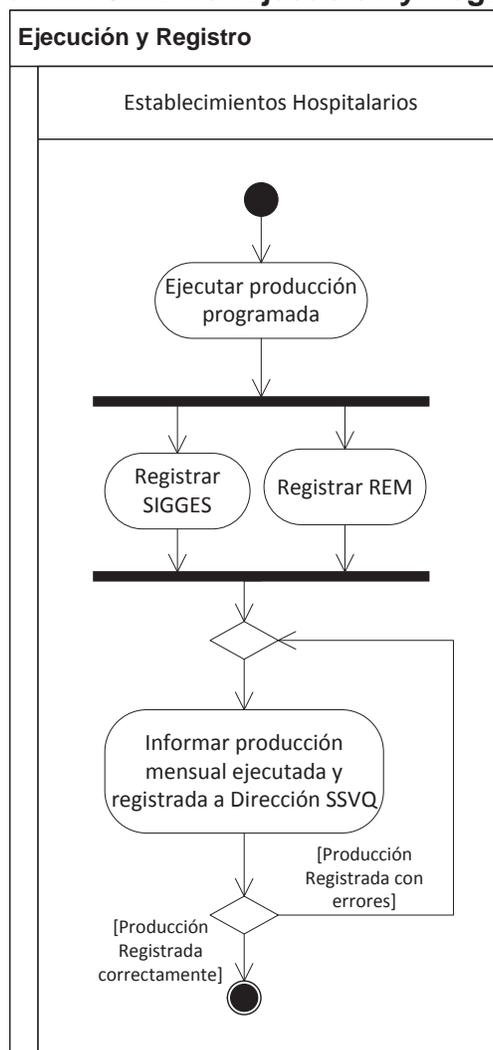
Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

¹⁵ Ver Anexo 1 para acceder a las planillas de descripción de cada actividad asociada al proceso de Programación Producción Valorada Anual.

7.5.5 Ejecución y Registro

La Ejecución y Registro es tarea de los hospitales de la red asistencial y responde a la actividad corriente desarrollada por estos establecimientos en la atención de su población beneficiaria. La importancia de este subproceso radica en que en base a ella FONASA transferirá recursos económicos en base al “Transferencia por Actividad”, esto es el resultado de la valorización de la actividad efectivamente ejecutada y registrada durante el mes inmediatamente anterior al de la transferencia. La constatación oficial de la ejecución de las actividades realizadas por el Servicio de Salud se obtendrá de los registros del Sistema de Información de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES) (Ver Figura N° 7.6)

Figura N° 7.6 – DAct Ejecución y Registro.¹⁶



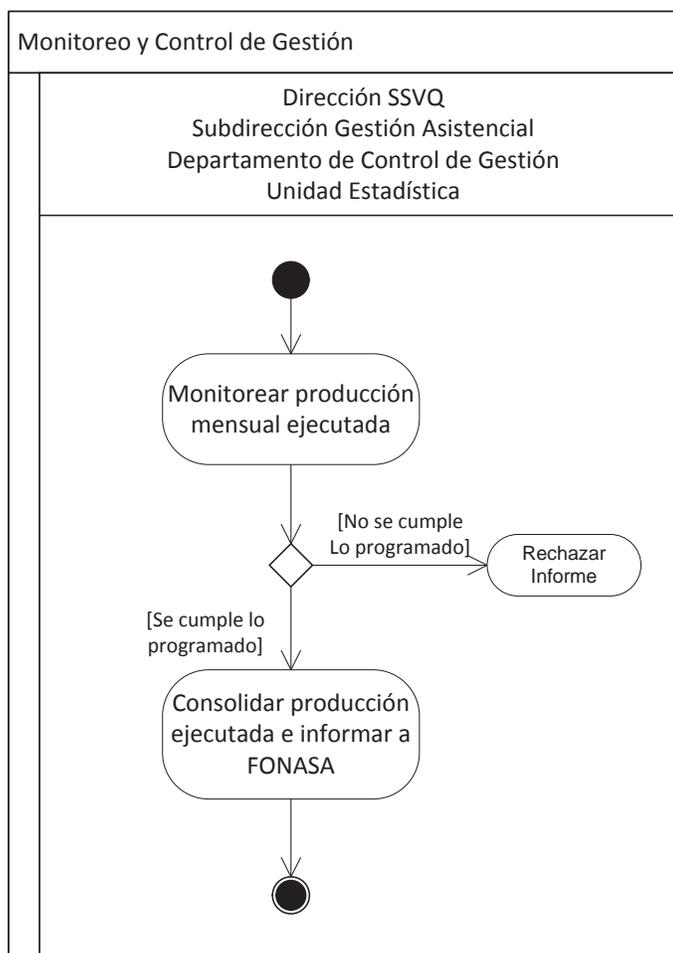
Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

¹⁶ Ver Anexo 1 para acceder a las planillas de descripción de cada actividad asociada al proceso de Ejecución y Registro.

7.5.6 Monitoreo y Control de Gestión

La actividad de Monitoreo y Control de Gestión es desarrollada por el Subdepartamento o Unidad de Control de Gestión y las Unidades de Estadísticas de los Servicios de Salud. Consiste en monitorear el cumplimiento de la actividad comprometida y el levantamiento de informes tendientes a corregir las desviaciones producidas (Ver Figura N° 7.7).

Figura N° 7.7 – DAct Monitoreo y Control de Gestión¹⁷



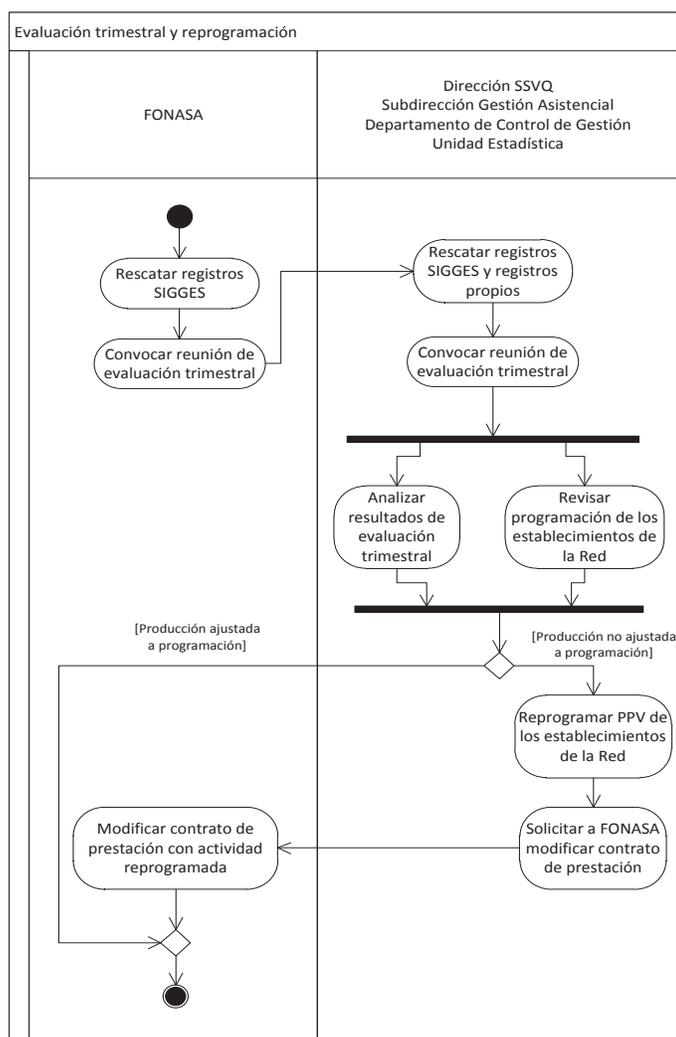
Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2011.

¹⁷ Ver Anexo 1 para acceder a las planillas de descripción de cada actividad asociada al proceso de Monitoreo y Control de Gestión.

7.5.7 Evaluación trimestral y reprogramación

Para los efectos del monitoreo de la actividad desarrollada, FONASA realizará evaluaciones, considerando períodos cronológicos mensuales, trimestrales, semestrales y/o anuales. Como resultado de las evaluaciones en materia de actividad ejecutada, FONASA, en acuerdo con la SUBRED y el Servicio de Salud, podrán efectuar reprogramaciones de actividades y reasignaciones de los recursos para las diversas actividades a ejecutar en el cumplimiento del Acuerdo de Gestión Anual. Dicha reasignación se formalizará mediante un oficio Ordinario del Director de FONASA, comunicando al S.S. y a la SUBRED del MINSAL (Ver Figura N°7.8).

Figura N° 7.8 – DAct Evaluación Trimestral y Reprogramación¹⁸



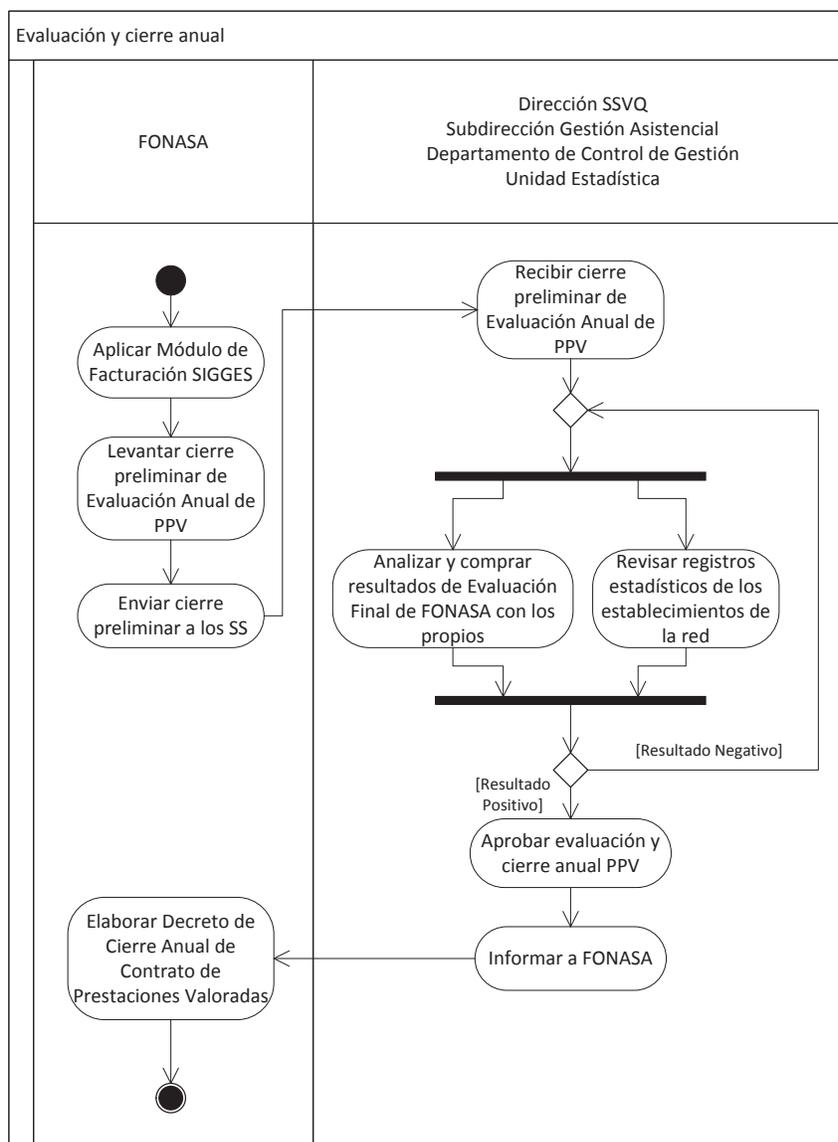
Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

¹⁸ Ver Anexo 1 para acceder a las planillas de descripción de cada actividad asociada al proceso de Evaluación Trimestral y Reprogramación.

7.5.8 Evaluación y Cierre Anual

El cierre del Acuerdo de Gestión Anual se formaliza con un oficio ordinario del Director de FONASA, comunicando al S.S. y a la SUBRED del MINSAL sobre el cumplimiento y/o incumplimiento del acuerdo y los descuentos si se ha incumplido o de la entrega de recursos adicionales si la producción ha excedido lo programado (Ver Figura N° 7.9).

Figura N° 7.9 – DAct Evaluación y Cierre Anual¹⁹

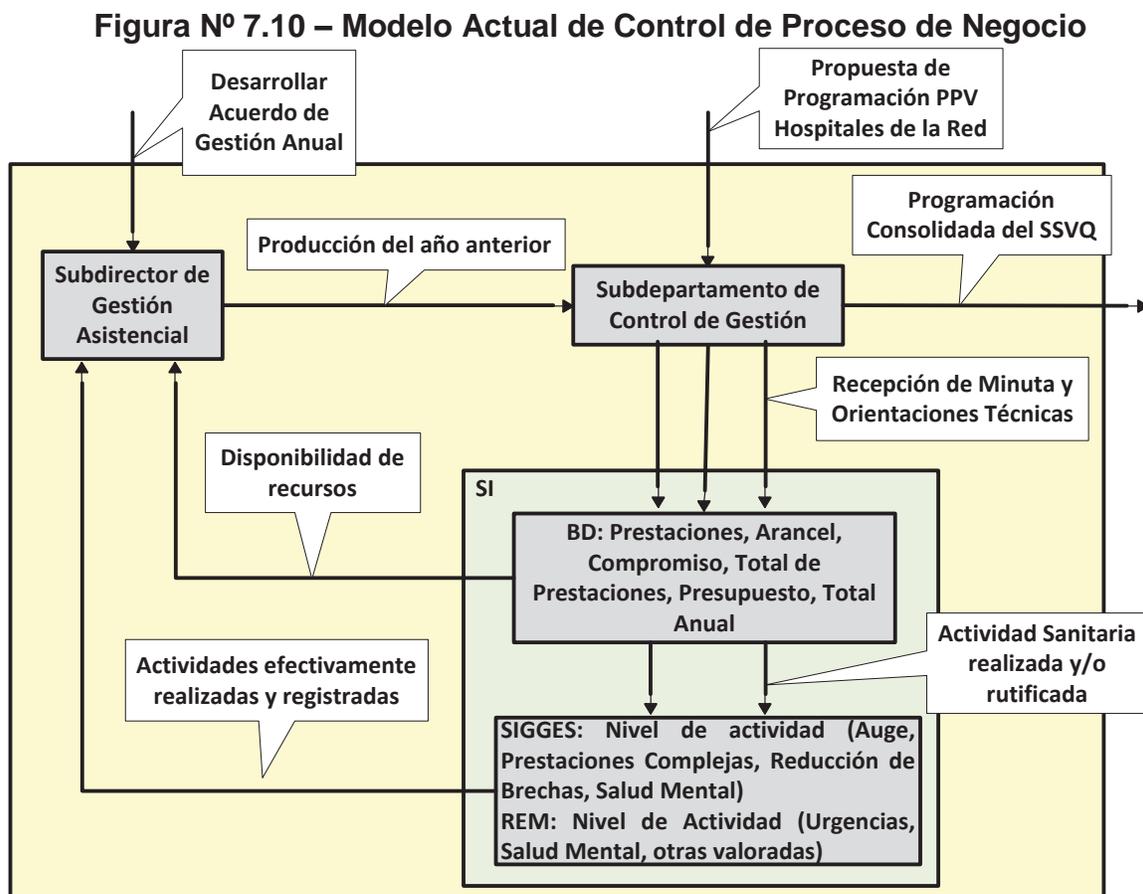


Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

¹⁹ Ver Anexo 1 para acceder a las planillas de descripción de cada actividad asociada al proceso de Evaluación y Cierre Anual.

7.6 Modelo Actual de Control de Proceso de Negocio

El modelo actual de control de proceso de negocio del Acuerdo de Gestión Anual se refiere al esquematizado en la Figura N° 7.10.



Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

Los elementos del Proceso de Control aplicado al caso del Acuerdo de Gestión Anual referente a las PPV se describen a continuación.

Objetivo:

Construir y desarrollar el Acuerdo de Gestión Anual sobre el Programa de Prestaciones Valoradas entre el Fondo Nacional de Salud y Subsecretaría de Redes Asistenciales con el Servicio de Salud de Salud Viña del Mar – Quillota.

Conducción:

La tarea de gestión es desarrollada por el Jefe de Control de Gestión, dependiente de la Subdirección de Gestión Asistencial.

Activación/ Ajuste:

Por instrucciones emanadas desde la Dirección del SSVQ sobre la Producción de Prestaciones Valoradas del año anterior más un diferencial estimado por variables

diversas, para estimar futura producción.

Transformación:

Proceso Operacional de sobre Acuerdo de Gestión Anual sobre el Programa de Prestaciones Valoradas.

Entrada(s):

Propuestas de Programación de Prestaciones Valoradas enviadas por los Hospitales de la Red.

Salida(s):

Acuerdo de Gestión Anual que contiene la Programación Consolidada del SSVQ correspondiente a los 11 establecimientos de la Red.

Eventos:

Recepción de Minuta, Orientaciones Técnicas y Lineamientos para Programación PPV.

Base de Datos:

- Nombre de Prestaciones
- Arancel Anual de cada Prestación
- Compromiso Mensual de Actividades a realizar
- Cantidad Total por tipo de Prestación
- Presupuesto Anual expresado en pesos por tipo de Prestación
- Total: Presupuesto Anual por Servicio

Datos:

Actividad sanitaria realizada y/o rutificada.

Sistema Generador de Información:

- SIGGES (Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud): Nivel de actividad desarrollada por en el período por tipo de prestaciones: Auge, Prestaciones Complejas, Reducción de Brechas y Salud Mental.
- REM (Registro Estadístico Mensual): Nivel de actividad desarrollada por el período de tipo de prestaciones: Urgencias, Salud Mental y otras valoradas.

Datos para el Conductor:

Disponibilidad de recursos para asignar según necesidad.

Información para el Conductor:

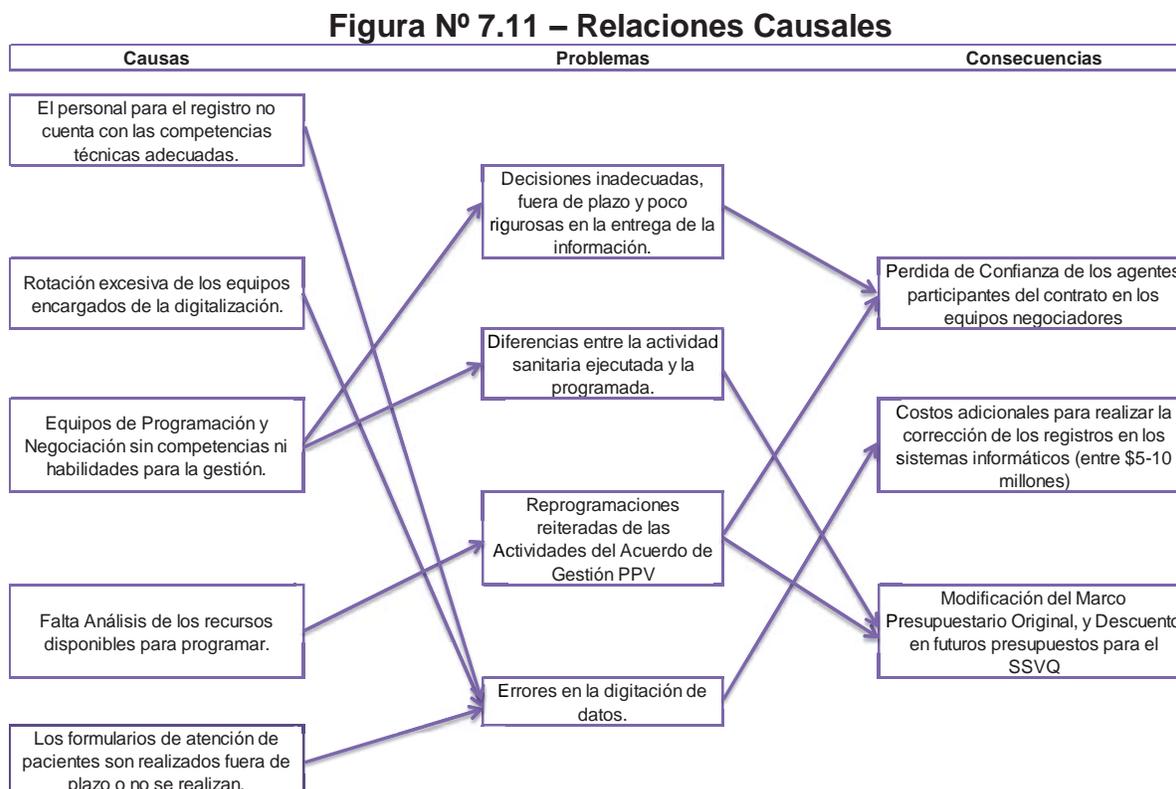
Actividades efectivamente realizadas y registradas.

7.7 Fase Análisis de la Situación Actual

La fase de análisis de la situación actual del proceso de negocio se realiza desde la perspectiva del Modelo de Relaciones Causales y de Brechas de Rendimiento y Capacidad.

7.7.1 Análisis de Relaciones Causales

En la Figura N° 7.11 se representa el análisis del Modelo de Relaciones Causales de acuerdo a la situación actual del proceso de negocio en estudio.



Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

Las causas que originan los problemas señalados en el Modelo de Relaciones Causales son los siguientes:

- **El personal para el registro no cuenta con las competencias técnicas adecuadas**

El subproceso de Registro de Prestaciones Efectuadas está en manos de empresas externas, cuya única labor es digitar registros. Sin embargo, la función de registro requiere de un conocimiento mínimo de conceptos sanitarios, códigos, asociación de patologías, especialidades y subespecialidades médicas, carteras de servicios e infraestructura de los establecimientos de la red asistencial, entre otras materias.

La responsabilidad de la empresa externa es “cubrir” un puesto de trabajo para cumplir un determinado contrato, sin considerar si el resultado del producto entregado es lo que los establecimientos necesitan, y, al igual que en el caso de los funcionarios propios, el aprendizaje se va dando conforme se va desarrollando el

contrato, y no es poco habitual que cuando los agentes han adquirido las destrezas necesarias el contrato se termina. Dado lo anterior, se produce una rotación excesiva de los equipos encargados de la digitalización.

Respecto de los funcionarios propios de cada establecimiento, se observa que la labor de la digitación queda generalmente en “aprendices” sin facultades ni responsabilidades claramente definidas, a las que se debe formar y capacitar. Esta labor se traduce en la puerta de entrada de personal sin instrucción, que al cabo de un tiempo cuando ya han adquirido esas competencias son transferidos a otras áreas dentro de los mismos establecimientos o bien se trasladan a otras organizaciones con mejoras remuneracionales.

- **Equipos de Programación y Negociación sin competencias ni habilidades para la gestión**

La diferencia que existe entre las distintas jerarquías de establecimientos que los clasifica en Alta o Mayor Complejidad, Mediana Complejidad y Baja o Menor Complejidad también se proyecta en sus equipos directivos. En los establecimientos de Mayor Complejidad, la Programación y Negociación es desarrollada por un equipo multidisciplinario encabezado por el Director del Establecimiento y por profesionales del área de la salud, con experiencia y conocimientos de programación estratégica y el uso adecuado de tecnologías de la información. En cambio, en los hospitales de mediana o baja complejidad, es el director quien desarrolla tanto la programación como la negociación, incluso en los hospitales de menor complejidad se produce una alta rotación de los directores, los que llegan con escasos conocimientos de programación y negociación.

- **Falta Análisis de los recursos disponibles para programar**

Los equipos de programación y negociación de los establecimientos de la red deben basar su programación considerando su cartera de servicios, es decir, las prestaciones clínicas que la autoridad del servicio de salud haya determinado que se realicen en cada establecimiento. También, se debe considerar la dotación de técnicos y profesionales, médicos y no médicos, de que dispone cada establecimiento, quienes deberán ejecutar la programación de Prestaciones Valoradas. Por último, es necesario además, considerar las posibles ampliaciones o restricciones de espacios, como por ejemplo pabellones, salas de procedimiento o simplemente salas de post-operatorio.

Las atenciones de salud se desarrollan en una “cadena de producción”, que va desde el diagnóstico médico, pasando por los exámenes y procedimientos, el tratamiento que puedes ser médico y/o quirúrgico y en ocasiones la rehabilitación, razón por la cual es necesario considerar toda esta cadena cuando se está programando.

El error habitual de los equipos de programación es considerar la producción del período anterior y aumentar porcentualmente a ese nivel de producción, sin preguntarse si la producción del período anterior se hizo considerando todas las capacidades del establecimiento.

- **Los formularios de atención de pacientes son realizados fuera de plazo o no se realizan**

Uno de los elementos clave en el proceso de registro es el Informe de Proceso Diagnóstico (IPD). Este documento contiene la información del paciente, el diagnóstico médico que permita confirmar o descartar la patología en sospecha, y el consiguiente tratamiento a seguir.

La responsabilidad de la confección de dicho informe recae en el profesional médico, y lo observado es que en ocasiones este documento no se hace, o bien se hace fuera de los plazos establecidos para el caso (48 horas después de entregada la prestación). En otras ocasiones, la naturaleza de las patologías posterga la emisión de ese documento, como es el caso de las patologías asociadas a las unidades de Urgencia, en donde el riesgo vital de los pacientes posterga cualquier otra actividad administrativa.

Por otro lado, en el Modelo de Relaciones Causales también se incluyen los problemas y consecuencias que se describen a continuación:

- **Decisiones inadecuadas, fuera de plazo y poco rigurosas en la entrega de la información**

La falta de experiencia de los equipos de programación y negociación lleva a tomar decisiones incorrectas y, en ocasiones, fuera de plazo. Dado lo anterior, no se le atribuye al proceso de la elaboración del Acuerdo de Gestión la importancia y trascendencia que tiene creyendo que siempre habrá una “mano invisible”, el Estado representado por el FONASA, que resolverá las imperfecciones de la inadecuada programación. La trascendencia de este problema es, precisamente, la pérdida de confianza de los agentes que participan de la elaboración del Acuerdo de Gestión anual y la obtención de acuerdos y compromisos futuros.

- **Diferencias entre la actividad sanitaria ejecutada y la programada**

De la misma manera que la falta de experiencia gatilla en pérdidas de confianza, esa misma inexperiencia genera diferencias entre lo efectivamente realizado versus lo debidamente registrado. Esto último es determinante para la transferencia de recursos y base fundamental para ajustar los marcos presupuestarios, por lo tanto, una baja actividad registrada se puede transformar en ajustes presupuestarios a la baja.

- **Reprogramaciones reiteradas de las Actividades del Acuerdo de Gestión PPV**

El nulo o débil análisis de los recursos disponibles para programar llevará necesariamente a reformular la programación indefinidamente, que redundará nuevamente en modificaciones del marco presupuestario vigente y en presupuestos futuros a la baja si no se respalda de manera suficiente las reiteradas modificaciones o reprogramaciones al Acuerdo de Gestión. Lo anterior, también deteriorará la confianza de los agentes de elaboración de este acuerdo en los equipos locales.

- **Errores en la digitación de datos**

La falta de competencias técnicas de los equipos de registro de la información, sumado a la alta rotación de los mismos y la inoportuna entrega de los formularios para la digitación, son la fuente de uno de los problemas más evidentes y determinantes del proceso de Acuerdo de Gestión Anual: error en la digitación. Este problema se traduce en la revisión de los registros, el cruce de nóminas infinitas para “cuadrar” la información propia de cada establecimiento con la arrojada por el sistema SIGGES, el descubrimiento de registros paralelos, entre otras fuentes de error en los registros. En períodos pasados, el trabajo de revisión de los registros a tardado meses, agravando la falta de credibilidad del SSVQ como agente del proceso de Acuerdo de Gestión.

Lo más relevante del análisis de las causas, problemas y consecuencias es que nadie resulta responsable de los errores cometidos, y si hay un error evidente, con responsable evidente, el mismo no pasa de ser un error que los sistemas deberán corregir.

De las distintas consecuencias obtenidas en el modelo de Causas – Problemas – Consecuencias (CPC), se centrará el análisis referida a la Modificación del Marco Presupuestario Original y al Descuento en futuros presupuestos para el SSVQ. De acuerdo a datos generados por el propio SSVQ, el ejercicio de liquidación del Acuerdo de Gestión del Programa PPV del año 2007 realizada por FONASA a través del Módulo de Facturación del sistema SIGGES durante el primer semestre de 2008, representó un saldo negativo de aproximadamente M\$ 3.300.000 que respecto del marco presupuestario equivale a un 14,27%. Al año siguiente, este mismo ejercicio generó un resultado de aproximadamente M\$ 1.100.000, equivalente a un 4,49%, y finalmente, durante el año 2010 se entregó el resultado de la Liquidación o Cierre del Programa PPV 2009, arrojando un resultado negativo de M\$ 1.910.000, equivalente a 6,14%.

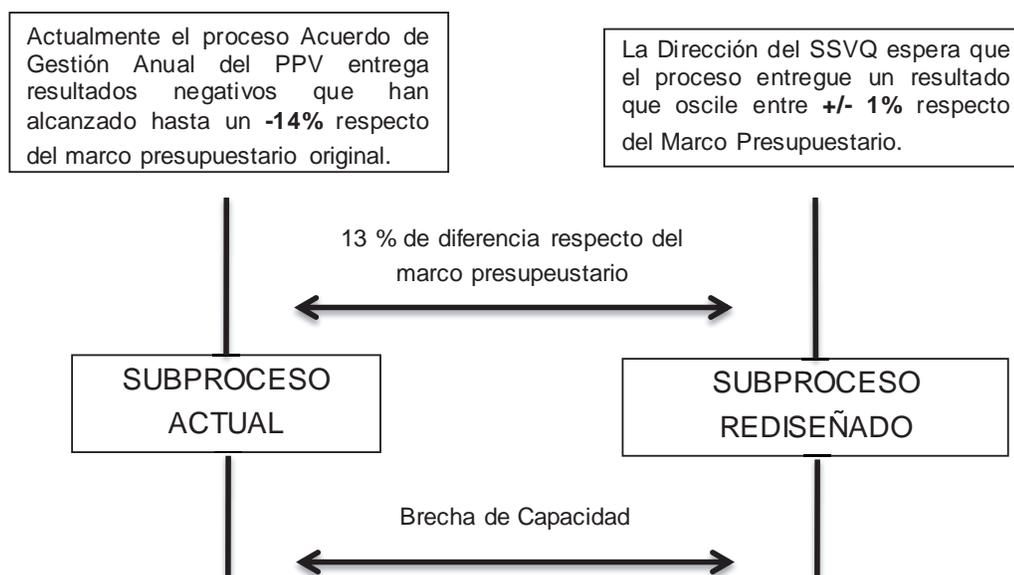
Si bien no existe una medida de rendimiento o desviación establecida de manera oficial, y teniendo presente que parte del rediseño del proceso actual deberá poner énfasis en la rigurosidad de los registros, en el empoderamiento de los directores de los hospitales para tomar decisiones respecto a modificaciones o reasignaciones de los recursos entregados, se estima que lo razonable es aceptar

una desviación de hasta un $\pm 1\%$ respecto del marco presupuestario aprobado para el Acuerdo de Gestión.

7.7.2 Análisis de Brechas de Rendimiento y Capacidad

El análisis de Brechas de Rendimiento y Capacidad desarrollado para el proceso de negocio en estudio se esquematiza en la Figura N° 7.12.

Figura N° 7.12 – Brechas de Rendimiento y Capacidad



Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

Análisis: El estudio de los resultados de los procesos anteriores indica que la ejecución y evaluación del Acuerdo de Gestión Anual del Programa de Prestaciones Valoradas, ha arrojado resultados negativos desde el punto de vista de los recursos ejecutados, dada la falta de competencia y habilidades para la gestión de los Equipos de Programación y Negociación, y a la falta y escasa rigurosidad en los registros históricos, actividad ejecutada y a la inexistencia de una política de trabajo unificada para todos los establecimientos de la red.

Rediseño: Reforzar las competencias y habilidades de gestión de los equipos directivos de cada establecimiento hospitalario de la Red Asistencial del SSVQ, y mejorar el registro y control de gestión de la producción hospitalaria.

El rediseño entonces, pone énfasis en el empoderamiento de los directores de los hospitales para tomar decisiones respecto a modificaciones o reasignaciones de los recursos entregados. Se modifican diagramas de actividades, si es necesario, y se desarrollará un mayor acompañamiento o *couching* desde la dirección del SSVQ hacia los equipos locales.

Además, se establece un seguimiento mensual de la gestión de los equipos directivos locales, se incorpora un sistema de workflow al subproceso, se fijan plazos máximos para la recepción de información de la producción ejecutada

8. GUIAS PROPUESTAS PARA EL REDISEÑO

8.1. Directrices de Innovación

8.1.1. Estrategia Organizacional

El proceso denominado Acuerdo de Gestión Anual es un proceso medular de la función de los Servicios de Salud, conjuntamente con FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en la entrega de servicios y prestaciones de salud a la población asignada a cada servicio de salud. Además, se trata de un proceso especializado, muy técnico y propio de los servicios de salud y sus equipos de gestión.

Dentro del mismo proceso, conducente a la elaboración del Acuerdo de Gestión Anual, se pueden identificar distintos subprocesos que en su conjunto dan forma y conforman este acuerdo, que van desde la planificación de las prestaciones en salud que cada servicio de salud y su red de establecimientos hospitalarios hasta la evaluación del cumplimiento de los compromisos de producción contenidos en el Acuerdo de Gestión Anual.

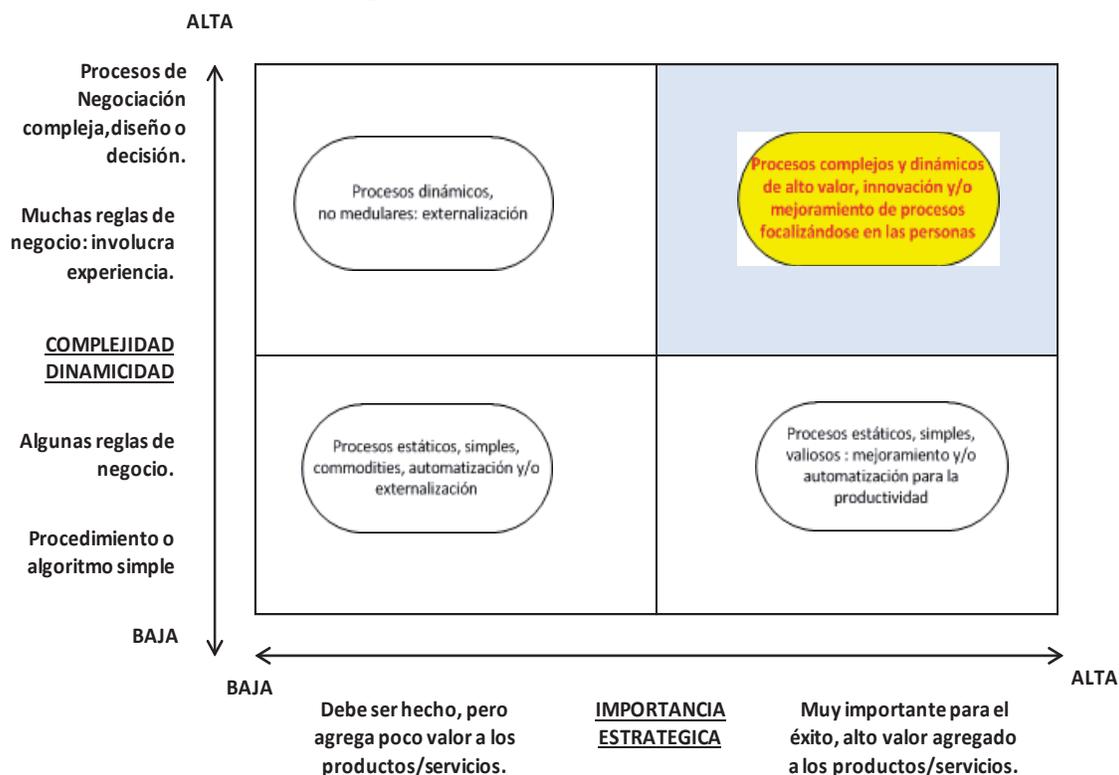
El proceso de Acuerdo de Gestión Anual entrega un importante valor agregado a la función de los servicios de salud, y se constituye como un proceso completamente relevante para el cumplimiento de los objetivos de los Servicios de Salud y sus establecimientos hospitalarios, y, a partir de allí, adquiere una alta importancia estratégica. Tanto es así, que a partir de este instrumento se establecen una serie de indicadores de gestión comprometidos entre los servicios de salud y la Subsecretaría de Gestión Asistencial dependiente del MINSAL, tales como Compromisos de Gestión, Metas Sanitarias Ley N° 19.664, Ley N° 18.834 y Ley N° 19.813; y Glosa 04, todos ellos instrumentos propios de la gestión asistencial de los servicios de salud.

A partir de lo anterior, es relevante hacerse cargo de la adaptación de los procesos actuales o rediseño de los mismos, dada la importancia y relevancia en la gestión que ha adquirido el Acuerdo de Gestión Anual en tanto instrumento de gestión.

Por otra parte, se puede observar que el proceso de planificación y negociación es un proceso de alto nivel de complejidad en lo referido a las actividades que deben desarrollarse, y un alto nivel de dinamicidad, siendo las tareas en su mayor parte, propias de un proceso de negociación y toma de decisiones sobre la base de la experiencia y la participación de equipos de gestión multidisciplinarios donde destacan profesionales de la salud de orden médico y no médico tales como ingenieros, estadísticos, técnicos informáticos, entre otros.

Lo anterior se puede representar en la siguiente matriz:

Figura Nº 7 – 13: Diagrama de Complejidad – Dinamicidad versus Importancia Estratégica para determinar las directrices del rediseño.



Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2011.

En consecuencia, a partir del diagrama, se concluye que el rediseño debe estar orientado a un proceso de innovación y/o mejoramiento focalizándose en las personas y en su desempeño, sus capacidades técnicas, profesionales y a su empoderamiento y de adaptación de nuevos procesos.

A partir de lo anterior, los habilitadores para el cambio y los patrones a plantear más adelante en este trabajo, deben ser coherentes con estos objetivos estratégicos, y en definitiva son representados en la matriz precedente.

No obstante, y considerando la estrategia organizacional, los objetivos del proceso y en concordancia con el “negocio” específico de los Servicios de Salud, la estrategia que más se relaciona corresponde a una estrategia de focalización, en particular en el recurso humano, considerando lo específico del proceso objeto de análisis.

EL cliente que se beneficia de las buenas decisiones que se contienen en el Acuerdo de Gestión Anual valora el buen uso de los recursos, siempre escasos, para el otorgamiento de mejores prestaciones de salud. A partir del análisis anterior, y considerando que se está frente a un negocio sin competidores, con una orientación específica, y sumando además su condición de proceso medular, se plantea que la **estrategia de focalización** es la más adecuada para el proceso.

Finalmente, las TI relacionadas con la gestión del conocimiento, como las bases de datos, intranet y otros son necesarias para el rediseño del proceso actual.

8.1.1. a Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)²⁰

Sin embargo, desde el MINSAL se ha venido desarrollando el, Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA), proyecto liderado la oficina Central de Proyectos (OCP) del MINSAL.

El Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA) es el resultado actual de grandes esfuerzos de múltiples actores del sector Salud y de la larga evolución de sistemas de información impulsados por los Servicios de Salud y por el propio Ministerio.

La implementación de la tecnología digital (TD) requiere introducir cambios fundamentales en los modelos de gestión y en las prácticas de trabajo de las personas. Ello habitualmente genera resistencias, que pueden ser superadas cuando las autoridades o directivos juegan un rol de liderazgo en el proceso. Las autoridades del sector son los principales animadores de los procesos de cambio e incorporación de la TD, sobre todo cuando de ella se esperan cambios profundos en la manera de hacer las cosas.

La tecnología por sí sola no es transformadora; la captura de valor, la magia, ocurre cuando las personas son capaces de modificar la forma en que trabajan y utilizan la tecnología de manera creativa.

La estrategia definida por el Ministerio de Salud para la implementación de la tecnología digital en todo el sector fue empezar por asegurar lo que se llamó iniciativas habilitantes, o sea, la base sobre cual construir todos los sistemas: una red de comunicaciones eficiente y equipos computacionales confiables.

El proyecto Red de Comunicaciones del Sector Salud Público materializó una aspiración tendiente a dotar al sector de una plataforma base de comunicaciones de voz, datos e imágenes sobre la cual implementar sucesivas capas tecnológicas que contribuyan al proceso de modernización y mejora de la gestión, necesarios para proporcionar una mejor salud y calidad de vida a la población beneficiaria. La Red de Salud, por muchas personas conocida, como la Ruta 5 Digital de Salud (Ruta 5D de Salud), es una red privada virtual que integra a los establecimientos asistenciales hasta los consultorios de atención primaria municipalizados, al interior de la cual prácticamente, todos los usuarios pueden comunicarse vía anexos, sin costo adicional, utilizando tecnología VoIP.

El proyecto de Renovación del Parque Computacional consiste en dotar al sector salud de nuevos equipos computacionales, para garantizar la posibilidad de contar con equipos de última tecnología, con software actualizado, y con soporte necesario para sus funciones y requerimientos. Hasta el momento se han adjudicado dos licitaciones, por un total de 15.000 equipos, para los servicios de salud y sus

²⁰ http://web.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_varios/sidra.html

establecimientos dependientes, y para las Secretarías Regionales Ministeriales y el MINSAL.

La iniciativa se sustenta en una modalidad de arriendo de equipos, licenciamiento y soporte técnico, incluida mesa de ayuda y respuesta en tiempo breve. Se estimaba alcanzar hacia el año 2010, unos 20.000 equipos, que permitan cerrar las brechas de equipamiento.

8.1.1. b Líneas directrices para los Sistemas de Información de la Red Asistencial

Sobre la base de los proyectos habilitantes, considerando la realidad de los Servicios de Salud que son autónomos en sus decisiones operativas, la estrategia definida por el Ministerio para estandarizar la información y automatizar los procesos de producción de información fue de definir los principios y reglas de coordinación entre establecimientos y dar soporte al cambio organizacional de procesos y cultura sectorial.

El proyecto SIDRA, abreviatura de “Sistema de Información De la Red Asistencial”, se creó para la implementación de módulos que permitan fortalecer el trabajo de la red asistencial, dar soporte a la gestión operacional en cada nivel enfocado en mejorar la atención integral de los usuarios del sistema público de salud.

Los objetivos específicos del SIDRA pueden ser definidos de la siguiente manera:

- Agilizar el proceso de atención del usuario en su tránsito por la red asistencial.
- Modernizar los procesos de registro clínico.
- Contar con una fuente única, estandarizada e integrada de información.
- Disponer de información actualizada, segura y confiable.
- Disminuir la duplicidad del proceso de registro.
- Asegurar la interoperabilidad de los distintos sistemas de información del sector.
- Implementar los principios de gestión del cambio para mejorar eficientemente los sistemas

En la práctica, SIDRA inició su implementación con módulos administrativos: Agendamiento, Archivo e Interconsultas.

Este último módulo registra las Solicitudes de Interconsulta (SIC) de un establecimiento y las envía a su establecimiento de referencia de acuerdo a las reglas definidas en un “MAPA de DERIVACION”.

Hasta hoy; en la operación de los sistemas, se ha debido discriminar el registro en APS (Atención Primaria de Salud) para no obligarlos a digitar doble. Así entonces las prestaciones de patologías GES (AUGE) se digitan en SIGGES y las no GES en SIDRA.

Actualmente, se está avanzando en el desarrollo de módulos clínicos, y se han evidenciado al menos dos problemas a enfrentar: Se deben digitar todas las SIC's en SIDRA para que lleguen al box médico, pero SIDRA NO hace seguimiento de GES, sólo indica que el caso es GES, pero NO hace un monitoreo de las garantías. Pero el problema de fondo es que NO hay integración SIGGES SIDRA.

Este último problema se traduce en adelante, en el principal desafío de los equipos de salud: integrar los sistemas de registro y seguimiento en una sola herramienta de gestión.

8.2. Patrones de Rediseño

8.2.1. Patrones Básicos

Considerando el diagnóstico realizado y el análisis de las directrices de innovación, se concluyen 3 aspectos:

- i. Que se trata de un proceso complejo y dinámico de alto valor para la organización, siendo de innovación y/o mejoramiento las líneas centrales del rediseño del proceso, **focalizándose en las personas**;
- ii. Que se trata de un proceso de diferentes instancias de planificación, negociación, ejecución, control y evaluación y toma de decisiones sobre la base de la experticia y la participación de diferentes perfiles profesionales; y
- iii. Que el énfasis del rediseño debe estar puesto en los procesos para la generación de productos y servicios de alto valor.

Se concluye, que el rediseño se enfoca en el Patrón Básico de Análisis de Valor Agregado, en términos del valor que se quiere entregar al cliente específico.

Se visualiza el proceso, subproceso o actividad desde la perspectiva del cliente (interno), procurando que las actividades del proceso cumplan, como mínimo, tres requisitos esenciales, estos son:

- i. Que el cliente esté dispuesto a utilizar el servicio que se origina como resultado del proceso;
- ii. Transformar en alguna medida el servicio actual prestado; y
- iii. Que la actividad sea realizada correctamente en el primer intento, también como una muestra evidente de un proceso de calidad.

Desde la conceptualidad, se dice que un proceso o actividad no agrega valor si:

- i. Incluye alguna preparación o setup; o
- ii. Es una actividad de control/inspección; o
- iii. Sólo implica movimiento de productos de un lugar a otro; o
- iv. Es el resultado de una falla interna/externa o de una espera.

La experiencia reconoce que un "proceso tipo" no diseñado tiene en promedio un

20% de actividades que agregan valor. En tanto que, respecto de las actividades del 80% restante que no agregan valor, se pueden clasificar en habilitadores de valor (la mayor parte de ellas) y las verdaderamente sin valor.

Para completar el análisis se debe, primero, identificar las actividades que satisfagan los 3 criterios de valor. Luego, de las actividades restantes, se identifican aquellas que necesariamente deben realizarse (habilitadores de valor) para poder realizar una actividad de valor agregado. Finalmente, se efectúa análisis para modificar o eliminar algunas de las actividades restantes (actividades sin valor) preguntando ¿cuánto y cuándo se debe controlar/inspeccionar?; ¿se pueden evitar o al menos realizar las preparaciones en paralelo con otras actividades?; ¿se puede minimizar el el apoyo puede mejorar el manejo de excepciones?

Es importante, señalar, además, que la adecuada aplicación de este patrón también implica considerar el diagnóstico de la situación actual del proceso de estudio, sobre la base del adecuado uso de la metodología actual del proceso del Acuerdo de Gestión Anual, esto es, analizar si las actividades de valor no son realizadas en el proceso actual para su incorporación.

Finalmente, también es importante indicar que no obstante ser el patrón de valor agregado el elemento básico central, ello no significa que se aprecien en el proceso en análisis rasgos que pueden permitir incorporar patrones básicos de simplificación y brechas, según corresponda. No obstante, no se convertirán en la fuente de orientación básica del rediseño.

La mayoría de los subprocesos incluidos en el **Acuerdo de Gestión Anual** no son apoyados por sistemas de información, o lo son de forma parcial y sólo como aporte de datos. Lo anterior, se fundamenta aún más en el hecho de que el proceso de negociación y planificación de la producción hospitalaria se desarrolla en planillas Excel, que viajan por el correo electrónico desde los servicios de salud a Fonasa y viceversa, y desde este último a la Subsecretaria de Redes Asistenciales del MINSAL. Las consecuencias observadas en el trabajo práctico operativo han evidenciado graves “errores de cálculo”, por la falta de habilidades computacionales en el manejo de planilla Excel. También, las actividades de control y gestión de la información son efectuadas de manera manual.

En adelante, se hace imprescindible para el nuevo proceso contar con una herramienta de desarrollo de software, que permita ingresar y organizar los datos relevantes del proceso incluyendo, además, la posibilidad de realizar un seguimiento y control de gestión de las operaciones desarrolladas por los establecimientos hospitalarios. Por lo tanto, el nuevo proceso consistirá además, esencialmente, en el mejoramiento de los procesos por medio del desarrollo de una aplicación de TI a través de un sistema de información orientado al desarrollo de software.

La aplicación de este patrón especializado permite introducir cambios a las actividades con un componente de software y TI al proceso, generando un importante impacto en la productividad y eficiencia. Cabe recordar que la jurisdicción

del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota se extiende hasta las ciudades de Cabildo y Petorca a una distancia de a lo menos 200 km que obliga a los directivos hospitalarios de esas ciudades a largas horas de desplazamiento. Lo anterior, implica que esos directivos deban ausentarse por jornadas completas para poder asistir a una reunión de trabajo en las ciudades de Viña del Mar o Valparaíso, produciendo mermas en su productividad y retraso en las tareas propias de la dirección de un hospital público. Con todo lo anterior, se espera mejorar la oportunidad, exactitud y precisión de la información principalmente del monitoreo y control de gestión.

8.3. Habilitadores para el cambio

8.3.1. Habilitadores TIC

En el actual proceso se ha identificado el gran potencial y bondades que en la actualidad tiene la TI como elementos habilitadores, ya que se considera un proceso prácticamente manual, dando entonces a las TI una condición de habilitador poderoso y con gran potencial de introducir cambios significativos.

Para la determinación de habilitadores de TI se utiliza como marco teórico las oportunidades de innovación según Davenport²¹. Los elementos habilitadores TI, o bien, las características o tipos de TI más aplicables directamente al proceso, de acuerdo al diagnóstico y directrices de innovación, son del tipo:

- TI de tipo informacional: que se relacionan con la captura de información sobre procesos operativos que permiten apoyar los procesos de toma de decisiones y de gestión y control, tales como sistemas de información, característica deficitaria principal del proceso actual;

Se deduce a partir de lo anterior, la aplicación de TI en el ámbito de bases de datos, orientados a la captura de datos y disposición de información para la toma de decisiones a través de sistemas de información y herramientas de business intelligence que permitan entregar la información en la forma y oportunidad requeridas, todo ello apoyado por herramientas de internet, intranet y redes que facilitan la comunicación de los distintos perfiles participantes a lo largo del país.

8.3.2. Habilitadores no TIC

Sin lugar a dudas, el habilitador no TI más relevante a considerar es el de **recursos humanos**, esto es, incorporar adecuadamente los conocimientos, habilidades y experiencias del equipo de trabajo en el proceso de Acuerdo de Gestión Anual. Lo anterior implica y exige confeccionar formalmente el rol que deben cumplir dentro de la organización los distintos perfiles que actúan en el proceso, definir claramente sus responsabilidades y medir su desempeño en función de éstas.

²¹ Davenport, Thomas (1993) - "Process Innovation", Harvard Business School Press, USA, 1993.

Asimismo, y sobre la base de metodología de gestión de riesgos, es importante profundizar un aspecto relevante para el mejoramiento y que se refiere a la documentación permanente de todo el proceso, los análisis y la toma de decisiones realizadas.

8.4. Método de Transición

Con respecto al proceso de transición al modelo rediseñado, es importante considerar que el proceso de Acuerdo de Gestión se planifica, desarrolla y evalúa anualmente. El proceso se desarrolla durante el último trimestre del año anterior al año de ejecución, a partir de allí se propone hacer una transición directa, esto es introducir las modificaciones en el proceso antiguo en **forma inmediata**.

Esto se fundamenta porque aunque parezca riesgosa la estrategia de transición, es mitigado porque existen los plazos y tiempos adecuados para su preparación. Todo lo anterior será reforzado por constantes y reiteradas reuniones informativas y capacitaciones del nuevo sistema. El proceso se desarrollará como en la actualidad mientras se efectúan todos los cambios sugeridos por el rediseño, permitiendo que al año siguiente estén implementadas en un cien por ciento las modificaciones sugeridas.

Será relevante en el proceso de transición el trabajo del departamento Recursos Humanos en la capacitación y reforzamiento de las habilidades en TI para los niveles operativos, como asimismo en el manejo de herramientas de gestión y negociación para los equipos directivos. En este orden, es recomendable incorporar en el Programa Anual de Capacitación (PAC) de la Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y en los PAC`s de los establecimientos hospitalarios, cursos o talleres orientados a reforzar esas áreas de trabajo.

9 PROCESO REDISEÑADO (MODELO FUTURO)

9.1. Contexto General

El proceso que conduce a la generación del Acuerdo de Gestión Anual continúa siendo un motor medular, crítico y central de la función de la Red Nacional de Servicios de Salud, y en particular, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y su red de establecimientos hospitalarios.

Con el rediseño, en términos generales, el proceso de Acuerdo de Gestión Anual no varía desde el punto de vista de los procesos generales, aunque sí se modifican algunos procesos menores que en su conjunto lo conforman, específicamente en los subprocesos de Registro y Monitoreo y Control de Gestión como así mismo en el subproceso de planificación de cada unidad de negocio, los hospitales de la Red.

En consecuencia, el modelo de negociación y programación utilizado actualmente por la dirección del SSVQ para lograr el Acuerdo de Gestión Anual no presenta modificaciones y se mantiene como lógica del negocio la correcta asignación de los recursos financieros en las unidades de negocio que los ejecutaran correctamente.

9.2. Diagrama DAct Rediseñado

Hay dos subprocesos que serán rediseñados. El de la Programación de la Producción Valorada Anual y el de Ejecución y Registro. Ambos subprocesos están radicados en los hospitales de la red, que es donde se han observado las principales brechas de gestión.

En el primero de ellos se evidencian dificultades en los equipos de programación y negociación, sin competencias ni habilidades para la gestión y falta Análisis de los recursos disponibles para programar. Lo primero se puede llegar a resolver intensificando la capacitación en herramientas de gestión y negociación como así mismo en el fortalecimiento de TI.

Puede parecer un cambio muy simple, pero el solo hecho de incorporar como parte de la Programación del Acuerdo de Gestión Anual la presentación por parte de los establecimientos de un “Acta de Revisión de Antecedentes Relevantes de cada establecimiento”, representa una acción de **máxima agregación de valor** para el éxito del proceso.

La revisión de antecedentes relevantes es una tarea que todos los directores de establecimientos hospitalarios de la red asistencial del SSVQ dicen realizar, pero respecto de la cual no queda registro. En efecto, lo que se aspira en obtener con esta medida es entregar al proceso global del Acuerdo de Gestión Anual elementos de control de gestión, que permitan, en primer lugar, deslindar responsabilidades en los equipos de gestión locales, y luego, mejorar la programación sobre la base de datos

que cuenten con respaldo y evidencia.

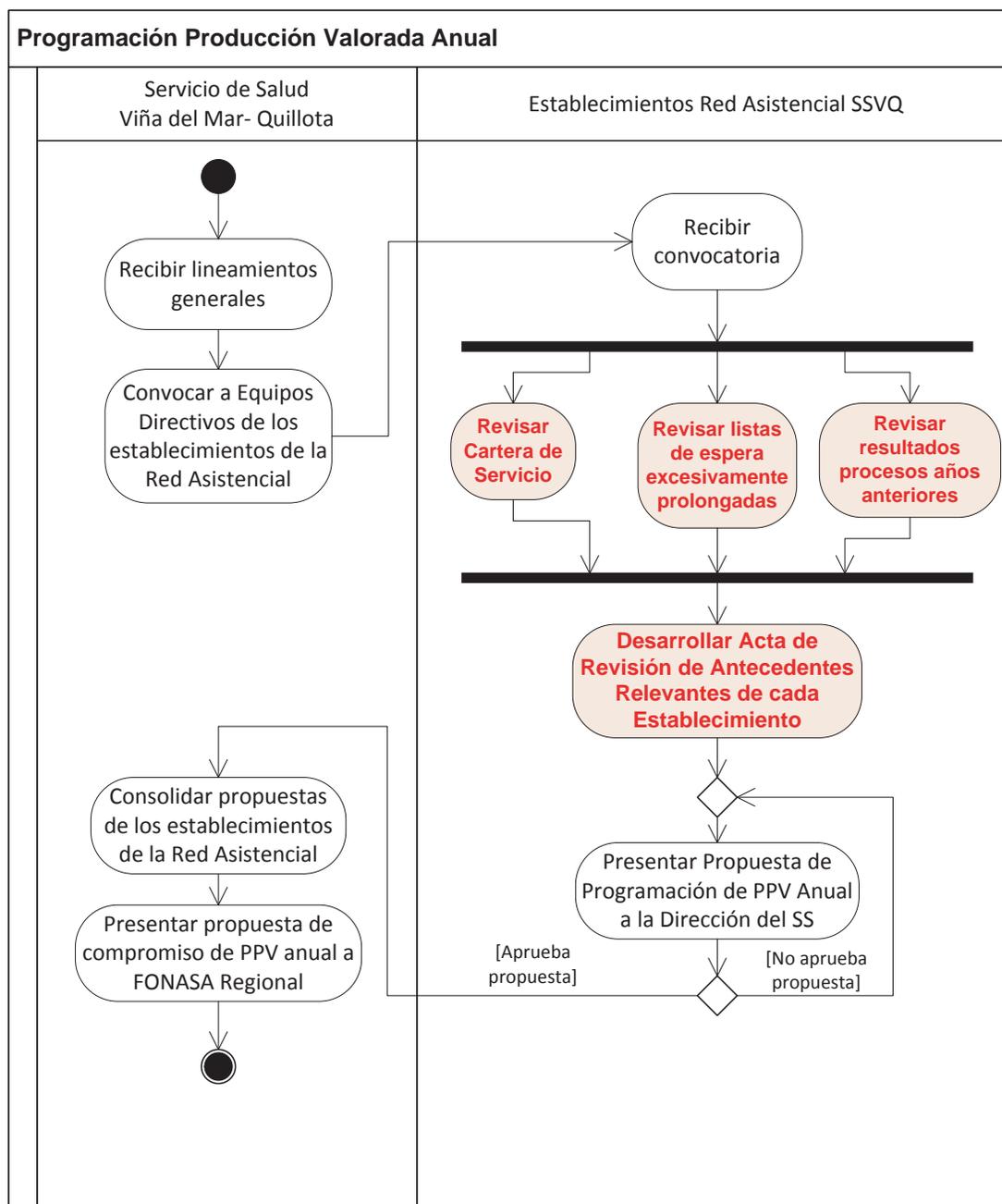
El primero de los antecedentes relevantes es la revisión de la cartera de servicios propia de cada establecimiento, es decir, sobre que prestaciones está formalmente validado para actuar. Así, por ejemplo, el Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde, con ubicación en la ciudad de Limache y dependiente del SSVQ, es un hospital para la atención de adultos mayores y rehabilitación, y no posee pabellones quirúrgicos, razón por la cual resulta inoficioso que programe actividades quirúrgicas u otras relacionadas con partos o vinculadas a pediatría. Por su parte, la revisión de las Listas de Espera Excesivamente Prolongadas (LEEP), es también un ejercicio que habitualmente "se hace", pero del cual tampoco queda evidencia.

Los establecimientos de menor complejidad que derivan pacientes a establecimientos de mayor complejidad sienten que con esa actividad han resuelto el problema, de tal manera que dejan de considerar al paciente derivado como propio y no consideran a la hora de programar el hecho de que ese paciente volverá más tarde a rehabilitación o a dar continuidad a algún programa de atención de pacientes crónicos, por ejemplo: diabetes, HTA, etc.

Por último, la falta de seguimiento de procesos de años anteriores, y en particular de los resultados obtenidos, se entiende también como una falta de prolijidad en el proceso de acuerdo de gestión anual de cada establecimiento. El resultado del presente acuerdo está supeditado a la existencia real de recursos humanos y estructurales de cada establecimiento. Lo anterior se explica a través del aumento o reducción de horas médicas u horas enfermera, si han llegado o han partido de algunos médicos o enfermeras de algún establecimiento. Lo mismo ocurre con la consideración o no de un nuevo pabellón o de la reparación de los ya existentes, que hacen variar la capacidad de producción de cada hospital.

Entonces, a partir del análisis anterior, se espera que la introducción de este nuevo elemento al proceso de acuerdo de Gestión anual por establecimiento permita conocer clara y fehacientemente la revisión de esos antecedentes a la hora de programar y que esa revisión quede respaldada en un documento que sirva de verificador del proceso.

En el cuadro siguiente se observa la presencia de esa mejora.



Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010.

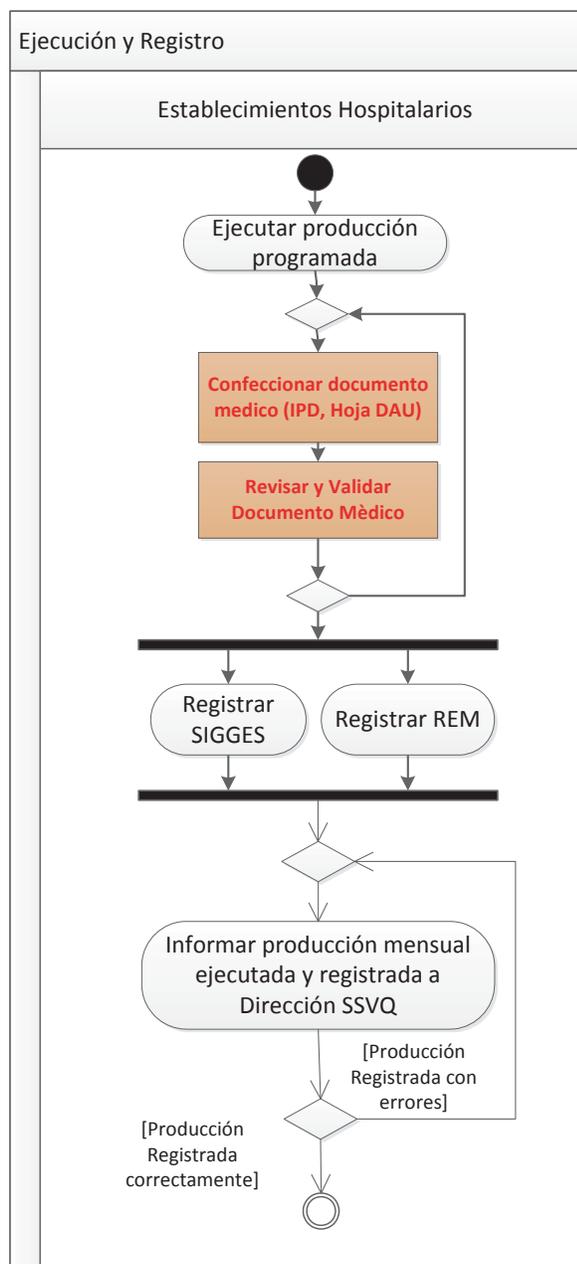
Respecto del subproceso de Ejecución y Registro, se observaron, entre otros problemas, “errores en la digitación de datos” que tienen su origen en la ausencia de los documentos que respalden la digitación, especialmente el Informe de Proceso Diagnóstico (IPD) o la hoja DAU para prestaciones de urgencia. Ambos documentos deben ser llenados por un médico, y estos últimos atribuyen el exceso de demanda asistencial como factor de la no realización de dichos documentos.

En este caso, la mejora sugerida es aumentar el control de gestión sobre la realización de esos documentos de respaldo y que son, a su vez, un verificador del

cumplimiento del proceso. En la actualidad, se espera que el médico, por su condición de profesional de alto desarrollo, realice esta tarea como una actividad rutinaria, sin embargo, eso no ocurre con la habitualidad requerida, haciendo que el proceso de digitación y registro de la actividad asistencial no se cumpla correctamente.

En lo práctico, se produce una acumulación de tareas no realizadas que “en algún minuto” “alguien” debe realizar. Esa misma acumulación de tareas no realizadas es la fuente de errores de digitación, porque la tarea se hace de forma apresurada, sin ningún mecanismo de revisión y control documentario, solo para cumplir los plazos. Otra fuente de error en la digitación es la falta de conocimiento de lo que se debe digitar. Esto último, sugiere una mayor capacitación para el personal de registro y digitación y una menor rotación en ese personal, generalmente de origen privado, perteneciente a empresas externas que realizan la tarea de registro. La sugerencia obligada en este caso es la incorporación de ese personal a la planta de los establecimientos.

En la figura siguiente se incorpora la mejora sugerida:



Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010

9.3. Detalle de Actividades Rediseñado

Actividad rediseñada: Programación de Producción Valorada Anual por cada establecimiento.

| | |
|-------------------------|--|
| Actividad N° 6: | Programación de Producción Valorada ANUAL por Establecimiento |
| Proceso: | Programación Valorada Anual |
| Desempeñado por: | Directores de Hospitales de cada S.S. y equipos Directivos de cada Establecimiento |

| | | |
|--|--|--|
| Salida Principal: | Programación del Programa P.P.V. por cada Hospital | |
| Medidas de salida: | Documento propuesto por cada Director de Establecimiento al Director del SS. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Desarrollar actividad de Programación por Establecimiento | Director de Hospital | 1. Director del Establecimiento recibe convocatoria para reunión informativa que incluye a todos los Directores de Servicio, Subdirector de Gestión Asistencial, de Recursos Físicos y Financieros, Jefes de Finanzas, Jefes de Estadísticas, Encargados GES y profesionales encargados de Programación de la Producción Valorada de cada Servicio de Salud. |
| 2. Preparar reunión con Dirección de SS | Director de Hospital | Revisar Cartera de Servicio, Revisar LEEP y Revisar resultado de procesos de años anteriores |
| 3. Desarrollar Acta de Revisión de Antecedentes Relevantes. | Director de Hospital | El Director de Hospital y su equipo directivo levantarán un documento oficial del hospital que represente que la actividad de revisión de los antecedentes relevantes fue efectuada. El documento es formado por el director. El documento forma parte de los antecedentes presentados por el establecimiento en su propuesta de programación. |

Aplicación de Patrones: **Valor Agregado**

En ambas actividades incorporadas en el rediseño de este subproceso, tanto en la revisión de los antecedentes relevantes como en el desarrollo y confección de un Acta, es muy necesario el resultado de esas actividades para conocer la importancia atribuida por cada hospital al proceso global del acuerdo de gestión anual. La aplicación de este patrón busca relevar la importancia de establecer responsabilidades en el desarrollo del subproceso.

Actividad rediseñada: Registro en REM y Sigges de la actividad hospitalaria realizada.

| | | |
|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Actividad Nº 14: | Registrar en REM y Sigges | |
| Proceso: | Ejecución y Registro | |
| Desempeñado por: | Hospitales de la Red Asistencial del S.S. | |
| Salida Principal: | Registros Estadísticos en los Sistemas REM y Sigges | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico con los campos correspondientes llenados. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Registrar Actividad | Unidad de Estadísticas de los | 1. Registrar según los códigos de |

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Comprometida. | Hospitales. | las trazadoras, cumpliendo con las frecuencias, sexo, edad, etc, correspondiente a cada patología. |
| 2. Revisar y validar documento emitido por médico. (IPD, DAU, etc.) | Médico que otorga la prestación. | 2. Revisar y validar documento. Que contenga la información de identificación del paciente y del médico que entregó la prestación. |

Aplicación de Patrones: **Valor Agregado**

La actividad agregada al rediseño le dará mayor sustento al subproceso de Registro. Es necesario el resultado de esta actividad por cuanto la presencia del documento firmado por el médico gatilla el registro de la misma en los sistemas REM y/o Sigges. La ausencia de ese documento, o la presencia de un documento no validado no permiten el registro y con ello se acumula documentación para digitar lo que aumenta el rango de error.

9.4. Proceso de Control Rediseñado

Los elementos del proceso de control aplicado al caso en estudio se mantienen en su modo original. Para el proceso rediseñado se contemplan cambios o mejoras en la Conducción, Transformación y Base de Datos.

Por la naturaleza del proceso del Acuerdo de Gestión Anual y su carácter estratégico para el SSVQ se busca reinstalar la conducción en la Dirección del SSVQ donde el director(a) debe ser el líder natural. En la práctica, muchas veces la conducción queda en manos de profesionales de rango inferior debiendo detener la negociación, dando más importancia al N° final que al proceso en sí mismo. Lo que este estudio busca y pretende alcanzar es instalar que el proceso sea desarrollado por quienes cuentan con la facultad estatutaria para hacer las modificaciones o adaptaciones que el proceso mismo va pidiendo durante su desarrollo.

En la tabla siguiente se presenta el rediseño del Proceso de Control versus el estado actual.

| | PROCESO DE CONTROL ACTUAL | PROCESO DE CONTROL REDISEÑADO |
|------------------------|---|---|
| Conducción: | La tarea de gestión es desarrollada por la Subdirección de Gestión Asistencial. Específicamente por el Subdepartamento de Control de Gestión | La conducción del Acuerdo de Gestión Anual debe ser desarrollado por la dirección del S.S., por cuanto es un proceso estratégico. |
| Transformación: | Subdepartamento de Control de Gestión, el cual debe rechazar las propuestas descontextualizadas. | La transformación debe estar a cargo de la Subdirección de Gestión Asistencial, por cuanto el Subdirector está facultado para reorientar la producción en los establecimientos de la Red y en consecuencia puede aprobar o rechazar alguna propuesta de producción de los establecimientos. |
| Base de Datos: | Nombre de Prestaciones Arancel Anual de cada Prestación Compromiso Mensual de Actividades a realizar Cantidad Total por tipo de Prestación | Se agregará la Planilla de Programación Hospitalaria que permite medir la capacidad del establecimiento de acuerdo a su dotación de profesionales. Se agregará además la Lista de Espera del establecimiento |

Fuente: SSVQ, Subdirección de Gestión Asistencial, subdepartamento de Control de Gestión. 2010

10. CONCLUSIONES

La Salud es un derecho de todo ser humano, especialmente el acceso a un sistema sanitario que sea capaz de responder oportunamente y con calidad y, principalmente a un bajo costo económico.

En Chile, la salud es un derecho consagrado constitucionalmente, y desde al año 2002 cuenta con una herramienta de gestión como el programa AUGE, ícono más representativo de la gran Reforma en Salud.

Es también en salud donde se observa con más fuerza la máxima económica que reza que mientras los recursos son siempre limitados y escasos, las necesidades son y serán siempre ilimitadas. A pesar del gravitante desarrollo tecnológico que supone un mayor acceso y teóricamente a menor costo, se observa de manera inexorable que esa mejor tecnología no siempre está al acceso de la salud pública que es donde se desarrolla este estudio.

La globalización, las nuevas tecnologías y los rápidos cambios están exigiendo al Sistema de Salud Chileno a generar nuevos y mejores procesos, que le permitan cumplir en forma óptima y oportuna con la atención de salud de la población. Es por todo lo anterior, que se hace necesario introducir herramientas de gestión, que permitan a las instituciones a hacer un mejor uso de sus recursos económicos y no económicos, a fin de poder garantizar el acceso a una salud de calidad con oportunidad en la atención y con el menor costo para la población. En ese escenario, la metodología de ingeniería de procesos se presenta como una alternativa altamente rentable para una mejor gestión.

Dado lo anterior, el rediseño de proceso se presenta como una herramienta de gestión que pone el énfasis en “hacer bien las cosas”, en el menor tiempo posible, es decir actuar con un concepto de calidad.

En el desarrollo de este estudio se pudo elaborar en primer lugar la inexistencia del “dibujo” del proceso de Acuerdo de Gestión Anual, que está presente en la mente de los agentes que participan en el proceso, pero ninguno de ellos es capaz de construir o modelar el proceso.

Ese ejercicio anterior evidencia la falta de herramientas de gestión, que deben ser desde ya abordadas y reforzadas en los casos que corresponda, errores en la presentación de las propuestas, en la revisión y ponderación de los antecedentes relevantes.

Hay también evidencia de la ausencia de planificación de los equipos locales en cada hospital de la red. Sin embargo, esta ausencia de planificación no se hace presente desde los equipos locales a la dirección del SSVQ, quedando postergado su fortalecimiento. En la medida que exista planificación en los equipos locales y que además se alinee a la planificación del equipo de la dirección de servicio, se tendrá un mejor resultado.

Otro aspecto que se debe abordar de manera priorizada es el uso eficiente de las tecnologías de información para el apoyo al subproceso de Planificación y, particularmente, al subproceso de Monitoreo y Control de Gestión. Lo anterior, dado que el trabajo es desarrollado en planillas Excel o en Access. No se puede soslayar la incuestionable utilidad que entregan los sistemas de información y no considerar un sistema que aborde su planificación, control y seguimiento, continuará traduciéndose en inconstancias de información, desactualización de los datos, falta de precisión, etc., y son precisamente esos los elementos que originan uno de los mayores problemas evidenciados en el estudio, cual es el problema de digitación y registro.

También es prudente analizar la estructura funcional y organizacional de la programación, seguimiento y control de gestión y evaluación del Acuerdo de Gestión Anual, considerando dotar de profesionales con capacidades de planificación y evaluación de proyectos, como apoyo a los directores de los hospitales de la red.

Para el Rediseño de Procesos, se llega a la conclusión que los patrones de mayor aplicación e impacto al proceso en estudio son los de Valor Agregado, desde el punto de vista del análisis del valor que se quiere entregar al cliente. En ese orden, el desarrollo de elementos verificadores del proceso, como por ejemplo levantar un acta de la revisión de elementos relevantes en cada hospital, o el aumento del control en la elaboración de documentos por parte de los profesionales médicos permitirán un mejor resultado del proceso global.

Los cambios sugeridos pueden ser incorporados en el más breve plazo, proceso para el año 2014, dado que son de fácil implementación.

Por último, considerando que el proceso es de alta complejidad y dinamismo, por estar vinculado al conocimiento y experiencia de quienes lo realizan, y por tratarse además de un proceso de alto impacto estratégico por cuanto el resultado óptimo del Acuerdo de Gestión Anual representa el 70% de los ingresos del SSVQ, es necesario dar especial consideración a las personas del SSVQ. La adecuada motivación y reconocimiento por los logros alcanzados, la inclusión de la opinión de aquellos profesionales que han desarrollado procesos anteriores, reconocer los buenos vínculos existentes entre los profesionales de los servicios de salud y su contraparte en FONASA y el MINSAL, son consideraciones que no se deben descuidar.

A partir del año 2002, el gobierno del Presidente Ricardo Lagos Escobar llevó a cabo la Reforma de la Salud más trascendente desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, y una de las estrategias para alcanzar los objetivos de la Reforma es el funcionamiento en red. Esto significa que la resolución de un problema de salud es competencia de una red asistencial que colabora en sus distintos niveles (atención primaria, especialistas, hospitales, clínicas privadas), y no de un establecimiento que trabaja aislado. No se puede hacer salud pública desde la soledad de un escritorio tecnócrata, alejado de lo que ocurre en el día a día.

11. BIBLIOGRAFÍA

BARROS V., OSCAR. 2002. Componentes de Lógica del Negocio Desarrollados a partir de Parones de Proceso. Revista Ingeniería de Sistemas Volumen XVI, N°1.

BUSTOS R., Guillermo. 2009. Modelamiento y Rediseño Organizacional. Apuntes MDP PUCV. Valparaíso.

BUSTOS R., Guillermo. 2010. Taller de Rediseño. Apuntes MDP PUCV. Valparaíso.

FONASA, Serie de Documentos de Trabajo N° 2. Departamento de Planeamiento Institucional. Agosto 2006

Subsecretaría de Redes Asistenciales – FONASA – Servicios de Salud 2010. Contrato de Programa de Prestaciones Valoradas y Contrato de Prestaciones Institucionales.

Páginas WEB

www.minsal.cl: Sitio web del Ministerio de Salud de Chile.

www.fonasa.cl: Sitio web del Fondo Nacional de Salud de Chile.

www.ssvq.cl: Sitio web del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

www.obarros.cl: Sitio web del profesor Oscar Barros V.

ANEXOS

Anexo 1. Descripción de Actividades Acuerdo de Gestión Anual de PPV

A1.1 Actividades Proceso de Negociación y Contrato de prestación de servicios sobre atenciones de salud: PPV

- **Actividad Nº 1**

Enviar Ordinario a los Servicios de Salud informando sobre el proceso de Programación y Negociación y sus lineamientos generales. El Subsecretario de Redes Asistenciales remitirá en el mes de enero de cada año un único Ordinario a los Servicios de Salud y de Establecimientos Experimentales, con copia a las Direcciones Regionales, informando sobre este proceso y los detalles necesarios para efectos de la negociación que realizarán las Direcciones Regionales.

Tabla Nº A1.1: Descripción actividad enviar ordinario.

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Actividad Nº 1: | Enviar Ordinario. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Subsecretaria de Redes Asistenciales. | |
| Salida principal: | Ordinario con Lineamientos Generales para la Programación y Fechas y plazos a cumplir. | |
| Medidas de salida: | Formularios contienen todos los datos consignados en éste. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Enviar Ordinario | Subsecretario(a) de Redes Asistenciales | 1. Se debe incluir todos los lineamientos, ajustes, nuevos programas de salud, etc. |

- **Actividad Nº 2**

Enviar Minuta con Lineamientos: Marcos Presupuestarios por Dirección Regional y por Programa; Productos Nuevos; Formatos; Precios para cada año inflactados según corresponda.

Tabla Nº A1.2: Descripción actividad recibir lineamientos generales en Salud Pública.

| | | |
|---|--|--|
| Actividad Nº 2: | Recibir lineamientos generales en Salud Publica | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Departamento de Comercialización de FNS Nivel Central. | |
| Salida principal: | Minutas con Lineamientos Generales para la Programación y Negociación. | |
| Medidas de salida: | Formularios que contienen todos los datos consignados en Minuta de Programación considerando los nuevos precios para el año corriente. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Enviar Minuta con lineamientos generales | Departamento de Comercialización, FONASA Nivel Central | 1. Se debe incluir todos los lineamientos, ajustes, nuevos programas, cambios de precios, establecimientos autorizados, nuevos convenios etc. |
| 2.- Adjuntar documentos complementarios, tales como formularios para la programación. | Departamento de Comercialización, FONASA Nivel Central | 2. Se debe adjuntar toda la documentación que establecen los nuevos lineamientos. 3. Entrega de los formularios para recoger la actividad en la negociación, serán entregados por Fonasa. |

- **Actividad Nº 3**

Tabla Nº A1.3:

Descripción actividad convocar reunión de Jefes Comerciales y Directores Regionales.

| | | |
|---|--|---|
| Actividad Nº 3: | Convocar reunión de Jefes Comerciales y Directores Regionales. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Departamento de Comercialización de FNS Nivel Central. | |
| Salida principal: | Análisis del Proceso de Negociación e Información Asociada. | |
| Medidas de salida: | Minutas con Lineamientos Generales para la Programación y Negociación con fechas, formatos y plazos a cumplir. Formularios que contienen todos los datos consignados en Minuta de Programación consignado los precios del año corriente. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico convocando a reunión de trabajo | Departamento de Comercialización, FNS Nivel Central | 1. La convocatoria debe incluir a todos los Directores y Jefes Comerciales de Cada Dirección Regional. 2. Es una actividad Oficial que está por sobre otras actividades. |

- **Actividad Nº 4**

Tabla Nº A1.4:

Descripción actividad Recibir Lineamientos Generales y Convocar reunión de Directores de Servicio de Salud de la jurisdicción de Cada Dirección Regional.

| | | |
|---|--|--|
| Actividad Nº 4: | Recibir Lineamientos Generales y Convocar reunión de Directores de Servicio de Salud de la jurisdicción de Cada Dirección Regional. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional. | |
| Salida principal: | Ordinario y/o Correo Electrónico que contenga minuta con lineamientos y alcances generales para la Programación y Negociación P.P.V. | |
| Medidas de salida: | Minutas con Lineamientos Generales para la Programación y Negociación con fechas, formatos y plazos a cumplir. Formularios que contienen todos los datos consignados en Minuta de Programación consignado los precios del año corriente. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico convocando a reunión de trabajo | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional de FONASA. | 1. La convocatoria debe incluir a todos los Directores de S.S. de la región, Subdirector de Gestión Asistencial, de Recursos Físicos y Financieros, Jefes de Finanzas, Jefes de Estadísticas, Encargados GES y profesionales encargados de Programación de la Producción Valorada de cada Servicio de Salud. |

A1.2 Actividades proceso de programación producción valorada anual

- Actividad Nº 5

Tabla Nº A1.5:

Descripción actividad Recibir Lineamientos Generales y Convocar a Programación de Producción Valorada por cada Servicio de Salud

| | | |
|---|--|---|
| Actividad Nº 5: | Recibir Lineamientos Generales y Convocar a Programación de Producción Valorada por cada Servicio de Salud. | |
| Proceso: | Programación Valorada Anual. | |
| Desempeñado por: | Director de Servicio de Salud y directores de Hospitales de cada Servicio de Salud. | |
| Salida principal: | Programación del Programa P.P.V. por cada hospital del S.S. | |
| Medidas de salida: | Formulario con Programación individual por hospital explicando la composición por cada subprograma incluyendo las expansiones y contracciones. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico convocando a reunión de trabajo y programación de Producción Valorada | Director de Servicio de Salud | 1. La convocatoria debe incluir a todos los Directores de Hospital, Subdirector de Gestión Asistencial, de Recursos Físicos y Financieros, Jefes de Finanzas, Jefes y/o Encargados de Estadísticas, Encargados GES y profesionales encargados de Programación de la Producción Valorada de cada Hospital. |

- Actividad Nº 6

Tabla Nº A1.6: Descripción actividad Programación de Producción Valorada ANUAL.

| | | |
|---|---|---|
| Actividad Nº 6: | Programación de Producción Valorada ANUAL. | |
| Proceso: | Programación Valorada Anual. | |
| Desempeñado por: | Director de S.S. y Directores de Hospitales de cada S.S. | |
| Salida principal: | Programación del Programa P.P.V. por cada Hospital y Consolidada del Servicio de Salud. | |
| Medidas de salida: | Programación Consolidada por S.S. explicando la composición por subprograma incluyendo las expansiones. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 4. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico convocando a reunión de trabajo | Director de Servicio de Salud | 1. La convocatoria debe incluir a todos los Directores de Servicio, Subdirector de Gestión Asistencial, de Recursos Físicos y Financieros, Jefes de Finanzas, Jefes de Estadísticas, Encargados GES y profesionales encargados de Programación de la Producción Valorada de cada Servicio de Salud. |

- **Actividad N° 7**

Tabla N° A1.7: Descripción actividad Consolidar Información de Servicios de Salud Regionales.

| | | |
|---|---|---|
| Actividad N°7: | Consolidar Información (de Programación de Producción Valorada ANUAL) de Servicios de Salud Regionales. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional del FNS. | |
| Salida principal: | Programación Consolidada por S.S. | |
| Medidas de salida: | Programación Consolidada por S.S. explicando la composición por subprograma incluyendo las expansiones. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico convocando a reunión de trabajo | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional | 1. La consolidación es aceptada si contiene la programación completa de todos los programas. 2. Si no se presenta programación de actividades se entenderá que el S.S. no desarrollará ese programa en el año que se está programando. |

- **Actividad N° 8**

Tabla N° A1.8: Descripción actividad Enviar Informe Consolidado al Nivel Central de FONASA.

| | | |
|--|---|---|
| Actividad N° 8: | Enviar Informe Consolidado al Nivel Central de FONASA. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional. | |
| Salida principal: | Programación Consolidada por S.S. | |
| Medidas de salida: | Programación Consolidada por S.S. para confeccionar borrador de Acuerdo de Gestión Anual. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico con información consolidada por S.S. | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional | 1 La consolidación es aceptada si contiene la programación completa de todos los programas. 2 Si no se presenta programación de actividades se entenderá que el S.S. no desarrollará ese programa en el año que se está programando. |

- **Actividad Nº 9**

Tabla Nº A1.9: Descripción actividad Preparar y enviar Borrador de Contrato de Gestión Anual.

| | | |
|--|---|--|
| Actividad Nº 9: | Preparar y enviar Borrador de Contrato de Gestión Anual. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Jefe DECOM, Fonasa Nivel Central. | |
| Salida principal: | Borrador de Contrato de Gestión Anual por S.S. | |
| Medidas de salida: | Documento Borrador de Acuerdo de Gestión Anual conteniendo la información presentada por las Direcciones Regionales de FNS proveniente de los Directores(as) de cada S.S. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico con información consolidada por S.S. | Jefe DECOM | 1. El borrador debe contener la información enviada por los S.S. |

- **Actividad Nº 10**

Tabla Nº A1.10:

Descripción actividad Analizar y formular observaciones y/o sugerencias Borrador de Contrato de Gestión Anual.

| | | |
|--|--|---|
| Actividad Nº 10: | Analizar y formular observaciones y/o sugerencias Borrador de Contrato de Gestión Anual. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional y Directores de los S.S. locales. | |
| Salida principal: | Borrador de Contrato de Gestión Anual por S.S. aprobado o con observaciones. | |
| Medidas de salida: | Documento Borrador del Acuerdo de Gestión Anual conteniendo correcciones y/u observaciones obtenidas en el período que dista entre el momento que el S.S. envió la programación consolidada al FNS Regional y el momento en que FNS del Nivel Central envía el borrador. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico con información consolidada por S.S. | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional y Directores de los S.S. locales. | 1. El borrador debe contener las observaciones y/o correcciones enviadas por los S.S. |

- **Actividad Nº 11**

Tabla Nº A1.11:

Descripción actividad Firmar Contrato de Prestación de Servicios sobre Atenciones de Salud: Programa de Prestaciones Valoradas.

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Actividad Nº11: | Firmar Contrato de Prestación de Servicios sobre Atenciones de Salud: Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Proceso: | Negociación y Contrato de Prestación de Servicios sobre atenciones de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas. | |
| Desempeñado por: | Director Nacional de FONASA, Subsecretario de Redes Asistenciales y Directores de S.S. | |

| | | |
|--|--|---|
| Salida principal: | Contrato de Gestión Anual por S.S. aprobado. | |
| Medidas de salida: | Documento de Acuerdo de Gestión Anual con los acuerdos alcanzados | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1. Enviar Memo Interno y/o Correo Electrónico con información consolidada por S.S. | Director Nacional de FONASA, Subsecretario de Redes Asistenciales y Directores de S.S. | 1. El Acuerdo de Gestión Anual debe contener la programación presentada por cada S.S. |

A1.3 Actividades proceso de ejecución y registro

- **Actividad Nº12**

Tabla Nº A1.12:

Descripción actividad Ejecutar Actividad valorada comprometida en Acuerdo de Gestión Anual.

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Actividad Nº 12: | Ejecutar Actividad valorada comprometida en Acuerdo de Gestión Anual. | |
| Proceso: | Ejecución y Registro. | |
| Desempeñado por: | Hospitales de la Red Asistencial del S.S. | |
| Salida principal: | Registros Estadísticos en los Sistemas SIGGES y REM. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico con los campos correspondientes llenados. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Ejecutar actividad comprometida | Hospitales de la Red Asistencial | 1. ejecutar la actividad programada según las técnicas clínicas recomendadas. |
| 2.- Registrar Actividad Comprometida. | Unidad de Estadísticas de los Hospitales. | 2. Registrar según los códigos de las trazadoras, cumpliendo con las frecuencias, sexo, edad, etc, correspondiente a cada patología. |

- **Actividad Nº 13**

Tabla Nº A1.13: Descripción actividad Registrar en SIGGES.

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Actividad Nº 13: | Registrar en SIGGES. | |
| Proceso: | Ejecución y Registro. | |
| Desempeñado por: | Hospitales de la Red Asistencial del S.S. | |
| Salida principal: | Registros Estadísticos en los Sistemas SIGGES | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico con los campos correspondientes llenados. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Registrar Actividad Comprometida. | Unidad de Estadísticas de los Hospitales. | 1. Registrar según los códigos de las trazadoras, cumpliendo con las frecuencias, sexo, edad, etc, correspondiente a cada patología. |

- **Actividad Nº 14**

Tabla Nº A1.14: Descripción actividad Registrar en REM.

| | | |
|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Actividad Nº14: | Registrar en REM. | |
| Proceso: | Ejecución y Registro. | |
| Desempeñado por: | Hospitales de la Red Asistencial del S.S. | |
| Salida principal: | Registros Estadísticos en los Sistemas REM. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico con los campos correspondientes llenados. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Registrar Actividad | Unidad de Estadísticas de los | 3. Registrar según los códigos de |

| | | |
|---------------|-------------|--|
| Comprometida. | Hospitales. | las trazadoras, cumpliendo con las frecuencias, sexo, edad, etc, correspondiente a cada patología. |
|---------------|-------------|--|

- **Actividad N°15**

Tabla N° A1.15:

Descripción actividad Informar producción mensual ejecutada y registrada a la Dirección del S.S.

| | | |
|--|--|---|
| Actividad N° 15: | Informar producción mensual ejecutada y registrada a la Dirección del S.S. | |
| Proceso: | Ejecución y Registro. | |
| Desempeñado por: | Hospitales de la Red Asistencial del S.S. | |
| Salida principal: | Registros Estadísticos en los Sistemas SIGGES y REM. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico con los campos correspondientes llenados. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Informar producción enviando archivo consolidado de la actividad mensual | Unidad de Estadísticas de los Hospitales. | 1. Informar la actividad programada según los formatos establecidos para esa actividad. |

A1.4 Actividades proceso de monitoreo y control de gestión

- **Actividad N° 16**

Tabla N° A1.16: Descripción actividad Monitorear producción mensual ejecutada.

| | | |
|---|--|---|
| Actividad N° 16: | Monitorear producción mensual ejecutada. | |
| Proceso: | Monitoreo y Control de Gestión. | |
| Desempeñado por: | Hospitales de la Red Asistencial del S.S. | |
| Salida principal: | Registros Estadísticos en los Sistemas SIGGES y REM. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Revisar reporte estadístico de producción ejecutada y registrada. | Unidad de Estadísticas de los Hospitales. | 1. Informar la actividad programada según los formatos establecidos para esa actividad. |
| 2.- Comparar con la actividad programada. | Subdepartamento de Control de Gestión. | 1. Levantar Informe de Control que enuncie las diferencias entre lo programado y lo ejecutado |

- **Actividad N° 17**

Tabla N° A1.17: Descripción actividad Consolidar producción ejecutada e informar a FONASA.

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Actividad N° 17: | Consolidar producción ejecutada e informar a FONASA. | |
| Proceso: | Monitoreo y Control de Gestión. | |
| Desempeñado por: | Hospitales de la Red Asistencial del S.S. | |
| Salida principal: | Registros Estadísticos en los Sistemas SIGGES y REM. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Corregir desviaciones | Unidad de Estadísticas de los Hospitales. | 1. Informar la actividad programada según los formatos establecidos para esa actividad. |
| 2.- Informar a FNS. | Subdepartamento de Control de Gestión. | Informar a FNS usando los formularios entregados para esta actividad. |

A1.5 Actividades proceso de evaluación trimestral y reprogramación.

- Actividad Nº 18

Tabla Nº A1.18: Descripción actividad Rescatar registros SIGGES.

| | | |
|--|--|--|
| Actividad Nº 18: | Rescatar registros SIGGES. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | DECOM Fonasa Nivel Central. | |
| Salida principal: | Nómina de producción ejecutada validada. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Rescatar desde el Modulo de Facturación del SIGGES | DECOM Fonasa Nivel Central | 1. Se pide al sistema informático un reporte indicando el período a analizar |

- Actividad Nº 19

Tabla Nº A1.19: Descripción actividad Convocar reunión de Evaluación Trimestral.

| | | |
|---|---|---|
| Actividad Nº 19: | Convocar reunión de Evaluación Trimestral. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional del FNS. | |
| Salida principal: | Citación a reunión de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Convocar vía Ordinario y/o correo electrónico | Director Regional y Jefe de Subdepartamento de Comercialización Regional del FNS | 1. Se convoca a Directores de S.S. y equipo de gestión local de cada S.S. |

- Actividad Nº 20

Tabla Nº A1.20: Descripción actividad Rescatar registros SIGGES y registros propios.

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Actividad Nº 20: | Rescatar registros SIGGES y registros propios. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | Unidad de Estadísticas de los S.S. | |
| Salida principal: | Reporte de Actividad ejecutada. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Rescatar desde sistema SIGGES | Jefe Unidad de Estadísticas del S.S. | 1. Se pide al sistema informático un reporte indicando el período a analizar. |

- Actividad Nº 21

Tabla Nº A1.21: Descripción actividad Convocar reunión de Evaluación Trimestral.

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Actividad Nº 21: | Convocar reunión de Evaluación Trimestral. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | Dirección de S.S. | |
| Salida principal: | Documento de convocatoria. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Convocar a reunión de Evaluación | Director de S.S. | 1. Se debe convocar a los Directores y a los Subdirectores Médicos de Hospitales. |

- **Actividad N° 22**

Tabla N° A1.22: Descripción actividad Analizar resultados de evaluación trimestral.

| | | |
|---|---|---|
| Actividad N° 22: | Analizar resultados de evaluación trimestral. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | Dirección de S.S. y Directores de Hospitales. | |
| Salida Principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Analizar resultados del reporte entregado por el SIGGES | Director de S.S. y Directores de Hospitales | 1. Revisar que el reporte cumpla con los estándares exigidos. |

- **Actividad N° 23**

Tabla N° A1.23: Descripción actividad Revisar programación de los establecimientos de la RED.

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Actividad N° 23: | Revisar programación de los establecimientos de la RED. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | Dirección de S.S. y Directores de Hospitales. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Revisar programación hospitalaria y su nivel de cumplimiento. | Director de S.S. y Directores de Hospitales | |

- **Actividad N° 24**

Tabla N° A1.24: Descripción actividad Reprogramar PPV.

| | | |
|--|---|---|
| Actividad N° 24: | Reprogramar PPV. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | Dirección de S.S. y Directores de Hospitales. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Revisar programación hospitalaria y su nivel de cumplimiento. | Director de S.S. y Directores de Hospitales | 1. Revisar resultados de la Evaluación Trimestral |
| 2.- Reprogramar si el nivel de cumplimiento esta notablemente desviado. | Director de S.S. y Directores de Hospitales | 1. Reprogramar considerando cambios en la estructura de los recursos del establecimiento. |
| 3.- Preparar Solicitud de reprogramación a FNS si se efectuarán cambios a la programación. | Director de S.S. y Directores de Hospitales | 1. Preparar Solicitud con los estándares mínimos requeridos. |

- **Actividad N° 25**

Tabla N° A1.25:

Descripción actividad Solicitar a FONASA modificación de Contrato de prestaciones PPV.

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Actividad N°25: | Solicitar a FONASA modificación de Contrato de prestaciones PPV. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | Dirección de S.S. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo | |

| | | |
|---|----------------------|--|
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Presentar Solicitud de reprogramación a FNS | Director de S.S. | 1. Se presenta solicitud por escrito desde el Director(a) de SS al Director Regional de FONASA |

- **Actividad N° 26**

Tabla N° A1.26: Descripción actividad Modificar contrato de prestación.

| | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| Actividad N° 26: | Modificar contrato de prestación. | |
| Proceso: | Evaluación Trimestral y Reprogramación. | |
| Desempeñado por: | DECOM Fonasa Nivel Central. | |
| Salida principal: | Acuerdo de Gestión Reprogramado. | |
| Medidas de salida: | Modificación al Acuerdo de Gestión Anual. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Modificar Acuerdo de Gestión | DECOM Fonasa Nivel Central | 1. Presentar por escrito |

A1.6 Actividades proceso de evaluación y cierre anual.

- **Actividad N° 27**

Tabla N° A1.27: Descripción actividad Aplicar Modulo de Facturación.

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---|
| Actividad N° 27: | Aplicar Modulo de Facturación. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | DECOM Fonasa Nivel Central. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.-Aplicar Modulo de Facturación | DECOM Fonasa Nivel Central | 1. Rescatar desde Modulo de Facturación de SIGGES reporte por cada SS. aplicando los estándares correspondientes. |

- **Actividad N° 28**

Tabla N° A1.28: Descripción actividad Levantar cierre preliminar de Evaluación Anual de PPV.

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| Actividad N° 28: | Levantar cierre preliminar de Evaluación Anual de PPV. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | DECOM Fonasa Nivel Central. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Levantar cierre preliminar | DECOM Fonasa Nivel Central | 1. Presentar a los SS reporte SIGGES para su evaluación conteniendo todas las consideraciones presentes en el Acuerdo de Gestión Anual desde. |

- **Actividad N° 29**

Tabla N° A1.29: Descripción actividad Enviar cierre preliminar a los S.S.

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| Actividad N° 29: | Enviar cierre preliminar a los S.S. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | DECOM Fonasa Nivel Central | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.-Enviar cierre preliminar | DECOM Fonasa Nivel Central | 1. Enviar por correspondencia formal y complementar con informes electrónicos. |

- **Actividad N° 30**

Tabla N° A1.30: Descripción actividad Recibir cierre preliminar a los S.S.

| | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Actividad N° 30: | Recibir cierre preliminar a los S.S. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | Director de S.S. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.-Recibir cierre preliminar | Director de S.S. | 1. Recibir formalmente el envío desde Fonasa. |
| | | 2. Preparar el análisis del reporte enviado por FONASA |

- **Actividad N° 31**

Tabla N° A1.31: Descripción actividad Analizar y comparar resultados de evaluación.

| | | |
|---|---|---|
| Actividad N° 31: | Analizar y comparar resultados de evaluación. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | Director de S.S. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.-Analizar y comparar resultados de Evaluación | Director de S.S. | 1. Reunir equipo Directivo para analizar evaluación trimestral. |

- **Actividad N° 32**

Tabla N° A1.32:

Descripción actividad Revisar registros estadísticos de los establecimientos de la RED.

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Actividad N° 32: | Revisar registros estadísticos de los establecimientos de la RED (Asistencial del S.S.). | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | Director de S.S. | |
| Salida Principal: | Archivo de trabajo | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Después de haber extraído el archivo con los | Jefe Unidad de Estadísticas del S.S. | 1.-revisar resultados analíticamente. |

| | | |
|--|--|--|
| registros de producción ejecutada se procede a aplicar las Características Administrativas y Técnicas de cada registro y validar ese registro. | | |
|--|--|--|

- **Actividad Nº 33**

Tabla Nº A1.33: Descripción actividad Aprobar evaluación y cierre anual PPV.

| | | |
|--|--|--|
| Actividad Nº 33: | Aprobar evaluación y cierre anual PPV. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | Director de S.S. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Revisar los informes y aprobar sus resultados. | Director de S.S. | 1.-Convocar equipo directivo y analizar informe y evaluar cambios. |

- **Actividad Nº 34**

Tabla Nº A1.34: Descripción actividad Informar a FONASA.

| | | |
|--|----------------------------|---|
| Actividad Nº 34: | Informar a FONASA. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | Director de S.S. | |
| Salida principal: | Archivo de trabajo. | |
| Medidas de salida: | Reporte Estadístico. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Enviar a FONASA archivo con la revisión validada. 2.- Respalda envío anterior con documento formal. | Director de S.S. | 1.-Documentar formalmente la revisión enviando archivo digital y documentación de respaldo. |

- **Actividad Nº 35**

Tabla Nº A1.35: Descripción actividad Elaborar Decreto de Cierre Anual.

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| Actividad Nº 35: | Elaborar Decreto de Cierre Anual. | |
| Proceso: | Evaluación y cierre Anual. | |
| Desempeñado por: | Director Nacional de FONASA. | |
| Salida principal: | Ordinario de Cierre. | |
| Medidas de salida: | Documento Formal. | |
| Pasos: | Responsable: | Decisión/ Regla: |
| 1.- Enviar a los S.S. el Ordinario de Cierre Anual. | Director Nacional de FNS | 1.-Enviar documento formal sancionatorio de los resultados obtenidos por cada SS. |